SCHEMA REGIONAL

D'ORGANISATION DE SOINS

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016
Révision du 27 décembre 2013

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

SOMMAIRE **2**

1 INTRODUCTION **13**

1.1 Le SROS : un outil adapté au contexte régional **13**

1.1.1 La recherche de l'équilibre entre qualité et accessibilité géographique 13

1.1.2 Un contexte économique très contraint 13

1.1.3 Les grands traits de l'évolution démographique de la région PACA 13

LE SOLDE MIGRATOIRE, MOTEUR DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE **13**

EVOLUTION DES POPULATIONS DEPARTEMENTALES ENTRE 2010 ET2020 ..... **13**

DES EVOLUTIONS DIFFERENCIEES : LE VAR RATTRAPE LES ALPES MARITIMES **13**

LE VIEILLISSEMENT : LA MOITIE DE L'ACCROISSEMENT FOURNIE PAR LES PLUS DE 75 ANS **14**

1.1.4 Une offre de soins dense, mais inégalement répartie 14

1.2 Le SROS : un outil de mise en œuvre, dans le champ sanitaire des objectifs prioritaires de la politique régionale de santé. **16**

1.2.1 Lutter contre les inégalités de santé 16

1.2.2 Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant 17

1.2.3 Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : favoriser le développement d'un modèle territorial et le développement de l'éducation thérapeutique 17

1.2.4 Promouvoir la santé mentale et lutter contre les addictions 18

1.2.5 Prendre en compte les spécificités du handicap et du vieillissement 19

1.2.6 Contribuer à la veille sanitaire et à la gestion des crises 20

1.2.7 Améliorer l'efficience, la qualité et la sécurité des soins 20

1.2.8 Garantir le respect des droits des usagers 22

1.2.9 Favoriser le développement d'outils et systèmes d'information 22

2 L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE **23**

INTRODUCTION **23**

2.1 Le diagnostic de l'offre de soins ambulatoires **23**

2.1.1 La démographie médicale en région Paca 24

LA DENSITE MEDICALE (DES GENERALISTES ET SPECIALISTES) EST LA PLUS ELEVEE DE FRANCE. **24**

2.1.2 Eléments de méthode 24

2.1.2.1 Définition des espaces de santé de proximité (ESP) *24*

2.1.2.2 Sélection des ESP fragiles et à risque *25*

2.1.3 Le diagnostic par territoire de santé 26

2.1.3.1 Les Alpes de Haute Provence *26*

2.1.3.2 Les Hautes Alpes *26*

2.1.3.3 Les Alpes Maritimes *27*

2.1.3.4 Les Bouches du Rhône *27*

2.1.3.5 Le Var *27*

2.1.3.6 Le Vaucluse ... 28

2.2 Les objectifs généraux ... 28

2.2.1 L'intégration des politiques publiques ... 29

2.2.1.1 L'installation de la commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP) ... 29

2.2.1.2 Le développement de la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ... 29

2.2.2 L'amélioration de l'accès aux soins ... 30

2.2.2.1 Renforcer l'accès géographique aux soins ... 30

2.2.2.2 Faciliter l'accès économique et socioculturel aux soins ... 30

2.2.3 La modernisation des pratiques : ... 31

2.2.3.1 Développer le rôle des professionnels de santé de proximité dans le champ de la prévention . 31

2.2.3.2 Organiser la coordination territoriale ... 31

2.2.3.3 Faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité : ... 32

2.2.3.4 Impliquer les acteurs de soins de proximité dans la veille et la sécurité sanitaire ... 32

LA FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE A L'INTERVENTION EN CAS DE CRISE DEVRA ETRE FAVORISEE ... 32

2.2.3.5 Développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire ... 32

2.2.3.6 Faciliter l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de la santé mentale ... 33

2.2.3.7 Développer le bon usage de la télémédecine ... 33

2.2.3.8 Inscrire la permanence des soins ambulatoire (PDSA) dans le prolongement de l'offre de proximité ... 33

2.2.4 L'accompagnement des professionnels de santé de proximité dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité ... 33

2.2.4.1 Développer les coopérations entre professionnels de santé ... 34

2.2.4.2 Fluidifier les parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital ... 34

LES PLATEFORMES TERRITORIALES DE COORDINATION DEVRONT FACILITER CETTE PRISE EN CHARGE GLOBALE. ... 34

2.2.4.3 Accompagner le développement des groupes qualité ... 34

2.2.4.4 Mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC) ... 35

2.2.4.5 Développer une politique de contractualisation : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) ... 35

2.3 Plans d'action ... 35

3 L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE ... 36

3.1 Gradation des soins hospitaliers et coopérations territoriales ... 36

3.1.1 Gradation des soins hospitaliers ... 36

3.1.1.1 Le niveau de proximité ... 36

3.1.1.2 Le niveau de « recours infrarégional » ... 36

3.1.1.3 Le niveau de « recours régional » ... 37

3.1.1.4 Le niveau de « recours interrégional » voire de référence nationale ... 37

3.1.2 Coopérations territoriales ... 37

3.2 Les missions de service public des établissements de santé ... 38

3.2.1 La recherche ... 38

3.2.2 L'enseignement universitaire et post universitaire ... 39

3.2.3 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ... 39

3.2.4 La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) ... 39

3.2.5 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ... 39
3.2.6 La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ... 39
3.2.7 Les actions d'éducation pour la santé et de prévention et leur coordination ... 40
3.2.8 La prise en charge des soins palliatifs ... 40
3.2.9 Les soins dispensés aux personnes détenues ... 40
3.2.10 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels, institutions et associations qui œuvrent dans ce domaine ... 40
3.2.11 Les actions de santé publique ... 41

CETTE MISSION A VOCATION A ETRE ASSUMEE PAR L'ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE. ... 41
3.2.12 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ... 41
3.2.13 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; ... 41
3.2.14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. ... 41

3.3 La régulation de l'activité des établissements de santé ... 42
3.3.1 Les implantations ... 42
3.3.2 Pertinence des actes et des modalités de prise en charge ... 42
3.3.3 La régulation quantitative de l'activité ... 42

4 ACTIVITES DE SOINS RELEVANT DU SROS ... 44

MEDECINE ... 44

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE ... 44

CHIRURGIE ... 44

PERINATALITE ... 44

PSYCHIATRIE ... 44

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ... 44

SOINS DE LONGUE DUREE ... 44

MEDECINE D'URGENCE ... 44

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE ... 44

TRAITEMENT DU CANCER ... 44

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (GENETIQUE POST-NATALE) ... 44

IMAGERIE MEDICALE, IMAGERIE EN COUPE ... 44

IMAGERIE MEDICALE, MEDECINE NUCLEAIRE ... 44

SOINS PALLIATIFS **44**

SOINS AUX DETENUS **44**

MEDECINE **45**

4.1 Médecine **46**
4.1.1 Analyse de l'existant 46
4.1.1.1 Production et consommation hospitalière en médecine *46*
4.1.1.2 Les Centres Hospitaliers « ex hôpitaux locaux » *48*
4.1.1.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD) *48*
4.1.1.4 La prise en charge pédiatrique *48*
4.1.1.5 La prise en charge gériatrique *48*
4.1.2 Objectifs généraux 49
4.1.2.1 Une offre hospitalière en médecine graduée en fonction des besoins de plateau technique *49*
4.1.2.2 Redéfinir le rôle des Centres hospitaliers « ex hôpitaux locaux » *49*
4.1.2.3 Assurer une prise en charge polyvalente de proximité *50*
4.1.2.4 Des plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels *50*
4.1.2.5 Une offre de référence sur des sites hyperspécialisés *50*
4.1.2.6 Proposer des modes de prise en charge alternatifs adaptés *50*
4.1.2.7 Organiser le parcours du patient *52*
4.1.2.8 Améliorer l'efficience et la qualité des soins *54*
4.1.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 54
4.1.4 Objectifs quantifiés par territoire de santé 56
4.1.5 Tableau de bord de suivi de l'activité 56
4.1.5.1 Suivi de l'activité médecine *56*
4.1.5.2 Suivi de l'HAD *57*

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE **58**

4.2 Oxygénothérapie Hyperbare **59**
4.2.1 Bilan de l'existant en région PACA 59
4.2.1.1 Les caissons en PACA *59*
4.2.1.2 Activité 2010 ..... *59*
4.2.2 Orientations générales 60
4.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins *60*
4.2.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins *61*
4.2.2.3 Améliorer l'efficience *62*
4.2.2.4 Améliorer la connaissance *62*
4.2.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 62
4.2.4 Objectifs quantifiés en termes d'implantations et d'équipements en région PACA 63
4.2.5 Tableau de bord de suivi de l'activité 63

CHIRURGIE **64**

4.3 Chirurgie **65**
4.3.1 Rappels de l'existant et du contexte 65
4.3.1.1 Bilan des implantations *65*
4.3.1.2 Production de séjours par les établissements *66*
4.3.1.3 Taux de recours aux soins de chirurgie de la population résidente *68*
4.3.1.4 Professionnels de santé concernés *69*

4.3.2 Evolutions prévisibles 70
4.3.2.1 La démographie des professionnels 70
4.3.2.2 Les structures 70
4.3.2.3 Les pratiques 70
4.3.3 Objectifs généraux et opérationnels 72
4.3.3.1 Développer la chirurgie ambulatoire 72
4.3.3.2 Organiser une offre de soins graduée sur le territoire 74
4.3.3.3 Assurer la réponse aux urgences 75
4.3.3.4 Améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'efficience 76
4.3.3.5 Objectifs spécifiques à certaines activités 77
4.3.4 Adaptation et complémentarité de l'offre 79
4.3.5 Objectifs quantifiés par territoire de santé 81
4.3.6 Tableau de bord de suivi de l'activité 82

PERINATALITE 83

4.4 Périnatalité 84
4.4.1 Les éléments du contexte 84
4.4.1.1 Bilan de l'existant 84
4.4.1.2 Les évolutions prévisibles 87
4.4.2 Objectifs 88
4.4.2.1 Donner à toutes les femmes la possibilité de choisir le moment de la grossesse 88
4.4.2.2 Garantir l'accessibilité financière pour la femme, la mère ou l'enfant 88
4.4.2.3 Améliorer l'accès et la qualité du suivi de la grossesse 88
4.4.2.4 Adapter le niveau de la médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né et faire de la naissance un moment privilégié au cours duquel l'environnement consolide le lien qui s'est établi pendant la grossesse entre la mère et son enfant 90
4.4.2.5 Après la naissance 92
4.4.2.6 Coordination 93
4.4.2.7 Amélioration de la connaissance 93
4.4.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 94
4.4.4 Objectifs quantifiés de l'offre de soins 95
4.4.5 Indicateurs de suivi de l'activité des établissements de santé 97

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET DIAGNOSTIC PRENATAL 98

4.5 Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN) 99
4.5.1 Assistance Médicale à la Procréation (AMP) 99
4.5.1.1 Bilan de l'existant 99
4.5.1.2 Objectifs généraux et spécifiques 101
4.5.1.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé en matière d'autorisation d'assistance médicale à la procréation 103
4.5.1.4 Indicateurs de suivi et d'évaluation 105
4.5.2 DPN 106
4.5.2.1 Bilan de l'existant 106
4.5.2.2 Objectifs généraux du SROS 107
4.5.2.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé en matière de diagnostic prénatal 110
4.5.2.4 Modalités de suivi 112

PSYCHIATRIE 113

4.6 Psychiatrie 114

4.6.1 Le contexte 114
4.6.2 Les évolutions prévisibles 116
4.6.2.1 La démographie des professionnels de santé 116
4.6.2.2 Les structures et les pratiques 116
4.6.3 Les objectifs 117
4.6.3.1 Organiser le parcours du patient en psychiatrie générale 117
4.6.3.2 La Pédopsychiatrie 121
4.6.3.3 Améliorer la qualité et l'efficience 122
4.6.4 Recommandations en matière d'organisation de l'offre 123
4.6.4.1 Psychiatrie générale 123
4.6.4.2 Psychiatrie Infanto Juvénile 124
4.6.5 Adaptation et complémentarité de l'offre 124
4.6.6 Objectifs quantifiés de l'offre de soins 129
4.6.7 Tableau de bord de suivi de l'activité 130

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION 131

4.7 Soins de suite et de réadaptation (SSR) 132
4.7.1 Contexte 132
4.7.1.1 Un nombre élevé de lits de SSR et un nombre élevé de structures de faible capacité 132
4.7.1.2 Un taux de recours régional élevé en hospitalisation complète 134
4.7.1.3 Un solde attractivité - fuite positif 135
4.7.2 Orientations générales 135
4.7.2.1 SSR adultes 135
4.7.2.2 SSR enfants - adolescents 144
4.7.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 147
4.7.4 Objectifs quantifiés par territoire 149
4.7.5 Tableau de bord de suivi de l'activité 153

SOINS DE LONGUE 154

4.8 Soins de longue durée 155
4.8.1 Bilan de l'existant 155
4.8.2 Les objectifs 156
4.8.2.1 Les objectifs et indicateurs de suivi 2011-2016 des USLD 156
4.8.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 157
4.8.4 Objectifs quantifiés de l'offre de soins 157
4.8.5 Tableau de bord de suivi de l'activité 157
4.8.6 Les unités d'hébergement renforcées en USLD (mesure 16 du plan Alzheimer) 158

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE 159

4.9 Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie 160
4.9.1 Le contexte en région PACA 160
4.9.1.1 L'offre 160
4.9.1.2 L'activité 160
4.9.2 Les objectifs 161
4.9.2.1 Améliorer la prise en charge de l'urgence 161
4.9.2.2 Améliorer l'organisation de la filière 162
4.9.2.3 Améliorer les pratiques 162

4.9.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 164
4.9.4 Objectifs quantifiés par territoire de santé 165
4.9.5 Tableau de bord de suivi de l'activité 168

MEDECINE D'URGENCE 170

4.10 Médecine d'urgence 171
4.10.1 Bilan de l'existant 171
4.10.1.1 Structures de prise en charge des urgences hospitalières et préhospitalières 171
4.10.1.2 Permanence des soins ambulatoires 176
4.10.2 Orientations stratégiques 177
4.10.2.1 La Permanence des soins ambulatoire (PDSA) 178
4.10.2.2 La régulation 178
4.10.2.3 Les SMUR 179
4.10.2.4 Les transports sanitaires non médicalisés régulés par le Centre 15 181
4.10.2.5 L'accueil des urgences 181
4.10.3 Adaptation et complémentarité de l'offre 184
4.10.4 Objectifs quantifiés par territoire 187
4.10.5 Indicateurs de suivi 189
4.10.5.1 Activité de PDSA 189
4.10.5.2 Activité du SAMU et des SMUR 189
4.10.5.3 Activité des structures d'urgence 189

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE 190

4.11 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) 191
4.11.1 Définition 191
4.11.2 Obligations règlementaires de PDSES 191
4.11.2.1 Consécutives à la participation au dispositif régional de PDSES 191
4.11.2.2 Consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDSES 191
4.11.3 Enjeux du schéma cible de PDSES 192
4.11.3.1 Améliorer l'accès aux soins 192
4.11.3.2 Améliorer la qualité de prise en charge 192
4.11.3.3 Améliorer l'efficience 192
4.11.4 Méthode 192
4.11.5 Schéma cible 193
4.11.5.1 Principes et objectifs généraux 193
4.11.5.2 Objectifs stratégiques 193
4.11.5.3 Objectifs opérationnels par territoire 194
4.11.5.4 Suivi et évolution du schéma (cahier des charges) 194
4.11.6 Tableau de bord de suivi de l'activité 195

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE 200

4.12 Réanimation soins intensifs et surveillance continue 201
4.12.1 Références 201
4.12.2 Définitions 201
4.12.3 Orientation régionales 201
4.12.3.1 Accessibilité et proximité 201
4.12.3.2 Qualité et sécurité 202
4.12.3.3 Efficience 204

4.12.3.4 Réseau de prélèvement d'organes *205*
4.12.4 Réanimation adulte 205
4.12.4.1 Bilan de l'existant *205*
4.12.4.2 L'activité *206*
4.12.4.3 Adaptation et complémentarité de l'offre *208*
4.12.4.4 Objectifs quantifiés par territoire *210*
4.12.5 Soins intensifs 210
4.12.6 Surveillance continue 211
4.12.6.1 Evolution à 5 ans *212*
4.12.6.2 Programme de travail *212*
4.12.7 Réanimation pédiatrique 213
4.12.7.1 Bilan de l'existant *213*
4.12.7.2 Activité *214*
4.12.7.3 Evolution à 5 ans *216*
4.12.7.4 Programmes de travail *216*
4.12.7.5 Objectifs quantifiés par territoire *217*
4.12.8 Tableau de bord de suivi de l'activité 218

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) PAR EPURATION EXTRA RENALE 241

4.13 Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extra rénale 242
4.13.1 Contexte 242
4.13.1.1 Epuration extra rénale *242*
4.13.1.2 Greffe rénale *243*
4.13.1.3 Prévention – dépistage de l'IRC *243*
4.13.2 Orientations générales 243
4.13.2.1 Epuration extra rénale *244*
4.13.2.2 Greffe rénale *246*
4.13.3 Objectifs quantifies par territoire 246
4.13.3.1 Implantations *246*
4.13.3.2 Répartition de l'activité par modalité de dialyse *247*
4.13.4 Tableau de bord de suivi de l'activité 247
4.13.4.1 Indicateurs épidémiologiques et d'activité issus du registre REIN *247*
4.13.4.2 Indicateurs issus de la base de données des greffes de l'Agence de Biomédecine *247*
4.13.4.3 Indicateurs « objectif greffe » *248*
4.13.4.4 Indicateurs d'activité transmis à l'ARS par chaque structure de traitement *248*

TRAITEMENT DU CANCER 249

4.14 Traitement du cancer 250
4.14.1 Bilan de l'existant 250
4.14.1.1 La démographie médicale *250*
4.14.1.2 Le réseau régional de cancérologie et les centres de coordination en cancérologie (3C) *250*
4.14.1.3 Le pôle régional de cancérologie réseau *251*
4.14.1.4 La recherche en cancérologie *251*
4.14.1.5 La chirurgie des cancers *252*
4.14.1.6 La chimiothérapie *253*
4.14.1.7 La radiothérapie externe et la curiethérapie *253*
4.14.1.8 L'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées *254*
4.14.1.9 Protonthérapie *254*

4.14.1.10 Traitement des cancers de l'enfant *254*
4.14.2 Adaptation et complémentarité de l'offre 255
4.14.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé 259
4.14.4 Suivi du SROS 266

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (GENETIQUE POST-NATALE) 267

4.15 Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale) 268
4.15.1 Bilan de l'existant 268
4.15.1.1 Les acteurs du domaine de la génétique post-natale *268*
4.15.1.2 Les implantations actuelles *268*
4.15.2 Objectifs 273
4.15.2.1 Objectifs généraux du SROS *273*
4.15.2.2 Objectifs régionaux du SROS *274*
4.15.3 Modalités de suivi 275
4.15.4 Implantations 275

IMAGERIE MEDICALE IMAGERIE EN COUPE 277

4.16 Imagerie médicale: imagerie en coupes 278
4.16.1 IRM : état des lieux 278
4.16.1.1 Bilan quantitatif *278*
4.16.1.2 Tableau de bord régional 2012 : IRM *279*
Mode d'utilisation 279
Le temps moyen d'utilisation hebdomadaire 279
Forfaits : 279
Répartition suivant l'âge : 279
Patients adressés aux radiologues sans aucun renseignement clinique : 279
Bonnes pratiques : 279
Délais de rendez vous : 279
4.16.2 Etat des lieux des scanners 281
4.16.2.1 Bilan quantitatif *281*
4.16.2.2 Tableau de bord régional 2012 ..... *281*
- Délai moyen de rendez vous pour un premier bilan en cancérologie 282
4.16.3 Bilan qualitatif 283
4.16.3.1 Accessibilité aux soins *283*
4.16.3.2 Permanence des soins *284*
4.16.3.3 Optimisation des plateaux techniques – Projets médicaux de territoire en imagerie *284*
4.16.4 Effectifs médicaux et manipulateurs (source STATISS) 284
4.16.4.1 Radiologues option diagnostic *284*
4.16.4.2 Manipulateurs *285*
4.16.5 Objectifs généraux 285
4.16.5.1 Améliorer l'accès à l'imagerie en coupes, et en priorité à l'IRM, pour les objectifs prioritaires de santé publique *285*
4.16.5.2 Diversifier le parc IRM *287*
4.16.5.3 Améliorer la qualité des soins par la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie *287*
4.16.5.4 Renforcer la Sécurité des patients et des professionnels *288*
4.16.5.5 Réduire les inégalités d'accès au plateau technique d'imagerie et répondre aux besoins de la population en imagerie *288*
4.16.5.6 Optimiser les plateaux techniques d'imagerie *289*
4.16.5.7 Améliorer l'accès à l'imagerie en coupes pour tous les radiologues *290*

4.16.5.8 Assurer la permanence des soins et la continuité des soins ... *290*
4.16.5.9 Développer la téléradiologie ... *291*
4.16.5.10 Favoriser l'accès au Picture Archiving and Communication System (PACS) ... *291*
4.16.5.11 Mieux organiser la radiologie interventionnelle ... *291*
4.16.6 Evaluation de l'activité scanners - IRM ... 292
4.16.7 Objectifs quantifies : implantations par sites et équipements ... 292
4.16.7.1 Scanographes à utilisation médicale ... *293*
4.16.7.2 Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique à utilisation clinique ... *293*

IMAGERIE MEDICALE MEDECINE NUCLEAIRE ... 294

4.17 Imagerie médicale médecine nucléaire ... 295
4.17.1 Bilan de l'existant en région PACA ... 295
4.17.1.1 Caméras à scintillation ... *295*
4.17.1.2 Tomographie par émissions de positons (TEP) ... *295*
4.17.1.3 Démographie des médecins nucléaires ... *296*
4.17.1.4 Activité des centres 2010 ... *296*
4.17.1.5 Améliorer la qualité et la sécurité des soins ... *300*
4.17.1.6 Améliorer l'efficience : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements. ... *300*
4.17.2 Objectifs quantifiés en termes de sites d'implantation et d'équipements ... 301
4.17.3 Evaluation de l'activité ... 302

SOINS PALLIATIFS ... 305

4.18 Soins palliatifs ... 306
4.18.1 Rappels de l'existant et du contexte ... 306
4.18.1.1 Les Unités de soins palliatifs (USP) : ... *306*
4.18.1.2 Les Lits Identifiés en soins palliatifs (LISP) ... *306*
4.18.1.3 Les Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP) ... *306*
4.18.1.4 Les Réseaux de soins palliatifs ... *306*
4.18.1.5 Les autres acteurs des soins palliatifs ... *306*
4.18.2 Evolutions prévisibles : les orientations régionales ... 307
4.18.3 Objectifs ... 307
4.18.3.1 Organiser le parcours du patient ... *307*
4.18.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience ... *308*
4.18.4 Suivi et indicateurs ... 308

SOINS AUX PERSONNES DETENUES ... 310

4.19 Soins aux personnes détenues ... 311
4.19.1 L'existant et le contexte (année 2009) ... 311
4.19.1.1 L'offre : implantation des unités sanitaires ... *311*
4.19.1.2 L'activité somatique et psychiatrique ... *311*
4.19.1.3 Les professionnels de santé ... *312*
4.19.2 Evolutions prévisibles ... 313
4.19.2.1 La démographie des professionnels ... *313*
4.19.2.2 Les structures pénitentiaires ... *313*
4.19.2.3 L'évolution des besoins de santé ... *313*
4.19.3 Objectifs ... 313
4.19.3.1 Organiser le parcours du patient ... *313*
4.19.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience ... *314*

4.19.3.3 Recommandations pour les établissements ... 314
4.19.4 Le suivi et les indicateurs ... 316

5 AUTRES DOMAINES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ... 317

5.1 Eléments planification biologie médicale ... 317
5.1.1 Contexte de la reforme ... 317
5.1.2 Présentation des données relatives a la biologie medicale en Paca ... 318
5.1.2.1 Biologie hospitalière ... 318
5.1.2.2 Biologie libérale ... 319
5.1.2.3 Couverture des besoins de la population ... 322
5.1.2.4 Avancée dans la démarche d'accréditation ... 322
5.1.3 Perspectives d'évolution ... 323
5.1.3.1 Orientations nationales ... 323
5.1.3.2 Perspectives régionales ... 323

5.2 Eléments de planification transfusion sanguine ... 325

6 PRINCIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI ... 326

7 GLOSSAIRE ... 326

8 INDEX ... 332

9 ANNEXES ... 335

ANNEXES SROS Chapitre Ambulatoire ... 335

ANNEXES SROS Chapitre Urgence ... 364

7 GLOSSAIRE ... 304

8 INDEX ... 332

9 ANNEXES ... 313

Annexes SROS - Chapitre Ambulatoire 313

Annexes SROS - Chapitre Urgence 342

1 Introduction

1.1 Le SROS : un outil adapté au contexte régional

1.1.1 La recherche de l'équilibre entre qualité et accessibilité géographique

Les deux volets de ce schéma, ambulatoire et hospitalier, sont complémentaires. Ils prévoient l'optimisation du parcours de santé entre des soins gradués, répartis et coordonnés sur le territoire et une offre de soins de proximité organisée garantissant ainsi l'accès de tous à des soins de qualité.

Le volet ambulatoire de ce SROS vise ainsi à améliorer l'accès sur l'ensemble du territoire à une offre de soins de proximité.

Le volet hospitalier a pour objectifs :
- la sécurité sanitaire des établissements de santé,
- la qualité des soins et l'efficience médico-économique,
- l'accessibilité géographique.

1.1.2 Un contexte économique très contraint

Le SROS contribue à améliorer l'efficience globale de l'offre de soins régionale dans le cadre financier fixé par l'ONDAM. Il veille à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population. Il anticipe les transformations de l'offre de soins vers des organisations plus efficientes, qui mobilisent des outils favorisant la qualité des soins.

1.1.3 Les grands traits de l'évolution démographique de la région PACA

Le solde migratoire, moteur de la croissance démographique
Depuis 1968, la population de la région a augmenté de moitié, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de près de 1 %. Ces dernières années, la progression se ralentit pour se situer à environ + 0,7 % en moyenne annuelle A terme, l'accroissement de la population sera porté exclusivement par le solde migratoire, essentiellement en provenance des autres régions de la métropole.

Evolution des populations départementales entre 2010 et2020
Source : INSEE

	Population 2010		Variations 2010 - 2020		Population 2020	
	(en millier)	%	En nombre	En pourcentage	(en millier)	%
Alpes-de-Haute-Provence	161	3,3	+ 16	9,9	177	3,4
Hautes-Alpes	136	2,7	+ 10	7,4	146	2,8
Alpes-Maritimes	1 096	22,1	+ 38	3,5	1 134	21,8
Bouches-du-Rhône	1 986	40,1	+ 76	3,8	2 062	39,7
Var	1 022	20,6	+ 76	7,4	1 098	21,1
Vaucluse	549	11,1	+ 34	6,2	583	11,2
PACA	**4 950**	**100,0**	**+ 250**	**5,1**	**5 200**	**100,0**

Des évolutions différenciées : le Var rattrape les Alpes Maritimes

Dans le contexte d'une augmentation de la population de l'ordre de 5% à l'horizon 2020, les départements (Alpes de Haute-Provence et Hautes Alpes) connaîtront une augmentation très supérieure (+9.9 et +7.4%) Le Var connaîtra également une croissance forte (+ 7,4 %), égale à celle des Hautes Alpes mais avec une population huit fois supérieure et constituera l'évolution la plus notable.

Compte tenu des volumes de population, 60 % de l'accroissement régional de la population sera portée par deux départements : les Bouches du Rhône et le Var.

Le vieillissement : la moitié de l'accroissement fournie par les plus de 75 ans
L'augmentation de la population s'accompagne de son vieillissement. Pour une croissance globale de 5 % de l'ensemble de la population, les personnes de 60 ans et plus représenteront l'essentiel de cet accroissement : les personnes âgées de 75 ans et plus augmentent de 25% et passeront de 10,3 % de la population régionale en 2010 à 12,3 % en 2020. Les personnes de 60 à 74 ans progressent de 11 %.
Là encore, ces évolutions se déclinent différemment selon les départements.

1.1.4 Une offre de soins dense, mais inégalement répartie

La densité de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié est supérieure à la moyenne nationale dans toutes les catégories

Démographie des professionnels de santé dans la région PACA au 1er janvier 2009 (exercice à titre libéral ou salarié)

Démographie	PACA 4 918 050 hab.	Densité pour 100 000 h	FRANCE Métro 62 473 900 hab	Densité pour 100 000 h
Professions				
Médecins généralistes	9 247	188	101 671	163
Médecins spécialistes	10 769	219	107 477	172
Ensemble des médecins	**20 016**	**407**	**209 148**	**335**
Chirurgiens dentistes	4 370	89	41 107	66
Sages femmes	1 525	31	18 847	30
Infirmiers	44 554	906	495 834	794
Masseurs kinésithérapeutes	7 443	151	66 919	107
Orthophonistes	1 895	39	18 506	30
Orthoptistes	342	7	3 081	5
Pédicures-podologues	1 043	21	11 045	18
Pharmaciens	6 555	133	73 116	117

Source : DREES, ARS PACA, ADELI, FINESS (STATISS 2010)

La démographie des professionnels de santé de la région PACA devrait être marquée dans les années à venir par la diminution prévue de la densité médicale du fait du vieillissement de ces professions. La DREES prévoit une diminution jusqu'au début des années 2020 des effectifs de médecins dans la région (alors que la population devrait poursuivre sa progression).

Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont un fait marquant de la région Paca, reflétant dans une large mesure la diversité de la géographie physique et humaine : elles sont particulièrement marquées entre la bande littorale et les départements alpins, la situation du Vaucluse étant elle-même contrastée entre le couloir rhodanien et le reste du département. Elles concernent tout autant les professionnels de santé libéraux que l'offre des établissements sanitaires. Les départements des Alpes

Maritimes et des Bouches du Rhône concentrent 70 % de l'offre de court séjour pour 62,5 % de la population.

Les offres limitrophes et additionnelles doivent également être prises en considération :

- établissements monégasques, librement accessibles aux habitants des Alpes Maritimes ;
- établissements varois gérés par des CHR hors région ; hôpital San Salvadour dépendant de l'AP-HP, orienté vers la prise en charge de moyenne ou longue durée de personnes polyhandicapées et hôpital René Sabran dépendant des hospices civils de Lyon (chirurgie orthopédique, réadaptation fonctionnelle adulte et enfants, gériatrie…) ;
- établissements du Gard aux limites des Bouches du Rhône et du Vaucluse ;
- hôpitaux militaires Laveran à Marseille et Sainte Anne à Toulon, prenant en charge majoritairement des populations civiles ;
- attraction de la Drôme sur le Vaucluse et de l'Isère sur les Hautes Alpes.

1.2 Le SROS : un outil de mise en œuvre, dans le champ sanitaire des objectifs prioritaires de la politique régionale de santé.

1.2.1 Lutter contre les inégalités de santé

Si le système de soins, qu'il s'agisse de sa composante libérale ou hospitalière, ne peut résoudre à lui seul le problème des inégalités de santé, deux objectifs peuvent lui être assignés :

- en compenser au moins partiellement les effets ;
- ne pas les aggraver.

L'accès aux soins est lié à différents facteurs notamment :

- la disponibilité d'une offre appropriée (cet aspect est largement développé dans l'ensemble du schéma) ;
- l'organisation du système de santé ;
- le comportement des professionnels de santé ;
- la situation économique des personnes, leur compréhension du système, leurs comportements, leur capacité à communiquer avec les professionnels de santé.

Plusieurs axes peuvent être distingués pour favoriser l'accès aux soins :

1. Le renforcement de l'accès aux droits : l'accès à la complémentaire santé est essentiel.

Le dispositif de l'aide à la complémentaire santé (ACS) est encore peu utilisé (environ 20% des bénéficiaires potentiels. Il convient d'en favoriser le développement.
Les PASS ont un rôle éminent à jouer, pour faire accéder aux soins (notamment grâce à l'ouverture des droits CMUC ou AME) des personnes en difficulté sociale.

2. Lutter contre le renoncement aux soins

Le taux de renoncement aux soins était en 2008 de 16,5% pour la population de 18 à 64 ans (source ESPS 2008). Il est en augmentation régulière depuis 2002 (≈12%). Le renoncement à des soins dentaires concernait 10,7% de la population en 2008. Le lien avec le niveau de revenu est très fort : 24,5 % de renoncement aux soins pour les personnes les plus pauvres vs 7,5% pour les personnes aux revenus les plus élevés.
La proportion de bénéficiaires de la CMUC ayant déclaré un médecin traitant est aujourd'hui similaire à celle des autres assurés, ce qui devrait faciliter leur accès à un spécialiste à même de les recevoir dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.
La loi HPST prévoit un dispositif permettant de lutter contre les refus de soins. Sa mise en œuvre doit être facilitée.

3. Mieux prendre en compte les inégalités de santé dans les projets d'établissement :

- veiller à faire respecter la réglementation en matière de dépassements d'honoraires, notamment effectués à l'égard des bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME ;
- prendre en compte la précarité et la situation sociale dans la définition des projets d'établissement et la rédaction des CPOM. Les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil, de prise en charge et de continuité des soins (en sortie d'hospitalisation[1]) pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME). Ils apporteront une attention particulière aux protocoles de soins des unités accueillant plus spécifiquement des personnes en situation sociale difficile (services de médecine d'urgence, maternités, SSR, …) et aux modalités d'accueil et d'accessibilité financière. Ils s'attacheront à former les personnels aux besoins spécifiques de ces publics ;

[1] (par exemple être attentif à l'impossibilité de pratiquer certains soins pour des personnes sans domicile ou à éviter des prescriptions de traitements non remboursés intégralement pour les personnes bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME, ...)

- respecter la réglementation en matière d'activité libérale dans les établissements publics : les établissements doivent garantir le respect des conditions d'exercice de l'activité libérale de leurs praticiens, l'exercice des missions de service public, l'accès aux soins à tarifs opposables des bénéficiaires de la CMUC et l'AME ou susceptibles d'en bénéficier ainsi que le fonctionnement des commissions de l'activité libérale.

1.2.2 Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Le projet de naissance, le moment de la naissance et la petite enfance sont déterminants pour le futur de chaque individu. C'est en effet, dès la naissance et pendant l'enfance que commencent à se déterminer la santé d'un individu.
Outre le chapitre dédié à la périnatalité, cette population spécifique fait l'objet d'une attention particulière dans les chapitres du volet hospitalier du SROS.
L'existence d'une référence transversale « périnatalité petite enfance » au sein de l'ARS permet de suivre cette thématique prioritaire dans chacun des chapitres où il est traité. Il sera capital de développer des réponses coordonnées dans le respect des compétences propres des différents intervenants, particulièrement avec les services de PMI des Conseils Généraux.

1.2.3 Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : favoriser le développement d'un modèle territorial et le développement de l'éducation thérapeutique

La prise en charge des maladies chroniques souffre d'une fragmentation et d'un manque de visibilité de l'offre. Il existe de multiples organisations visant à couvrir les besoins spécifiques de chaque catégorie de maladie chronique, alors que les besoins de prise en charge et les réponses sont proches.

Les contours d'une prise en charge territoriale « globale » peuvent être définis. Ils reposent sur :

- une volonté affirmée de privilégier la qualité de vie par une prise en charge en proximité et à domicile ;
- une personnalisation du soutien au patient, qui, plus qu'être acteur dans un cadre défini par d'autres, doit être acteur de son parcours : soutenir, guider, et non faire à la place de, mais pouvoir adapter le niveau d'accompagnement en fonction de la situation, y compris pour une même personne lors de passages plus difficiles ;
- une approche de proximité globale : mise en place de dispositifs communs à de grandes typologies de patients dont les besoins sont proches, garantissant une exigence de niveau spécialisé;
- une prise en considération du rôle propre des professionnels dans la coordination : respect du rôle central du médecin traitant dans la coordination des soins médicaux et du rôle propre des professionnels intervenant à domicile ;
- une structure reconnue: des locaux, des équipements, « en ville », ou éventuellement adossée à une maison de santé, un hôpital local ou un autre type d'établissement ;
- un soutien en cas de nécessité ressentie, par intégration des professionnels libéraux dans le dispositif, par l'intervention d'autres professionnels (« nouveaux métiers ») pour la gestion administrative et formelle et par la coordination de parcours complexes, notamment l'interface avec le médico-social ;
- des compétences polyvalentes, personnels soignants ou sociaux mobilisés en fonction du projet et de l'activité de la structure ;
- une insertion dans le système de santé local qui vise à lever les points de blocage, à induire la coopération à travers des processus et des outils communs, sans nécessairement viser une intégration de l'offre ;
- un nécessaire appui par un système d'information performant, permettant le partage de synthèses et de données entre professionnels.

Il est nécessaire de favoriser des réalisations concrètes, si nécessaire expérimentales en accord avec ces principes. Elles devront associer de différentes façons, selon les spécificités des territoires, les besoins identifiés et les ressources mobilisables :

- l'identification et la facilitation de partenariats locaux ;
- l'animation de groupes de travail (prévention, parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé, outils, accompagnement…) regroupant des professionnels mais aussi

des associations, des réseaux de santé et représentants des usagers ;
- des rencontres entre professionnels et usagers ;
- de la diffusion d'informations ;
- la promotion d'actions mobilisant professionnels et associations sur un thème particulier (conception, diffusion, logistique) ;
- la facilitation de formations (lieux, développement de modalités de compagnonnage entre professionnels) ;
- l'animation d'un lieu d'accueil, d'information, de soutien et d'orientation.

Depuis la loi HPST, l'éducation thérapeutique est reconnue et inscrite dans le code de Santé Publique dans le parcours de soins du patient. Elle doit être intégrée et proposée autant que de besoin dans la prise en charge thérapeutique du patient, notamment en ambulatoire.

Les établissements de santé ont investi le champ de l'éducation thérapeutique depuis plusieurs années. Pour autant, la formalisation des programmes d'éducation thérapeutique doit se poursuivre. Des coopérations et des partenariats devront être développés pour renforcer le maillage territorial. L'intégration des professionnels libéraux au sein des programmes mis en œuvre dans les établissements de santé doit être favorisée. Un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique doit être mis en place dans les établissements de santé.

1.2.4 Promouvoir la santé mentale et lutter contre les addictions

Mieux soigner et accompagner les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale dépasse le cadre du chapitre psychiatrie du SROS.

Le PRS propose une organisation de la santé mentale qui réponde aux besoins des personnes atteintes de pathologies mentales chroniques et de handicaps psychiques axée sur le parcours coordonné de santé et d'accompagnement.

Ce parcours, respectant le libre choix des personnes, s'inscrit dans une continuité allant de la prévention de la souffrance psychique à la prise en charge en soins des malades et à la réhabilitation psycho-sociale. Sa mise en place nécessite d'améliorer les articulations entre les dispositifs sanitaires et les dispositifs médicosociaux et d'hébergement social, en lien avec l'entourage familial.

La prévention de la souffrance psychique et des risques suicidaires, en population générale, passe par un meilleur repérage et une prise en charge adaptée. Pour optimiser ce repérage, les professionnels de santé de proximité et les travailleurs sociaux doivent être formés. Une bonne coordination entre les différents dispositifs de prise en charge existants permettra d'améliorer le parcours du patient.

Les personnes en situation de handicap psychique rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. La loi du 11 Février 2005 a permis de définir le handicap psychique, mettant en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap. Cette loi marque également une évolution puisqu'il s'agit d'interroger non plus simplement la maladie, mais les effets sur la vie quotidienne. Dés lors, pour assurer la continuité et la qualité des parcours de vie et de soins des personnes handicapées concernées par les troubles psychiques, la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie est nécessaire.

Aussi les projets territoriaux de prise en charge devront :
- positionner l'offre de soins en psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale ;
- optimiser les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social.

Les réseaux de professionnels des deux secteurs participent de façon complémentaire et coordonnée, sur des temps identiques ou distincts, à la prise en charge de ces personnes. Leur formation et leur reconnaissance réciproque sont indispensables

Si le schéma régional d'addictologie n'apparait pas en tant que tel dans le PRS, les principes demeurent :

- accorder la priorité aux populations les plus exposées, en se basant sur les données existantes. En Paca, les populations définies comme prioritaires sont, les femmes, les jeunes, les personnes en situation de précarité, les détenus et les sortants de prison ;

- former les professionnels en contact avec ces publics pour en faire des relais de prévention ;
- développer le repérage précoce ;
- articuler la prévention et l'accès aux soins. Tout acteur de prévention primaire doit connaître les structures de premier recours de son secteur d'intervention. Les personnes intervenant auprès de consommateurs doivent pouvoir accompagner ceux qui le souhaitent dans une démarche de soins ;
- avoir une vision globale en addictologie, ce qui signifie une approche centrée sur la notion de continuum, de la prévention à la réinsertion sociale et prenant en compte la reconnaissance du rôle de l'entraide et de l'auto support.

En rapport avec le SROS, les objectifs sont plus particulièrement de :

- améliorer la couverture territoriale de l'offre en adéquation avec les besoins ;
- poursuivre la structuration de l'offre hospitalière en trois niveaux, adaptés à la gravité des troubles : niveau I (réponses de proximité, y compris les sevrages simples), niveau II, ou niveau de recours (prises en charge spécialisées de patients posant des problèmes particuliers), niveau III (centre d'addictologie universitaire régional ;
- conforter le rôle de la médecine de ville, capital dans le repérage, la maîtrise des consommations et la réduction des risques. Les réseaux et les microstructures apparaissent comme des moyens efficaces pour lutter contre l'isolement des médecins ;
- faciliter la prise en charge des comorbidités : psychiatriques, somatiques (infectieuses, gynécologiques, dentaires…) ;
- assurer la couverture des besoins sociaux, la dépendance étant en elle-même facteur de précarité ;
- organiser le maillage territorial articulant tous ces différents dispositifs, après avoir précisé la spécificité de chacun.

L'articulation des différents dispositifs devrait ainsi permettre de mieux accompagner le parcours du patient en diminuant les ruptures, écueil majeur de la prise en charge des addictions.

1.2.5 Prendre en compte les spécificités du handicap et du vieillissement

La prise en charge du handicap est développée par le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Les enjeux majeurs du domaine, pour le SROS, sont :

- l'articulation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale ;
- l'accès a la prévention et aux soins, notamment aux soins primaires, non spécifiquement en rapport avec le handicap : dépistages, soins dentaires, gynécologiques, prise en compte des facteurs de risque de maladies chroniques, tous domaines dans lesquels les personnes en situation de handicap ont au moins autant de besoins que la population générale et un moindre accès démontré par de nombreuses observations.
- l'accès aux soins hospitaliers : outre la mise en accessibilité des établissements de santé prévue par la loi du 11 février 2005, il est nécessaire d'améliorer les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap tant au niveau des services d'urgences que des services d'hospitalisation. Cette amélioration repose sur la formation des personnels soignants, mais aussi sur une organisation spécifique des services de soins.

L'atteinte de ces objectifs repose en priorité sur :

- le développement de la coordination et des coopérations entre les professionnels du médico-social, du sanitaire et du social ;
- la mobilisation des moyens de fongibilités existantes entre les secteurs sanitaire, médico-social et social;
- des compléments d'information et de formation des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes en situation de handicap. Cela peut être un thème régional de développement professionnel continu (DPC). Les formations devront particulièrement mettre l'accent sur le repérage précoce du handicap, l'identification des besoins, la connaissance des aides et des structures du champ médico-social, la prise en charge des patients lourds,

présentant des troubles du comportement, en souffrance psychique ou atteints de maladies chroniques.

- l'expérimentation dans certains hôpitaux de services adaptés aux handicaps et permettant la prise en charge de soins non liés au handicap.

Pour ce qui concerne le vieillissement, les priorités transversales concernant le SROS sont, pour l'essentiel :

- la plus grande structuration des filières de soins gériatriques : Il convient de renforcer d'une part une organisation formelle des articulations entre les établissements, professionnels et services et d'autre part d'accroitre le partenariat entre l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et sociaux en mobilisant l'expertise des structures de coordination que sont les réseaux de santé, les CLIC et plus récemment les MAIA ;
- une attention particulière à la mise en œuvre opérationnelle des mesures du plan Alzheimer ;
- la coordination, dans le cadre du développement du modèle territorial des intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux autour de la personne âgée à domicile afin de préserver la qualité de vie, prévenir la perte d'autonomie et permettre le libre choix de la personne âgée dépendante à vivre à domicile ou en institution ;
- l'articulation de la médecine de ville et des EHPAD avec la médecine hospitalière, en particulier la médecine d'urgence. Il s'agit en particulier de diminuer le recours aux urgences comme voie d'entrée à l'hôpital, de limiter les séjours inutiles et de réduire les durées d'hospitalisation inadaptées. Une démarche de contractualisation qui définit les modes opératoires concrets de collaboration et les indicateurs de suivis et d'évaluation, entre services, établissements et professionnels sanitaires et médico-sociaux, est à promouvoir ;
- l'ARS est attentive aux problèmes particuliers que posent les parents âgés entrant en dépendance et ayant assumé toute leur vie la charge d'enfants handicapés. A ce titre, elle propose une réflexion visant à l'expérimentation d'EHPAD accueillant à la fois les parents et leurs enfants handicapés. Cette question est prise en compte dans le SROMS.

1.2.6 Contribuer à la veille sanitaire et à la gestion des crises

Les établissements, les médecins libéraux et hospitaliers mais aussi les biologistes doivent renforcer leur participation au dispositif de veille et d'alerte sanitaire. Ils doivent notamment déclarer à l'autorité sanitaire les maladies à déclaration obligatoire qu'ils diagnostiquent. Ils ont un rôle important également dans le signalement des phénomènes sanitaires anormaux. La mobilisation de ces professionnels en vue du signalement nécessite des actions importantes d'information, de sensibilisation et de simplification des procédures.

1.2.7 Améliorer l'efficience, la qualité et la sécurité des soins

D'après l'organisation mondiale de la santé, «la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable». L'efficience est en conséquence une préoccupation transversale, étendue à l'ensemble du PRS. Elle est indissociable de la préoccupation de qualité, qui entre dans sa définition même.
L'amélioration de la performance concerne donc autant les établissements privés et publics que l'ensemble des professionnels de santé. A ce titre, structurer et animer des opérateurs publics et privés de santé du territoire (sans préjuger qu'il s'agisse d'une communauté hospitalière de territoire – CHT - ou toute autre forme de coopération) est un objectif prioritaire pour rationaliser et optimiser l'offre de soins sur les différents territoires de la région. Tous les leviers disponibles doivent être actionnés : établissements de proximité en liaison avec un plateau technique référent, conventions entre établissements, fédérations médicales, groupements de coopération sanitaire, et ceci tant sur les aspects médicaux que sur les aspects administratifs et logistiques. Les CHT trouveront naturellement leur place dans ces coopérations.

Pour les établissements publics de santé, il convient de mener une politique de prévention permettant de se prémunir des déséquilibres financiers majeurs. Les plans de retour à l'équilibre et les contrats de retour à l'équilibre financier sont utilisés lorsque la politique de prévention n'a pas eu les résultats

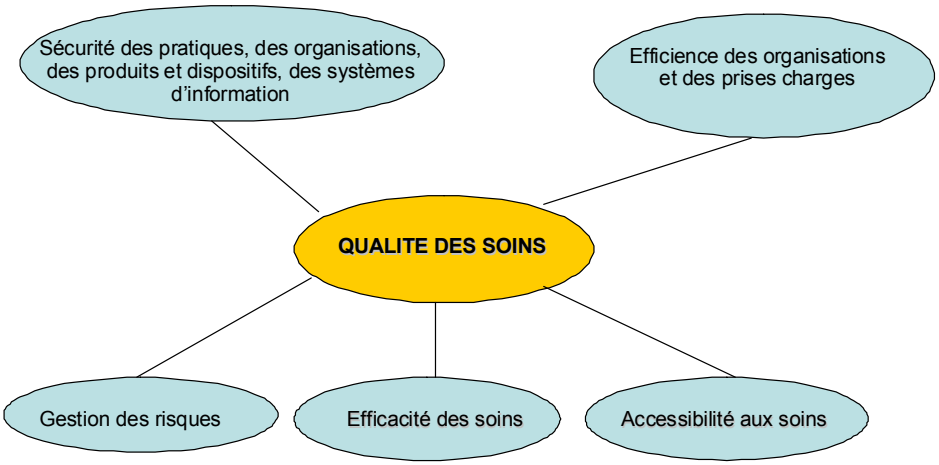
escomptés sur les comptes d'un établissement. Le retour à l'équilibre financier des établissements publics en déséquilibre budgétaire passe par des mesures de gestion, d'organisation mais aussi par des mesures d'optimisation de l'offre de soins dans le cadre de complémentarités entre les établissements et les offres amont (ex : maisons de santé, permanence des soins ambulatoire) et aval (ex : SSR, ESMS,…).

Ainsi, il convient de progresser :

- dans la gestion des sorties d'hospitalisation ;
- dans la mise en place d'une réponse adéquate aux demandes de soins non programmés ;
- dans la place de l'hôpital au sein de la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies de la personne âgée ;
- dans le repositionnement des missions et l'organisation des réseaux de santé (inclusion des plans personnalisés de santé dans les comptes rendus de sortie d'hospitalisation afin de préparer le retour à domicile) ;
- dans le développement de l'articulation entre les équipes mobiles et les réseaux de santé ;
- dans le redéploiement des activités lorsque les structures n'ont pas l'activité ou la taille critique suffisante pour garantir la qualité des soins offerts à la population.

La qualité et la sécurité des soins s'appliquent à tous les secteurs de prise en charge notamment hospitalier ou ambulatoire. Il est impératif de la mesurer et de l'évaluer.

La qualité comprend de nombreuses composantes traitées le plus souvent de manière indépendante :



Les points forts à développer dans l'ensemble des activités sanitaires sont les suivants :

- la généralisation de la culture de gestion des risques : tant par la mise en évidence de survenue d'évènements indésirables (veille), l'analyse de leurs causes, la mise en place d'actions correctives et des retours d'expérience que par la mise en place de méthodes d'analyse de risques à priori ;
- l'amélioration continue des pratiques professionnelles, nécessitant la mise en place de traçabilité des pratiques mais également l'analyse de la pertinence des actes, la diffusion des guides de bonnes pratiques et des référentiels de prises en charge ;
- le développement professionnel continu dans tous les secteurs et pour toutes les professions médicales et paramédicales, garant pour l'avenir du maintien d'un haut niveau de compétences face au développement exponentiel des progrès technologiques, diagnostiques et thérapeutiques ;
- l'information du patient : composante encore insuffisamment mise en œuvre mais surtout mal évaluée ;
- le suivi individualisé du patient tout au long de son parcours de prise en charge ;
- l'organisation et le suivi de nouvelles modalités d'exercice des professionnels en particulier dans le cadre des protocoles de coopérations.

1.2.8 Garantir le respect des droits des usagers

L'information des usagers sur leur état de santé et les soins qui leur sont proposés est une obligation pour tous professionnels de santé.

Tous les établissements sanitaires doivent mettre en place la commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), sous la responsabilité du Conseil de surveillance ou du représentant légal de l'établissement.

La CRUQPC veille tout aussi bien au respect des droits qu'à la qualité des prises en charge et à l'égalité d'accès aux soins.

La représentation effective des usagers au sein des établissements de santé, via les associations agrées à cet effet, doit être favorisée.

Des clauses sur le respect des droits des patients devront figurer dans les CPOM des établissements.

Deux objectifs seront particulièrement suivis :

- le droit au respect de la dignité, particulièrement pour les malades en fin de vie, les soins palliatifs et les conditions de sortie des établissements,
- le droit à la non discrimination.

1.2.9 Favoriser le développement d'outils et systèmes d'information

Il est très important de poursuivre le déploiement du dossier médical personnel de façon à ce que les patients puissent disposer d'informations claires accessibles aux professionnels de santé qui les prennent en charge.

Il y a également des enjeux très importants concernant :

- l'informatique interne des établissements : informatisation des dossiers médicaux, des prescriptions en lien avec la pharmacie, des résultats d'examens de biologie médicale, de l'imagerie (PACS), diffusion de comptes-rendus hospitaliers (alimenter le DMP) ;
- l'amélioration de la coordination et du parcours de soins : télé expertise, signalement de patients remarquables, création de liens informatisés entre les établissements sanitaires et les médecins de ville pour l'accès en consultation au dossier hospitalier du patient via une messagerie sécurisée.
- la mutualisation d'outils : agenda, web conférence, E-Learning, indicateurs de pilotage et de reporting …
- la poursuite du développement du répertoire opérationnel des ressources permettant une meilleure orientation des patients en fonction de leurs besoins.

2 L'offre de soins ambulatoire

INTRODUCTION

L'offre de soins ambulatoire, participe de la prise en charge de proximité qui s'entend comme une prise en charge globale des patients, dans leur milieu de vie habituel, par une équipe pluri-sectorielle, composée d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La loi HPST définit la notion de soins de premier recours, ainsi que les missions du médecin généraliste et du pharmacien dans ce cadre.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Si le rôle pivot du médecin généraliste dans l'organisation des soins de premier recours doit être réaffirmé, d'autres professionnels de santé participent activement à cette prise en charge. Il en est ainsi des pharmaciens, des chirurgiens dentistes, des sages femmes, auxiliaires médicaux libéraux, des centres de santé, de certains spécialistes, des professionnels associatifs qui œuvrent pour l'accès aux soins des plus démunis, des professionnels de santé qui exercent au sein des collectivités territoriales : notamment PMI qui tient aux côtés des libéraux une place essentielle pour la prise en charge des femmes et des enfants, CLAT, CIDAG, centres de vaccination, professionnels de santé de l'éducation nationale.

C'est l'ensemble de cette offre de soins de proximité, en lien avec son environnement sanitaire, médico-social et social qui doit être appréhendée.

Afin de pouvoir observer de manière fine l'organisation de cette offre de santé de proximité, la définition d'espaces de santé de proximité (ESP), infra départementaux, a été nécessaire.
Ce bilan porte sur cinq catégories de professionnels qui participent au socle de l'offre de soins de proximité : les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les chirurgiens dentistes et les masseurs kinésithérapeutes. L'étude porte sur le niveau de l'offre, son organisation et l'intégration dans son environnement professionnel.
Ce diagnostic a pour objet de mettre en évidence des ESP fragiles, sur lesquels des mesures correctrices seront spécifiquement déployées.

Cette démarche a été initiée au sein des départements, en concertation avec les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et les professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou salariés, représentants des centres de santé, des réseaux de santé et des maisons de santé.

A la différence du volet hospitalier du SROS-PRS, le SROS ambulatoire n'est pas opposable. La démarche se veut avant tout concertée et partagée avec pour objectif l'émergence de projets de renforcement et/ou de modernisation de l'offre de soins de proximité, intégrés dans leur environnement.

Pour optimiser cette prise en charge de proximité, quatre orientations stratégiques sont privilégiées :

- l'intégration des politiques menées par les différents acteurs,
- le renforcement de l'accès aux soins,
- la modernisation des pratiques des professionnels,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

2.1 Le diagnostic de l'offre de soins ambulatoires

2.1.1 La démographie médicale en région Paca

Une étude de la FNORS[2] a montré que 73% des cantons de la région sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels santé libéraux de proximité (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes) inférieurs à la moyenne nationale, un taux de mortalité conforme à la moyenne nationale et des différences sociales importantes. Ces cantons regroupent 97,6% de la population régionale.
2% de la population régionale vit dans des cantons ruraux, éloignés des services de soins.

Les données du conseil national de l'ordre des médecins font ressortir une densité médicale largement supérieure à la moyenne nationale[3] :

	Densité médicale généralistes et spécialiste Activité libérale et salariée (pour 100 000 habitants)	Densité médicale généralistes Activité libérale et salariée (pour 100 000 habitants)
PACA	374	170
France	309	143

La densité médicale (des généralistes et spécialistes) est la plus élevée de France.

Cette situation démographique favorable doit également être pondérée par un vieillissement de la population médicale plus accentué que dans d'autres régions. Les perspectives ouvertes par la formation des internes en médecine ne permettent pas, à elles seules, de remplacer les futurs départs des médecins âgés de 55 ans et plus.

Pour ce qui concerne la formation en médecine générale, il est nécessaire de procéder à des recrutements de maitres de stage, le pourcentage d'enseignants de moins de 60 ans impliqués dans l'encadrement étant inférieur à la moyenne nationale.

Ces indicateurs globaux masquent toutefois de grandes disparités infrarégionales, voir infra départementales. C'est la raison pour laquelle une définition d'espaces de santé de proximité est apparue nécessaire.

2.1.2 Eléments de méthode

2.1.2.1 Définition des espaces de santé de proximité (ESP)[4]

Il s'agit de définir, à l'intérieur des territoires de santé, des unités géographiques fines et cohérentes en termes de recours aux soins de proximité : les espaces de santé de proximité.

Le choix s'est porté sur le « canton regroupé », utilisé par les études de la FNORS, car il est le territoire élémentaire de recueil simultané de données fiables sur la mortalité, la précarité ou l'évolution démographique. Selon la méthode présentée en annexe 1, ces cantons constituent des ESP à part entière ou ont été regroupés avec des cantons voisins, sous réserve que les temps de trajet restent acceptables.

La méthode de construction de ces espaces est basée sur la constitution de territoires permettant d'organiser une prise en charge de proximité. Ainsi, leur identification s'appuie sur la présence d'une offre minimale de soins et services de proximité, tels que les collèges, structures jugées emblématiques de la solidité territoriale en matière d'aménagement du territoire.
L'identification d'espaces de santé de proximité ne préjuge pas de l'état des lieux et du diagnostic qui est ensuite mené sur chacun d'entre eux.

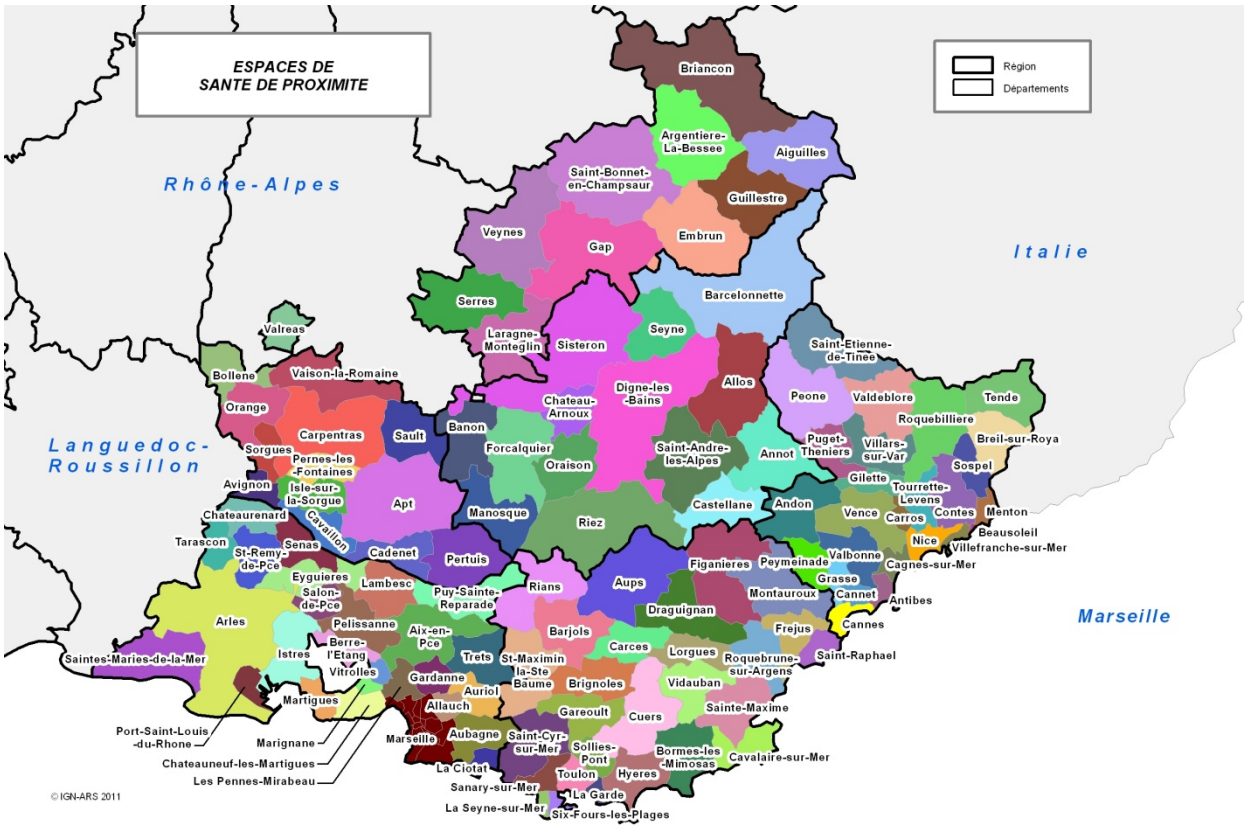
---

[2] Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton FNORS, 2ème édition, Elsevier Masson 2010
[3] Conseil National de l'Ordre des médecins : Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2010
[4] Voir annexe 1 : principes d'élaboration des ESP

Ils visent à l'identification d'espaces fragiles en offre de soins de proximité et ne se superposent pas forcément aux espaces prioritaires pour des actions de prévention, définis dans le schéma régional de prévention sur la base d'indicateurs épidémiologiques et sociaux.

Après concertation, le territoire régional est découpé en 133 espaces de santé de proximité (incluant les 16 arrondissements de Marseille).

Carte des ESP



2.1.2.2 *Sélection des ESP fragiles et à risque*[5]

La loi HPST précise dans son article 118 (article L. 1434-7 CSP) que le SROS « détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ». Par convention ces zones sont qualifiées de « fragiles ».

L'ARS PACA a fait le choix de classer les espaces de santé de proximité en trois catégories, pour permettre une gradation du risque de désertification médicale et/ou de désorganisation :

- les ESP <u>fragiles</u>, éligibles à l'application des mesures incitatives visées à l'article 1434-7 CSP :
  - cumulent les deux facteurs de risque suivants : un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale (sauf décision contraire des groupes de travail départementaux) ;
  - ou ont été identifiés comme fragiles par les groupes de travail, en raison de critères variés : désinstallation récente de professionnels de santé, isolement, environnement sanitaire peu favorable.

[5] Annexe 3 : état des lieux par territoire de santé

- les ESP « à risque » : ils présentent une exposition aux risques moins importante, mais nécessitent toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité ;
- les autres ESP qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers mais qui sont eux aussi éligibles aux mesures d'amélioration de l'organisation.

L'état des lieux, réalisé sur chacun des départements (annexe 3), analyse la situation de l'offre de proximité par ESP au regard des éléments suivants :

- des données sociodémographiques et de mortalité de la FNORS ;
- des données relatives à l'offre de soins de proximité pour cinq catégories de professionnels libéraux : les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes et les pharmacies ;
- des données sur l'environnement sanitaire et médico-social de l'offre de proximité.

Dans les zones urbaines, la « désertification médicale » n'est pas le principal facteur d'inégalité d'accès aux soins. Bien que certains quartiers soient moins attractifs que d'autres, l'accessibilité géographique est rarement compromise ; en revanche, les difficultés d'accès sociales, économiques et culturelles sont souvent mises en évidence. C'est pourquoi, dans l'attente d'un diagnostic plus fin, les 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville[6] sont comptabilisés au titre des ESP à risque.

En application de l'arrêté interministériel du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS publie, en même temps que le projet régional de santé, un arrêté déterminant les zones fragiles.

En application de ce même arrêté interministériel, un zonage spécifique est arrêté pour la mise en œuvre des mesures conventionnelles destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux. Ce zonage national doit être soumis à la procédure de consultation prévue à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique et fera l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS, avant le 26 mai 2012, date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles.

2.1.3 Le diagnostic par territoire de santé

Le diagnostic propose une vision synthétique de l'offre de soins et de l'environnement de travail des professionnels de santé de proximité sur chaque territoire de santé. Il identifie, dans chaque département, les ESP fragiles et les ESP à risque.

2.1.3.1 Les Alpes de Haute Provence

Ce département fait apparaître un risque de désertification en zone rurale pour les soins de proximité et plusieurs ESP ont été repérés comme fragiles. La densité en médecins spécialistes libéraux est inférieure à la moyenne régionale et concentrée sur Digne, Manosque et Sisteron. Une dizaine d'établissements publics de santé ex hôpitaux locaux, répartis sur le territoire, permettent de compléter l'offre de santé de proximité. Le département est peu équipé en centres de santé.
La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est plus élevée que la moyenne régionale. En revanche elle est moins élevée en hospitalisation de jour.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Seyne les Alpes, Saint André les Alpes, Annot et Castellane.
- ESP à risque : Sisteron, Banon et Allos.

2.1.3.2 Les Hautes Alpes

La situation du département laisse apparaitre de réelles difficultés géographiques d'accès aux soins de proximité sur certaines zones. Le territoire est peu doté en établissements publics de santé ex hôpitaux locaux. La densité en médecins spécialistes libéraux est inférieure à la moyenne régionale ; la totalité

[6] Observatoire national des zones urbaines sensibles : Atlas régional des contrats urbains de cohésion sociale 2007-2010

des médecins spécialistes, ainsi que les plateaux techniques hospitaliers sont installés sur Gap et Briançon.

Il existe deux réseaux de santé sur le territoire et peu de centres de santé à l'exception de centres dentaires.

La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est plus élevée que la moyenne régionale ; en revanche, elle est moins élevée en hospitalisation de jour.

Ce département a expérimenté un système de télémédecine entre les centres hospitaliers d'Aiguilles et Embrun.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Aiguilles, Serres et l'Argentière.
- ESP à risques : Saint Bonnet.

2.1.3.3 Les Alpes Maritimes

Ce département est caractérisé par une zone côtière très urbanisée, bien équipée en offre de soins de proximité, en établissements de soins de recours et de référence et un haut pays rural et très enclavé.
La densité en médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale mais l'offre est concentrée sur la bande littorale.

La présence de six établissements publics de santé ex hôpitaux locaux permet de compléter l'offre de santé de proximité dans les zones repérées fragiles ou à risques.
La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est inférieure à la moyenne régionale ; en revanche elle est supérieure en hospitalisation de jour. Par ailleurs le développement des réseaux et centres de santé est bien assuré.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Tende, Péone, Gilette, Roquebillière, Puget Théniers, Breil sur Roya, Valdeblore et Saint Etienne de Tinée.
- ESP à risques : Contes, Vence, Tourette Levens, Carros, Andon, Villars sur Var et Sospel.

2.1.3.4 Les Bouches du Rhône

Ce département, très urbanisé, est caractérisé par une offre de proximité et un équipement sanitaire dense. Les établissements de recours et de référence sont représentés. La densité de médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale.
Il existe de nombreux centres de santé, principalement autour de l'étang de Berre, qui compensent une faible densité médicale libérale.
Par ailleurs les réseaux de santé sont bien développés.
On constate une consommation de soins en médecine générale supérieure à la moyenne régionale ; il en est de même en hospitalisation complète et de jour.
Après concertation, il apparaît que seul l'ESP des Saintes Marie de la Mer présente les caractéristiques d'une zone fragile.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Les Saintes Marie de la Mer.

2.1.3.5 Le Var

Il faut distinguer la zone côtière et le haut pays, où de nombreux ESP ont été repérés comme à risques ou fragiles pour les soins de proximité. L'offre en médecins spécialistes libéraux est légèrement inférieure à la moyenne régionale.

L'équipement en établissements sanitaires est bien développé, majoritairement sur la bande côtière qui concentre la majorité de la population.
Les réseaux de santé et les centres de santé sont présents sur le territoire.
La consommation de soins en médecine générale est légèrement supérieure à la moyenne régionale. Le recours à l'hospitalisation complète est identique à la moyenne régionale. En revanche, le recours à l'hospitalisation de jour est inférieur à la moyenne régionale.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est arrêtée :

- ESP fragiles : Aups.
- ESP à risques : Carcès, Figanières, Montauroux, Garéoult, Vidauban, Cuers, Barjols, Brignoles, Roquebrune et Soliès Pont.

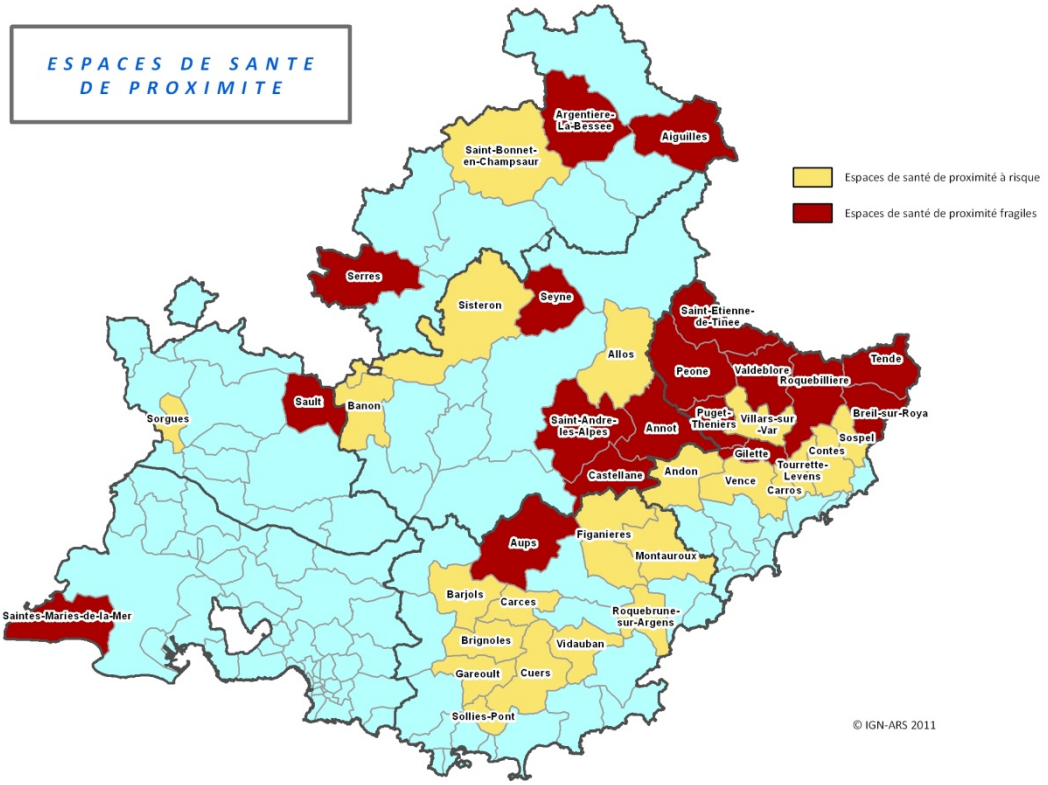
2.1.3.6 Le Vaucluse

L'offre de soins de proximité est relativement bien répartie sur l'ensemble du territoire, à l'exception de l'ESP de Sault. La densité de médecins spécialistes libéraux est légèrement inférieure à la moyenne régionale. Ce département est caractérisé par un maillage hospitalier satisfaisant.
La consommation de soins en médecine générale, en hospitalisation complète et de jour est supérieure à la moyenne régionale.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est arrêtée :

- ESP fragiles : Sault.
- ESP à risques : Sorgues.

Carte des ESP fragiles et à risques.



A cette représentation cartographique s'ajoutent les 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville[7] qui sont classés en zones à risques.

2.2 Les objectifs généraux

[7] Observatoire national des zones urbaines sensibles : Atlas régional des contrats urbains de cohésion sociale 2007-2010

2.2.1 L'intégration des politiques publiques

Le renforcement de l'intégration des politiques publiques constitue le ciment de toute la politique régionale sur l'organisation des soins et services de proximité.
Il comprend l'articulation entre les différents volets de la politique de santé (prévention, soins, veille et sécurité sanitaire, médico-social), l'intégration de la politique de santé et des autres politiques publiques pour permettre une action efficace sur les déterminants de santé et la mise en œuvre d'une coordination opérationnelle des intervenants, lisible pour les acteurs de santé et les usagers.

2.2.1.1 L'installation de la commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP)

La loi HPST prévoit deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, l'une dans le domaine médico-social et l'autre dans celui de la prévention.

En juin 2011, l'ARS PACA et ses partenaires ont installé une troisième commission de coordination consacrée à l'offre de proximité ; elle répond à la même logique et poursuit les mêmes objectifs : l'ARS n'est pas le seul organisme à intervenir sur l'offre de santé de proximité. Elle n'a pas non plus autorité sur ses partenaires. L'enjeu est donc d'assurer la coordination et la cohérence des actions entreprises par l'ensemble des intervenants.

Cette commission réunit l'ARS, les préfectures, les collectivités territoriales, la DRJSCS, les trois régimes d'assurance maladie, le président de la CRSA, les URPS, les deux facultés de médecine, les deux GCS IFSI, les conseils de l'ordre, les associations d'internes, les représentants des centres et maisons de santé, l'ORU, l'ORS, le CRES, les fédérations de l'hospitalisation, la FNHAD, le pôle services à la personne et l'URIOPSS. Sa composition peut varier en fonction des sujets abordés.

Ses missions :

- assurer la gouvernance de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) (cf. infra) ;
- partager information et initiatives innovantes en termes d'organisation des soins et services de proximité (dans le champ sanitaire, médico-social et social) ;
- contribuer au suivi du SROS ambulatoire qui doit être évalué à 18 mois ;
- coordonner les financements accordés aux initiatives territoriales (maisons de santé, pôles de santé, plateforme locale de services ou de coordination, maisons médicales de garde) : un comité, réunissant les financeurs potentiels, est mis en place pour l'ensemble des projets relatifs à l'offre de proximité. Il est décliné en deux dispositifs spécifiques :
  - un comité régional de sélection coprésidé par le préfet et le DGARS pour le financement par l'Etat de l'investissement dans les maisons de santé rurales situées sur des ESP fragiles au sens du SROS ;
  - un comité des financeurs coprésidé par le préfet délégué à l'égalité des chances et le DGARS pour le financement de dispositifs destinés à renforcer l'offre de soins de proximité et la coordination des professionnels de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (quartiers CUCS).

2.2.1.2 Le développement de la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) est opérationnelle depuis juillet 2011. Elle constitue le « guichet unique » pour accompagner les professionnels de santé aux moments clés de leurs carrières.

Elle sert quatre objectifs principaux :

- informer et préparer l'installation des futurs professionnels de santé ;
- aider à l'installation de tous les professionnels de santé ;
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné ;

- suivre le développement des projets des professionnels.

Cette plateforme réunit l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'offre de santé et services de proximité et remplit 4 grandes missions :

- information et communication (mini site internet) ;
- simplification des démarches administratives (installation, élaboration de projets de regroupements, demandes de financement…) ;
- accompagnement personnalisé des projets de (ré)organisation des professionnels de santé sur un territoire ;
- mise à disposition d'outils communicants à destination des professionnels de santé : annuaires, répertoire opérationnel des ressources, messagerie sécurisée, logiciels métiers.

La gouvernance et la coordination des acteurs, assurées par la commission de coordination pour l'offre de proximité, sont là encore les clés du succès de cette plateforme.

2.2.2 L'amélioration de l'accès aux soins

2.2.2.1 Renforcer l'accès géographique aux soins

Dans notre région, les difficultés d'accès géographique aux soins concernent principalement les zones rurales.

Le classement en zone fragile permet aux territoires concernés d'être éligibles aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, visées à l'article L. 1434-7 CSP.

Il s'agit :

- des contrats d'engagement de service public : dispositif d'allocation financière versée aux étudiants ou internes en médecine, en contrepartie d'un engagement d'installation sur une zone fragile, pour une durée équivalente à celle de perception de l'allocation ;
- d'exonérations d'impôt sur le revenu, pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoire, dans la limite de 60 jours de permanence des soins ;
- de certaines aides des collectivités territoriales (aides à l'installation, aides au logement et bourses pour les étudiants) ;
- des dispositifs négociés dans le cadre des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux ;
- de l'attribution de subventions d'investissement pour le financement dans les maisons de santé en milieu rural (fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT)).

Toutes les autres mesures en faveur de l'installation et de la coordination des professionnels (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), appel à projet « maisons régionales de la santé » du conseil régional, dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), fonds européens, coopérations entre professionnels de santé, télésanté…etc.) sont applicables sur l'ensemble des espaces de santé de proximité de la région. Pour autant, l'intégration des politiques publiques devra avoir pour objectif de faire converger les moyens sur les zones fragiles et à risque.

L'accompagnement opérationnel des structures d'exercice regroupé (maisons de santé, pôles de santé) est confié à l'observatoire régional des urgences PACA (ORU). Selon l'état d'avancement des projets, l'ORU est chargé d'en évaluer la faisabilité, d'accompagner la construction des projets de santé et des projets professionnels et d'aider au démarrage des structures. Dans ce cadre, l'observatoire développe des outils communicants, destinés à faciliter la coordination entre professionnels de la santé, du social et du médico-social.

2.2.2.2 Faciliter l'accès économique et socioculturel aux soins

Les inégalités d'accès économique et socioculturel aux soins concernent l'ensemble du territoire régional mais sont particulièrement présentes dans les zones urbaines défavorisées.

Ces difficultés ne sont pas spécifiques aux soins de proximité mais sont exacerbées, dans ce domaine, par la problématique des dépassements d'honoraires.

L'accès aux soins de proximité peut être rendu difficile dans plusieurs circonstances :

- tout d'abord pour des raisons financières : dépassements d'honoraires, absence de droit, absence de couverture complémentaire ;
- les refus de soins par certains professionnels de santé pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'AME ;
- la complexité des démarches administratives ;
- la barrière culturelle ou linguistique.

D'une manière générale, la prise en charge globale des patients, tant du point de vue social, médico-social que sanitaire doit contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Pour ce qui concerne spécifiquement les soins de proximité, plusieurs points clés peuvent être mis en évidence :

- nécessité pour les professionnels de santé de proximité de disposer d'un accès facile à un interlocuteur travailleur social et à un interlocuteur au sein de l'assurance-maladie ;
- dégager du temps pour préciser la situation sociale des patients ou pour pouvoir leur fournir les explications appropriées en cas de maladie chronique ;
- développer des dispositifs de coordination, à destination des professionnels, pour permette d'organiser un parcours de soins adapté aux situations les plus complexes ;
- favoriser la mise en place d'une formation aux spécificités de la prise en charge des publics vulnérables.

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, le dispositif des ateliers santé ville (ASV) a permis de franchir une première étape en terme de diagnostic et de développement d'actions de prévention.
Les contrats locaux de santé (CLS), introduits par la loi HPST, viendront renforcer la politique engagée dans le cadre des ASV en l'élargissant à la prise en charge globale des patients.

Enfin, il faut noter le rôle joué par les centres de santé qui constituent une offre de santé de proximité, garantissent aux patients les tarifs conventionnels et le tiers payant.

2.2.3 La modernisation des pratiques :

2.2.3.1 Développer le rôle des professionnels de santé de proximité dans le champ de la prévention

Les professionnels de santé de proximité participent à la prévention, à plusieurs niveaux :

- conseils pour l'hygiène de vie ;
- incitation au dépistage, au respect du calendrier vaccinal ;
- vigilance sur des signaux d'alerte somatiques ou psychiques ;
- prescriptions conformes aux bonnes pratiques.

Les intervenants sociaux à domicile sont également des relais important pour la mise en œuvre de certaines actions de prévention (prévention des chutes, nutrition…).

Il est important de renforcer le lien entre ces acteurs afin qu'ils participent de façon coordonnée aux politiques de prévention, notamment au domicile du patient.

2.2.3.2 Organiser la coordination territoriale

La coordination peut s'entendre à plusieurs niveaux :

- le renforcement des liens entre acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux sur un territoire. Il s'agit de rendre plus lisible le système de prise en charge, tant pour les usagers que pour les professionnels eux-mêmes ;

- la gestion de situations individuelles particulièrement difficiles et complexes (patients poly pathologiques, difficultés familiales et/ou sociales, sorties d'hospitalisation…), qui nécessite un investissement en temps humain important ;

Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement de plateforme territoriales de coordination sont en construction. Plusieurs niveaux d'intervention, en fonction des services rendus, sont sans doute nécessaires (du niveau régional au niveau local). Elles peuvent s'appuyer sur les coordinations existantes (réseaux de santé, maisons et pôles de santé, centres de santé, établissements de santé ex-hôpitaux locaux…) mais aussi se développer ex nihilo. Dans tous les cas, l'implication des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire est fondamentale. L'objectif de ces plateformes est de faciliter la prise en charge globale du patient, tant dans le cadre de son parcours de soins que de son parcours de vie.

L'un des enjeux fort de ce SROS sera de mettre en place, sur la base d'expérimentations, un maillage cohérent du territoire.

Les outils communicants, développés par l'ORU dans le cadre de sa mission d'accompagnement des maisons et pôle de santé alimenteront l'émergence et le développement de cette coordination territoriale.

2.2.3.3 Faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité :

Les acteurs de santé de proximité ont un rôle particulièrement important de prévention, de suivi et d'orientation, dans la prise en charge des personnes âgées. Ils sont souvent les interlocuteurs privilégiés des familles, aux côtés des professionnels du maintien à domicile.

Au domicile, comme en EHPAD, la coordination des différentes professions intervenantes doit être facilitée que ce soit pour améliorer les interventions des SSIAD, des infirmières libérales, des masseurs kinésithérapeutes ou des services sociaux. Les plateformes territoriales de coordination doivent contribuer à renforcer cette prise en charge globale. Dans ce cadre, l'expérience des réseaux de santé gérontologiques peu s'avérer précieuse. Il faudra aussi tenir compte des actions menées dans le cadre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Une attention particulière doit être portée sur les zones fragiles dans lesquelles la pénurie de médecins généralistes libéraux peut porter atteinte à la médicalisation des EHPAD.

Enfin, le développement des pôles et maisons de santé peut être l'occasion d'expérimenter un suivi continu en EHPAD, favorisé par le caractère pluri-professionnel de ces structures.

2.2.3.4 Impliquer les acteurs de soins de proximité dans la veille et la sécurité sanitaire

Dans une approche territoriale, les acteurs de soins de proximité sont au premier plan pour détecter les premiers signes d'un phénomène remarquable populationnel.
Plus spécifiquement dans le cadre des maladies transmissibles, les déclarations doivent être facilitées par la mise en place de nouveaux systèmes d'information adaptés. De même l'information en retour des mesures prises doit être prévue.

L'URPS sera associée à la sensibilisation des professionnels.

La formation de professionnels de santé à l'intervention en cas de crise devra être favorisée.

2.2.3.5 Développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire

La loi HPST a inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins. Les professionnels de santé de proximité, notamment les médecins traitants, ont vocation à participer aux programmes d'éducation thérapeutique et à développer une démarche éducative en amont et en aval de ces programmes.

L'intégration de programmes d'éducation thérapeutique dans les projets de santé des maisons, pôles et centres de santé sera encouragée.

2.2.3.6 Faciliter l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de la santé mentale

En lien avec les orientations nationales visant à favoriser le développement d'une prise en charge ambulatoire des malades psychiatriques, l'implication des médecins généralistes doit être facilitée :

- par le développement et l'organisation de prises en charge conjointes des établissements psychiatriques avec les médecins généralistes pour fluidifier les parcours ;
- par l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux ;
- par l'organisation des modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention ;
- par le développement de la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, tant pour les personnes hospitalisées que pour celles suivies en ambulatoire ;
- par un renforcement de la lisibilité de l'organisation des soins psychiatrique pour le médecin généraliste.

La désinstitutionalisation des patients psychiatriques, la déstigmatisation des troubles psychiatriques et la diminution du nombre de psychiatres vont amener le médecin généraliste à être de plus en plus sollicité par des patients souffrant de troubles mentaux.

2.2.3.7 Développer le bon usage de la télémédecine

Le programme régional de télémédecine détaille les modalités de développement du bon usage de cet outil. Une attention particulière doit être portée sur les zones reconnues comme fragiles ou à risques.

2.2.3.8 Inscrire la permanence des soins ambulatoire (PDSA) dans le prolongement de l'offre de proximité

La réponse aux demandes de soins non programmées s'inscrit dans l'organisation de la prise en charge de proximité, en lien avec les établissements autorisés à l'accueil des urgences. Elle implique les médecins généralistes mais aussi les autres médecins libéraux et les établissements de santé.

A ce titre, l'organisation de la PDSA doit pouvoir se décrire au sein des espaces de santé de proximité, partant du principe que l'organisation et la coordination diurne devra pouvoir trouver une continuité la nuit et le week-end.

Le développement des modes d'exercice coordonné doit se faire en lien avec la permanence de soins ambulatoire. Les projets de santé des centres de santé, des maisons et des pôles de santé devront prévoir les modalités de participation de ces structures à la PDSA.

Le cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoire tient compte des difficultés à organiser un tour de garde dans les zones fragiles et à risques ; il peut proposer des solutions alternatives telles que la complémentarité des acteurs ou le transport des patients. Il tient compte des besoins de la population et des ressources disponibles sur le territoire.

2.2.4 L'accompagnement des professionnels de santé de proximité dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité

L'amélioration de la qualité et de la sécurité est un objectif présent à chaque étape de la réflexion sur l'organisation des soins de proximité. Certains dispositifs comportent des enjeux de qualité et de sécurité spécifiques (coopérations entre professionnels, retours à domicile et gestion des risques associés aux

soins) ou sont particulièrement dédiés à l'atteinte de cet objectif (groupes qualité, développement professionnel continu, contrats d'amélioration de la qualité et la coordination des soins).

2.2.4.1 Développer les coopérations entre professionnels de santé

L'organisation du système de santé, la démographie médicale, les évolutions de l'exercice de la médecine rendent nécessaires les démarches de coordination et de performance entre tous les acteurs du parcours de soin.

« La loi HPST a renforcé les outils favorisant les coopérations.
Les premières expériences de coopération entre professionnels de santé ont été instituées par la loi de santé publique du 9 Août 2004. Leur généralisation a été conduite par la volonté de :
- favoriser une coordination performante des acteurs dans le cadre d'une prise en charge rationalisée et optimale des patients,
- encourager l'évolution de l'exercice des acteurs au regard de l'évolution des pratiques professionnelles,
- accroitre le gain médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'exercice. » [8]

Ces nouveaux modes d'exercice doivent être enseignés dans les universités, les instituts et les écoles de professionnels paramédicaux pour préparer au mieux leur exercice futur dans de nouveaux cadres.

L'ARS veillera au développement de ces nouveaux modes d'exercice dans le cadre des soins de proximité. L'émergence de structures pluri-professionnelles favorise ce type de prise en charge.

Dans le respect des enjeux de qualité et de sécurité, ces coopérations peuvent être un outil efficace de rééquilibrage de l'offre de proximité, lorsqu'elle présente des défaillances, notamment au regard de la démographie médicale (généraliste et ou spécialiste).

2.2.4.2 Fluidifier les parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital

Afin de fluidifier les parcours de soins et de vie, les liens entre établissements de santé et offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale doivent être développés, en amont et en aval de l'hospitalisation :

- en amont, il s'agit d'éviter les hospitalisations inutiles ou tout au moins le passage par les urgences, et de favoriser un recours aux modalités d'hospitalisation les plus appropriées : chirurgie ambulatoire ou hospitalisation de jour ;
- en aval, la gestion des sorties d'hospitalisation doit être optimisée ; cette transition est d'autant plus importante que les durées de séjour sont courtes. L'information précoce du médecin traitant (ou de la structure de relai) appelle à prendre appui sur des moyens modernes de communication. La prise en charge en sortie d'hospitalisation nécessite une mobilisation du médecin traitant, de l'infirmier, souvent du kinésithérapeute et un soutien médico-social, dans un cadre coordonné.

Les plateformes territoriales de coordination devront faciliter cette prise en charge globale.

2.2.4.3 Accompagner le développement des groupes qualité

La démarche « groupe qualité », initiée en 2009, permet aux médecins généralistes d'une même zone géographique d'échanger sur leurs pratiques en vue de développer une démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge. L'ARS poursuivra son engagement, en fonction des moyens disponibles, de soutien aux groupes qualité mis en place en PACA.

Ces groupes fonctionnent selon trois principes issus du cahier des charges national :
- un engagement collectif en faveur de l'amélioration des pratiques médicales ;
- une évaluation des résultats de la démarche ;
- un ancrage territorial destiné à favoriser l'émergence de projets de coordination des soins.

[8] Guide méthodologique des coopérations territoriales ANAP DGOS 2010

Initialement destinée à renforcer la qualité des prescriptions, cette démarche sera progressivement étendue à l'amélioration de l'organisation territoriale de l'offre de proximité. Elle devra être encouragée autour des structures d'exercice coordonné que sont les centres, les pôles, réseaux ou les maisons de santé.

2.2.4.4 Mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC)

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (article 59 de la loi HPST).
Le DPC concerne désormais tous les professionnels de santé, qu'ils soient salariés ou libéraux.

2.2.4.5 Développer une politique de contractualisation : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS)

Les centres, pôles, réseaux ou maisons de santé qui bénéficient de financement de l'ARS doivent désormais signer des CPOM avec l'agence. Ces contrats permettront notamment de développer des actions destinées à renforcer la qualité et la sécurité des soins et de mesurer leur degré de réalisation.

En outre, l'ARS peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres, pôles, réseaux et maisons de santé des contrats pour améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats pourraient être expérimentés en lien avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

2.3 Plans d'action

Les plans d'action qui seront développés concerneront :

- le développement d'outils opérationnels, dédiés à la coordination au sein des structures d'exercice regroupé et des plateformes territoriales de coordination ;
- le renforcement de l'offre de santé de proximité sur les zones fragiles et à risques rurales ;
- la mise en œuvre d'une politique coordonnée, afin de réduire les inégalités de santé dans les zones urbaines défavorisée (renforcement du lien sanitaire, médico-social et social).

3 L'offre de soins hospitalière

L'organisation de l'offre de soins hospitalière repose sur la gradation de soins, la coopération entre les établissements, ainsi que sur un mécanisme de régulation de l'activité hospitalière. Ces principes permettent la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de long terme et se déclinent concrètement dans 15 chapitres spécialisés.

3.1 Gradation des soins hospitaliers et coopérations territoriales

3.1.1 Gradation des soins hospitaliers

La gradation des soins hospitaliers a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Au-delà des soins ambulatoires de proximité, elle comporte 4 niveaux, un premier niveau de proximité auquel peut s'ajouter 3 niveaux dits de recours: infrarégional, régional et interrégional. Ces trois niveaux de recours se distinguent par les degrés de spécialisation et d'expertise attendus à chaque échelle territoriale compte tenu des besoins sanitaires de la population. Ils ont en commun l'appui qu'ils apportent en cascade, au niveau de premier recours et aux plateaux techniques d'activités programmées, du fait soit de leur accessibilité 24h/24, soit de leur expertise.

L'accès aux soins spécialisés en situation d'urgence implique une réflexion intégrant de multiples facteurs :

- s'assurer de la bonne orientation des patients compte tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins, notamment par la pertinence du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources;
- regrouper et/ou la mutualiser les plateaux techniques (chirurgie, imagerie, biologie hospitalière) ainsi que restructurer les activités au sein du territoire, avec leur phasage en termes d'investissement et de fonctionnement ;
- déployer les outils de coopération dont la télémédecine facilitant les liaisons entre les professionnels de soins en vue de faciliter l'orientation et le transfert des patients.

3.1.1.1 Le niveau de proximité

Les activités de soins de proximité se structurent autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et/ou d'équipement matériel lourd (EML). Elles se déploient au sein d'établissements de proximité ou de recours qui disposent ou non d'une structure d'urgences ou d'une antenne de SMUR. La télémédecine peut être utilisée, le cas échéant pour sécuriser la prise en charge des patients.
Les activités de proximité impliquent également l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital ainsi que l'articulation sanitaire - médico-social.

3.1.1.2 Le niveau de « recours infrarégional »

Il s'agit du deuxième niveau de prise en charge des patients sur un territoire de santé. La mission de recours conjugue des compétences médicales, para médicale et un plateau technique adapté. Pour assurer cette mission de recours, les établissements de santé d'un territoire doivent s'organiser pour répondre à ce besoin de la population. La réponse adaptée sera donnée par l'établissement qui a reçu initialement le malade s'il est en mesure de l'apporter ou par d'autres établissements du territoire dans le cadre de conventions. C'est seulement si le territoire n'est pas en capacité technique de répondre à la demande de manière satisfaisante qu'une solution extra territoriale doit être organisée. L'ensemble de l'organisation repose sur des contrats spécifiques.

3.1.1.3 Le niveau de « recours régional »

En région Paca, compte tenu de la bipolarité de la région au niveau de la population et de l'offre, la majorité des activités de recours pourront se situer à un niveau de recours infrarégional. Le niveau de recours régional concerne l'ensemble des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments dont la complexité et/ou la rareté justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.

3.1.1.4 Le niveau de « recours interrégional » voire de référence nationale

Il correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée. Parmi les activités relevant des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS), la région Paca, la plus peuplée de l'inter région constituée avec la Corse et le Languedoc-Roussillon, possède l'ensemble des disciplines concernées :

- neurochirurgie,
- chirurgie cardiaque,
- activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques,
- traitement des grands brûlés.

A ces disciplines, il faut ajouter la réanimation spécialisée.

Ceci n'exclut pas le recours à des structures en dehors de l'inter région pour quelques traitements d'exception ou examens hyper spécialisés, principalement certaines analyses génétiques, transmises en tant que de besoin à des laboratoires situés en France et même en Europe, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic.

3.1.2 Coopérations territoriales

La notion de coopération territoriale est intimement liée à celle de gradation des soins hospitaliers : les établissements coopèrent entre eux pour assurer les différents niveaux de soins, sur des territoires adaptés aux besoins d'accessibilité, dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins, afin de permettre un parcours fluide du patient.

La reconfiguration de l'offre de soins en région PACA est un enjeu majeur des cinq prochaines années. Les établissements sont invités à promouvoir de nouveaux projets de coopération qui permettent par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes.

La recomposition de l'offre s'appuie sur les communautés hospitalières de territoire, les GCS ou tout autre mode de coopérations. Elle permet de rechercher des complémentarités entre les différents établissements publics et privés d'un même territoire, de mutualiser les moyens et de dépasser les cloisonnements. Les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé du secteur ambulatoire sont également associés à la démarche chaque fois que nécessaire.

La priorité sera donnée aux conversions ou transformations d'activité plutôt qu'aux créations et les regroupements privilégiés aux fermetures. Les coopérations seront systématiquement encouragées.

Des coopérations territoriales devront notamment être suscitées autour de :

- Aix-Pertuis-Salon-Manosque-Digne,
- Briançon-Gap-Embrun,
- l'ensemble des établissements du Vaucluse,
- Toulon-Hyères-Brignoles,
- Fréjus-Draguignan-Golfe de Saint-Tropez,
- Cannes-Grasse-Antibes,
- Nice-Menton,
- Marseille-Martigues-Arles,
- Marseille-Aubagne-la Ciotat.

Il s'agit de constituer des ensembles cohérents sur un territoire, intégrant toutes les composantes de l'offre de soins. Les coopérations doivent se développer, aussi bien entre établissements de même statut juridique qu'entre publics et privés. Toutes les formes juridiques utilisables peuvent être mises en œuvre en fonction des situations locales.

Entre établissements publics, la communauté hospitalière de territoire apparaît être l'outil juridique de référence, sans exclusive d'autres formes juridiques de coopérations (GCS, conventions….).

Ces stratégies de coopérations devront s'étendre non seulement en intégrant des établissements de statuts juridiques différents mais aussi en termes de couverture géographique pouvant dépasser les limites départementales.

Les ex « hôpitaux locaux » pourront eux-aussi être intégrés au sein de ces regroupements afin de renforcer les liens avec les établissements du territoire.

Enfin sur les agglomérations les plus denses, Marseille et Nice, l'importance de l'offre de soins privée doit à minima permettre la mise en place de coopérations entre les établissements de même catégorie en vue de développer une offre complémentaire coordonnée.

Lorsque, dans le cadre des coopérations territoriales, le regroupement d'activités précédemment exercées sur des sites distincts aboutit à la disparition d'une implantation géographique prévue au SROS, ladite implantation est considérée comme couverte par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation.

3.2 Les missions de service public des établissements de santé

Les missions de service public recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements.

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public.

3.2.1 La recherche

La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement. Elle concerne quelques établissements, au premier rang desquels les CHU et les CLCC.
Les articles L. 6142-1 et suivants du code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires.

3.2.2 L'enseignement universitaire et post universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième et de troisième cycle des professions médicales, des pharmaciens et des odotonlogistes. L'Université s'impose de plus en plus comme un cadre de formation pour les professionnels de santé non médicaux.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les établissements de santé privés peuvent accueillir des internes en formation dans la mesure où la valeur formatrice des stages proposés aura été reconnue.[9]

Le nombre d'internes à former pour la période 2011-2015 en médecine (toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues) est fixé à 2764 par l'arrêté du 13 juillet 2011.Le nombre d'internes en formation pour 2011-2012 est de 1563 (Marseille – Nice).

L'arrêté ministériel du 4 janvier 2010 fixe à 7910 le nombre d'internes en pharmacie à former d'ici 2012.
L'arrêté ministériel du 26 février 2010 fixe à 4 le nombre d'internes à former en odontologie. Le nombre d'internes en formation en 2011-2012 est de 4.

3.2.3 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville. Tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC.

3.2.4 La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Les conditions d'exercice de cette mission de service public sont définies dans un chapitre spécifique du présent schéma.

3.2.5 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

Les conditions d'exercice de cette mission de service public sont définies dans un chapitre spécifique du présent schéma.

3.2.6 La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation initiale et continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.
Tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC.
Pour les sages femmes, toutes les maternités publiques et privées sont des lieux de stage dans le cursus de formation initiale.

---

[9] La procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est engagée. La commission d'évaluation des besoins en formation du 3° cycle des études de médicales de chacune des deux facultés de médecine, présidée par le Doyen, définira les spécialités concernées par les besoins en formation.

[10] 79 : nombre d'internes pour l'interrégion sud (Marseille-Nice- Montpellier)

3.2.7 Les actions d'éducation pour la santé et de prévention et leur coordination

Les missions d'éducation pour la santé doivent être mises en œuvre par tous les établissements sanitaires, que ce soit à l'occasion d'hospitalisations ou dans leurs activités externes, et pour chaque discipline dans son domaine spécifique.

Au-delà de cette mission très générale, les établissements ont aussi vocation à développer des programmes structurés d'éducation thérapeutique. Actuellement, le besoin reste incomplètement couvert. Les éléments précisant les conditions de mise en œuvre de cette mission de service public sont précisés dans le schéma régional de prévention.

3.2.8 La prise en charge des soins palliatifs

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste, pour un établissement de santé, à disposer d'organisations spécifiques (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) et de personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

L'évaluation des besoins, l'état des lieux de leur couverture par les unités existantes et les propositions d'implantations sont précisés dans le chapitre soins palliatifs.

3.2.9 Les soins dispensés aux personnes détenues

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Les conditions d'exercice de cette mission sont précisées dans un chapitre spécifique du SROS-PRS.

3.2.10 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels, institutions et associations qui œuvrent dans ce domaine

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1°) une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS). Elles doivent être organisées conformément aux recommandations de la DHOS (mai 2008) et aux recommandations de l'enquête régionale publiées courant 2009 qui prévoient un projet d'organisation portant en particulier sur les points suivants :

- accessibilité et visibilité de la PASS,
- structuration et développement du partenariat,
- harmonisation des critères d'inclusion et du recueil des données,
- formation des personnels hospitaliers à l'accueil et à la prise en charge spécifique des publics précaires.

Pour apprécier les modalités de mise en œuvre de ces préconisations, l'ARS a engagé un processus d'évaluation approfondi sur site, chaque PASS devant être évaluée.
Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Un besoin non couvert peut s'apprécier par le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé. Les besoins de PASS seront précisés par le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

2°) une équipe mobile (type équipe mobile psychiatrie précarité) allant d'une part au-devant des publics en grande difficulté sociale dans leurs lieux de vie et à même d'autre part d'apporter un étayage aux professionnels (en particulier sociaux) qui sont quotidiennement en contact avec ces personnes. Elles visent en particulier à favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins et doivent pour cela formaliser

les collaborations avec les équipes (notamment services des Urgences) de leur établissement de rattachement et avec les autres établissements de santé ;

3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité ;

4°) plus globalement, chaque établissement doit, dans son territoire de référence, avec les partenaires sociaux et de santé et les institutions et associations concernées, contribuer à construire une politique visant à améliorer l'accès aux soins, les soins et la santé des publics en situation de grande vulnérabilité sociale.

Le PRAPS précise les évolutions nécessaires à la lutte contre l'exclusion, l'accès aux droits, aux soins et la continuité des soins à ces publics en grande vulnérabilité sociale.

3.2.11 Les actions de santé publique

Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé.

3.2.12 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Conformément à la Loi du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, il s'agit désormais des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du titre premier du livre 2 relatif à la lutte contre les maladies mentales du code de la santé publique ou de l'article 70°6-105 du code de procédure pénale.

Ces soins sont mis en œuvre sur la foi d'un certificat médical, confirmé par deux nouveaux examens et certificats médicaux dans les 24 heures et soixante-douze heures suivant l'admission en soins. L'hospitalisation n'est plus la modalité exclusive de ces soins. La modalité ambulatoire est désormais privilégiée lorsque l'état du patient le permet. Le besoin est couvert.

3.2.13 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Le SROS recense les établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention avec le centre de rétention.

Le besoin est couvert par les dispositions mentionnées dans le chapitre spécifique du SROS.

3.2.14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale. Il existe actuellement un seul centre expérimental en France, dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement.

Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans la première version du SROS-PRS.

3.3 La régulation de l'activité des établissements de santé

Afin de garantir à l'ensemble de la population un accès à des soins de qualité compatible avec le nécessaire respect de l'ONDAM, il est indispensable de développer les outils permettant la régulation de l'activité des établissements de santé. Tous ces outils seront développés et mis en œuvre en concertation avec les acteurs de santé et leurs représentants.

3.3.1 Les implantations

Les objectifs en implantation déterminent la localisation et le nombre des implantations. Ils sont opposables aux établissements.
A noter qu'une implantation correspond à la fois à une entité juridique et à une localisation géographique. Un établissement multi sites comporte autant d'implantations que de sites autorisés pour la même activité. De même, si sur un même site géographique (pôle public-privé) chaque établissement est autorisé pour la même activité, il y aura 2 implantations sur ce pôle. Il y aura donc autant d'implantations que d'autorisations sur un même site géographique.
La création d'un « GCS établissement » peut donc donner lieu, en conséquence, à une implantation supplémentaire.
Lorsque la cessation d'une ou plusieurs d'activités de soins est consécutive à des difficultés financières en lien avec un volume d'activité insuffisant, les autorisations détenues à ce titre n'ont pas vocation à être réattribuées dans la mesure où les besoins sont couverts.

3.3.2 Pertinence des actes et des modalités de prise en charge

Un acte, ou un séjour, pertinent est celui pour lequel les avantages escomptés l'emportent sur les coûts économiques et les risques d'iatrogénie. Il est souhaitable de développer une expertise robuste et généralisable s'appuyant notamment sur la littérature scientifique, les recommandations de pratiques professionnelles existantes, l'analyse des pratiques collectives et l'analyse fine des données d'activité recueillies par l'assurance maladie. L'adéquation entre le respect des recommandations de bonnes pratiques et les moyens à mettre en œuvre tant humains que logistiques ou structurels doit guider les recompositions.

3.3.3 La régulation quantitative de l'activité

Les objectifs quantitatifs en volume d'activité opposables sont remplacés par des indicateurs de pilotage d'activité non opposables aux établissements en l'état actuel de la réglementation.

Les données mobilisées pour identifier les indicateurs de pilotage d'activité à l'horizon 2016 sont :

- les taux de recours constatés de la population de la région (bruts et standardisés pour permettre une comparaison avec les comportements moyens nationaux ou infrarégionaux).
- la production des établissements en fonction du territoire de provenance des patients
- l'évolution prévisionnelle de la population à l'horizon 2016
- les modifications de l'offre de soins envisagées sur cette période : évolutions techniques et organisationnelles, ou encore amélioration de la pertinence des soins délivrés.

Ces indicateurs ne figurent pas dans le PRS. Ils seront consignés dans les CPOM et pourront faire l'objet d'une contractualisation spécifique portant sur des disciplines, spécialités, actes ou modalités de prise en charge. Ils concernent l'activité des établissements hospitaliers, publics et privés, en hospitalisation complète ou en alternative, en médecine, chirurgie, SSR, psychiatrie et unité de soins de

longue durée. Certaines activités sont étudiées spécifiquement : la cardiologie interventionnelle, les endoscopies, en particulier digestives, certaines spécialités chirurgicales (chirurgie urologique, ophtalmologique, chirurgie de la bouche et des dents)

L'objectif général pour la période de ce PRS consiste à ne pas diminuer les volumes d'activité, mais à les stabiliser lorsque ceux-ci sont supérieurs à la moyenne nationale.

4 Activités de soins relevant du SROS

Médecine

Oxygénothérapie hyperbare

Chirurgie

Périnatalité

Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN)

Psychiatrie

Soins de suite et de réadaptation

Soins de longue durée

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Médecine d'urgence

Permanence de soins en établissements de santé (PDSES)

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extra-rénale

Traitement du cancer

Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)

Imagerie médicale, imagerie en coupe

Imagerie médicale, médecine nucléaire

Soins palliatifs

Soins aux détenus

MEDECINE

4.1 Médecine

La médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Elle comporte, le cas échéant des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des aces techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale.

4.1.1 Analyse de l'existant

Si notre région se caractérise par une couverture convenable en médecine polyvalente notamment grâce à l'activité développée dans les petites agglomérations et dans les « Hôpitaux locaux », certaines zones montagneuses ou de l'arrière-pays connaissent néanmoins des difficultés en raison des problèmes de démographie médicale dans ces zones reculées.

L'offre hospitalière de médecine spécialisée est importante dans les grandes agglomérations de la région PACA et notamment sur la bordure côtière.

L'organisation des soins hospitaliers connaît des mutations liées à l'évolution des techniques, des pathologies mais aussi en raison de l'évolution de la démographie médicale dans certaines spécialités.

Globalement, la coordination entre la médecine hospitalière et libérale reste très perfectible.

4.1.1.1 Production et consommation hospitalière en médecine

Taux de recours 2009 région Paca /France entière

Médecine	Nombre de séjours 2009	Taux de recours régional standardisé	Taux de recours national	Taux différentiel régional/national
Hospitalisation Complète	**409 327**	**782**	844,1	0,926
Hospitalisation Partielle	**137 764**	**273**	278,6	0,978
Techniques Interventionnelles	**277 442**	**538**	384,4	1,399

Source ATIH

Le taux de recours régional recouvre de fait des situations variables selon les secteurs d'activité :

- très élevé sur les techniques interventionnelles 538 en Paca pour 384 pour le niveau national, soit + 40% ;
- par contre le recours à l'hospitalisation complète est de 782 en Paca pour 844 au niveau national ;
- et pour l'hospitalisation partielle 273 pour 279.

Le recours est de plus variable selon les départements.

Taux de recours par département

TAUX DE RECOURS							
Médecine	Régional	**04**	**05**	06	13	83	84
Hospitalisation Complète	**782**	815	940	724	806	790	745
Hospitalisatio n Partielle	**273**	314	330	251	310	235	225
Techniques Interventionnelles	**538**	436	426	550	577	520	463

Source ATIH

Une analyse plus fine des taux de recours montre que :

- le taux de recours sur les actes interventionnels est particulièrement élevé pour les endoscopies digestives (+ 49,5 %),
- le taux de recours hors technique interventionnelle est inférieur à la moyenne nationale, en particulier pour le diabète (- 10,5 %), la rhumatologie (- 13,7 %) et la cardiologie (- 10,8 %).

La consommation de soins peut être analysée en fonction du lieu de résidence des patients et du lieu de réalisation du séjour :

- en fonction du lieu de résidence des patients, on parle d'autarcie si la consommation se fait dans le même département et de fuite si la consommation est réalisée ailleurs,
- en fonction du lieu de réalisation du séjour, on parle d'attractivité si les patients traités résident dans un autre territoire de santé que celui de l'établissement dans lequel ils sont traités.

La région se caractérise en médecine par une forte autarcie :

Région PACA : fuites et attractivité en médecine

	Séjours PACA pour patients PACA	Séjours Hors PACA pour patients PACA (fuites)	Séjours PACA pour patients hors PACA (Attractivité)	Solde (attractivité - fuites)	Production totale PACA
Nb séjours Médecine	**767123**	**22615**	**41651**	**19036**	**808774**

Source : exploitation base PMSI 2010 validée ATIH

Consommation séjours de médecine, hors techniques interventionnelles en 2010

		demande totale	Alpes de Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Hors PACA
Patients	Alpes de Haute-Provence	18 918	49%	14%	2%	31%	0%	1%	2%
	Hautes-Alpes	16 740	0%	79%	0%	12%	0%	0%	7%
	Alpes-Maritimes	117 124	0%	0%	97%	1%	0%	0%	2%
	Bouches-du-Rhône	219 396	0%	0%	0%	93%	0%	3%	3%
	Var	108 257	0%	0%	6%	18%	73%	0%	2%
	Vaucluse	52 629	0%	0%	0%	17%	0%	72%	10%
	Hors PACA	32 845	1%	5%	18%	41%	13%	23%	0%
	Total	565 909	2%	3%	22%	45%	15%	9%	3%

Pour le département des Alpes de Hautes Provence, on constate un phénomène important de fuites vers les autres départements (51 %). Au contraire, l'autarcie est plus marquée pour les Hautes Alpes, puisque les patients de ce département sont soignés à 79% dans leur propre département.

97 % des patients des Alpes Maritimes ont été soignés dans leur département et 93% des patients dans les Bouches du Rhône mais cette comparaison est biaisée par l'absence d'information sur le nombre de patients traités dans la Principauté de Monaco.

4.1.1.2 Les Centres Hospitaliers « ex hôpitaux locaux »

La région compte 24 hôpitaux « ex hôpitaux locaux », dont 17 développent une activité de médecine à ce jour :

- 4 dans le 04,
- 2 dans le 05,
- 6 dans le 06,
- 1 dans le 13,
- 0 dans le 83,
- 4 dans le 84.

4.1.1.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'ensemble des territoires disposent d'une offre d'HAD. Néanmoins, les patients des zones montagneuses connaissent des difficultés d'accès.

4.1.1.4 La prise en charge pédiatrique

La région comporte19 sites disposant d'unités de pédiatrie. Tous es territoires comportent au moins une unité de pédiatrie.

Il n'existe actuellement aucune unité spécialisée dans la prise en charge de l'adolescent.

La région comporte des centres de référence pour 8 groupes de maladies rares. Elle comprend 3 centres de ressources et de compétences pour la mucoviscidose (dans les Hôpitaux Pédiatriques de Nice, à La Timone Enfant à Marseille, et à l'Hôpital René Sabran à Hyères). Elle comprend deux centres de références pour les troubles du langage (Hôpitaux Pédiatriques de Nice et de La Timone Enfant).

4.1.1.5 La prise en charge gériatrique

16 implantations de court séjour gériatriques sont actuellement prévues en région PACA. 14 d'entre elles sont installées au sein d'un établissement qui dispose d'une structure des urgences.

24 équipes mobiles de gériatrie (EMG) sont en fonctionnement et une reste à mettre en œuvre

Sur les 18 unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatriques préconisées, 7 sont opérationnelles.

29 « consultations mémoire » fonctionnent en Paca à ce jour. Deux CMRR sont en fonctionnement, à Marseille et à Nice.

4.1.2 Objectifs généraux

4.1.2.1 Une offre hospitalière en médecine graduée en fonction des besoins de plateau technique

La médecine hospitalière évolue vers une augmentation du recours aux actes techniques, diagnostiques ou thérapeutiques et vers davantage de prises en charges interdisciplinaires. Dans le même temps les effectifs médicaux de certaines spécialités sont prévus à la baisse. Ces évolutions nécessitent une réflexion approfondie sur la gradation des plateaux techniques et les sites où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie.

De nouveaux modes d'organisation doivent être recherchés pour améliorer l'accès à la qualité. Ils reposent sur une mutualisation de plateaux techniques, une meilleure gestion des effectifs des différentes spécialités médicales à commencer par celle des internistes.

L'organisation doit tendre vers :

- le regroupement de plateaux techniques interventionnels médico-chirurgicaux,
- le développement de l'hospitalisation de jour,
- le développement de l'HAD et l'amélioration de sa couverture territoriale,
- une meilleure articulation avec la médecine de ville et les urgences,
- une amélioration de l'intégration de la médecine hospitalière dans le parcours de soins en particulier pour les maladies chroniques et les personnes âgées, notamment par l'intégration d'un plan personnalisé de santé dans les comptes rendus de sortie,
- une meilleure articulation avec le secteur médico-social,
- la redéfinition de la place et du rôle de chaque centre hospitalier « ex hôpital local »,
- une réflexion sur l'évolution des modalités de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

4.1.2.2 Redéfinir le rôle des Centres hospitaliers « ex hôpitaux locaux »

Un problème important est celui du devenir des activités de médecine et/ou de SSR dans ces établissements. Quelle est la place d'un établissement de santé dépourvu de plateau technique alors que la médecine devient de plus en plus technique? L'existence de lits de médecine dans les ex hôpitaux locaux doit être systématiquement analysée au regard de sa pertinence. Les hôpitaux locaux évolueront de manière différente selon leur localisation, leur plateau technique, les équipes soignantes, les équipements dont ils disposent et les ressources médicales présentes dans leur environnement.

Un tel établissement doit jouer un rôle pivot dans l'organisation des soins de proximité et de premier recours. Entre le domicile et les établissements de santé disposant des activités d'urgence, de chirurgie et de médecine de spécialité, il doit être le lieu de l'articulation et de la coordination des soins, véritable plate-forme sanitaire, médico-sociale et sociale de l'immédiate proximité. Il doit assurer un rôle majeur dans le domaine de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement de la personne âgée.

Il s'appuie de manière étroite sur un centre hospitalier de son environnement. Il constitue un élément d'attractivité réelle auprès des professionnels libéraux exerçant à proximité.

L'activité de l'établissement doit s'orienter vers l'organisation de consultations, devenir un lieu d'ancrage de la médecine de premier recours, d'activités d'HAD et de prévention, fixer la permanence des soins ambulatoires. Cette recomposition doit se réaliser par une réflexion au niveau des territoires de proximité, en partenariat avec les établissements de santé, autour des équipes mobiles et l'organisation de consultations avancées afin de garantir le niveau de médicalisation de ces établissements. Il convient de prévoir aussi les articulations notamment avec les maisons de santé pluri professionnelles, les pôles de santé, les cabinets de professionnels de santé et les centres de santé.

4.1.2.3 Assurer une prise en charge polyvalente de proximité

La place de la médecine hospitalière dans les établissements de proximité doit être redéfinie.
La gradation des plateaux techniques et le maillage du territoire doivent amener les établissements périphériques à regrouper leurs compétences médicales autour d'une médecine interdisciplinaire. Il est important qu'il y soit développé une médecine polyvalente. Le patient doit devenir le centre d'une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle l'affection aigue ayant justifié l'hospitalisation et l'ensemble des affections chroniques préexistantes sont également prises en charge et où la prévention et la prise en charge de la dépendance sont assurées.

4.1.2.4 Des plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels

Le plateau technique devient le lieu où se concentrent tous les modes de prises en charge. L'organisation de l'activité de médecine dépend, comme la chirurgie, de l'appui de plateaux techniques d'imagerie, de laboratoire et de secteurs interventionnels.

Ce constat conduit à penser de façon nouvelle la mutualisation des plateaux techniques, des alternatives à l'hospitalisation complète, l'organisation des consultations hospitalières et l'articulation avec les structures de pédiatrie et d'urgence.

Il apparaît nécessaire de développer les coopérations autour de plateaux techniques mutualisés et favoriser les regroupements d'activités pour faire face aux contraintes précitées.

4.1.2.5 Une offre de référence sur des sites hyperspécialisés

Ils sont le lieu où doivent converger toutes les prises en charge complexes et l'ensemble des hyperspécialités.

Parmi celles-ci, la médecine interne, véritable médecine de synthèse, se caractérise par une approche globale du patient. Les CHU doivent comporter des unités de médecine interne. Elle doit y rester présente à côté de la spécialité d'organe (mission d'enseignement et de recherche).

Chaque fois qu'elle est présente dans un autre établissement, elle constitue une mission de recours. Ce recours est essentiel lorsque le malade nécessite une phase longue et coûteuse de diagnostic pour des affectations non explicites d'une souffrance d'organe.

4.1.2.6 Proposer des modes de prise en charge alternatifs adaptés

Le développement de l'hospitalisation de jour

Comme en chirurgie, la demande des patients, la recherche d'une amélioration de l'efficience par une meilleure adéquation entre le mode de prise en charge et le besoin objectif de soin justifie le développement de l'hospitalisation de jour.

La poursuite du développement de l'hospitalisation à domicile

Si l'hospitalisation à domicile (HAD) est rattachée à l'activité de médecine, elle en dépasse pourtant largement les contours. Nombreuses sont les activités qui sont impactées par son développement, citons notamment : la prise en charge post opératoire, les soins palliatifs, la surveillance des grossesses à risque, la néonatalogie, la cancérologie.

L'HAD permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé des soins médicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (CSP article R6121-4-1).

Composante essentielle et efficiente du parcours de soins elle intervient en amont et en aval de l'hospitalisation, à la sortie des urgences, dans les prises en charge des patients sur leur lieu de vie, y compris en établissement médico-social (personnes âgées ou en situation de handicap).

Les recommandations en matière d'Hospitalisation à domicile:

- souligner l'importance du médecin coordinateur, son articulation avec le médecin traitant, et l'articulation de l'HAD et de l'ambulatoire avec l'objectif d'éviter des hospitalisations avec hébergement,
- favoriser l'accès à la totalité du dossier médical du patient,
- encourager le recours à l'HAD avant l'hospitalisation chaque fois que cela est possible et la nécessaire complémentarité de ces structures avec les établissements de recours

Le développement de l'HAD doit tenir compte :

- des profils des patients accueillis
- de la densité des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés ;
- de la formation spécifique des personnels de santé ;
- du développement du système d'information ;
- de l'importance et la qualité des relations avec les médecins traitants ;
- de la prise en compte des aspects sociaux de l'environnement familial et social.

L'amélioration de la couverture territoriale de l'HAD et sa bonne insertion dans l'offre de soins reposent sur :

- une mise en œuvre complète des autorisations déjà délivrées,
- la réponse aux besoins des zones insuffisamment couvertes pour lesquelles la demande n'est pas suffisante, il est recommandé de procéder à l'extension de capacité d'une HAD existante sur le territoire pour obtenir une HAD d'au moins 40 places (capacité considérée comme performante) ;
- les prises en charge pédiatriques ne peuvent se développer qu'autour des établissements ayant une activité de pédiatrie structurée.
- un partenariat étroit avec les intervenants libéraux, les Centres Hospitaliers « ex hôpitaux locaux » et les SSIAD en zone rurale ;
- la création d'antennes délocalisées.

Une des caractéristiques fondamentales de l'hospitalisation à domicile tient au fait qu'elle prend en charge des malades souvent poly-pathologiques, ce qui rend incontournable son caractère généraliste ou polyvalent.

L'hospitalisation à domicile a un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes âgées. Le développement des soins palliatifs en HAD doit être poursuivi.

L'activité obstétricale en HAD doit se limiter à la surveillance de grossesse à risque, la prise en charge de pathologies maternelles.

La néonatalogie en HAD ne peut être envisagée qu'autour des centres de réanimation néonatale.

4.1.2.7 Organiser le parcours du patient

L'organisation du parcours patient doit répondre aux principaux enjeux de l'activité de soins de médecine :

- la prise en compte du vieillissement de la population prise en charge
- le développement des maladies chroniques et des situations de polypathologies.

Il faut pour cela développer et renforcer l'offre de prise en charge polyvalente, et garantir un accès aux plateaux techniques de médecine spécialisée.

Les services de médecine présents dans l'établissement

La polyvalence en médecine doit se traduire par la participation de tous les médecins à la permanence multidisciplinaire (ou interdisciplinaire). La tendance à la spécialisation ne doit pas faire oublier la mission de proximité qui s'impose à chaque établissement.
C'est pourquoi, les établissements de santé autorisés en médecine doivent offrir une prise en charge polyvalente, notamment pour les situations de poly-pathologies ainsi qu'une prise en charge spécialisée dans l'une au moins des disciplines ou spécialités médicales.

La spécialisation des services conduit progressivement à une spécialisation parallèle des équipes soignantes. C'est une évolution inéluctable et nécessaire (soins de plus en plus techniques) mais qui doit préserver la possibilité de polyvalence des équipes.

Le médecin référent du séjour du patient

La multiplication des acteurs intervenant concomitamment auprès du patient rend indispensable leur coordination par un médecin référent du séjour. Il est chargé :

- de faciliter la transmission des informations internes
- de la recherche, dès l'entrée du malade, de la filière d'aval adaptée
- du maintien de l'expertise spécialisée après le transfert ou le retour à domicile.

La continuité d'une prise en charge coordonnée

Les professionnels des différents sites autorisés doivent être en liaison permanente notamment grâce aux outils de la télémédecine. De plus, la continuité des soins doit être assurée depuis le début de la prise en charge jusqu'à son terme, c'est-à-dire depuis le domicile et, chaque fois que possible, jusqu'au retour au domicile

Garantir la permanence des soins dans certaines spécialités ou pour certaines techniques médicales impose la mutualisation des équipes exerçant sur un même territoire.

Une articulation entre l'offre de santé libérale et les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile) permet de proposer le mode de prise en charge adapté en évitant le passage par le service d'accueil des urgences. De même, pour la suite de l'hospitalisation, l'existence de moyens de communication dédiés entre les intervenants qui assurent la suite des soins et l'équipe médicale hospitalière est nécessaire.

La prise en charge des personnes âgées

La filière gériatrique a pour mission d'organiser la fluidité du parcours de soins de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des modalités de prise en charge disponibles au niveau d'un territoire. Elle doit être en mesure d'assurer les admissions d'urgence ou programmables en court, moyen ou long séjour ainsi que les bilans. Elle doit permettre, dans les meilleurs délais, l'accès des patients à un plateau technique ainsi qu'aux compétences des équipes ou unités de soins palliatifs et des équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles de psychiatrie.

L'établissement de santé support de la filière est celui qui comporte le court séjour gériatrique. Il doit comporter une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Il doit disposer d'une structure d'accueil des urgences ou être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure. S'il ne dispose pas de soins de suite et de réadaptation gériatrique ainsi que de soins de longue durée, il doit conventionner avec d'autres établissements publics ou privés qui en sont dotés. Enfin il doit organiser un partenariat avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que les structures de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA et plateformes de répit).

Pour améliorer le fonctionnement de la filière gériatrique, il convient de :

- installer tous les courts séjours gériatriques,
- renforcer la reconnaissance des missions, des activités et du fonctionnement des équipes mobiles gériatriques,
- mettre en œuvre les 11 unités d'hôpitaux de jour gériatriques nécessaires pour atteindre le taux cible,
- veiller à la coordination des acteurs locaux et favoriser l'intégration des services.

Il est important que l'accès direct en court séjour gériatrique soit toujours privilégié et favorisé par rapport au passage par les structures d'urgence.
La sortie débouche souvent sur un transfert vers un établissement de soins de suite et de réadaptation. Il faut donc favoriser l'identification d'une équipe soignante référente du séjour qui prépare la sortie (transfert) dès le jour de l'admission en court séjour.

Prise en charge des enfants et des adolescents

Face à une pathologie pédiatrique, chaque fois que possible, l'enfant sera orienté vers une structure (hospitalière ou libérale) spécifique de l'enfant. Lorsque cela n'est pas possible, il faut qu'un appui pédiatrique (conseil, recours, transfert, ...) soit protocolisé. Les pédiatres doivent être impliqués dans les missions de prévention, dépistage et éducation des enfants. La prise en charge pédiatrique est globale incluant le soin et les dimensions scolaire, sociale et familiale pour préserver l'avenir de l'enfant. La technicité des moyens nécessite de plus en plus une collaboration étroite avec les spécialités d'adultes autour de plateaux techniques partagés.

L'adolescence pose des problèmes particuliers en hospitalisation. Ces patients sont d'abord des malades à la période de l'adolescence avec tous les problèmes de refus de la maladie, notamment d'arrêt de traitement. Mais ce sont aussi des patients présentant hors de toute pathologie vraie somatique ou psychiatrique, une nécessité d'hospitalisation à la suite de tentative de suicide, comportement addictif (alcoolisation, drogues, violence, comportement alimentaire, ...), ou problèmes familiaux. Ces adolescents n'ont pas leur place dans des unités de pédopsychiatrie et arrivent à l'hôpital par les urgences de pédiatrie. Ils nécessitent une présence et une implication importante de la part des personnels médicaux et paramédicaux, la collaboration étroite de psychologues ou pédopsychiatres et des aménagements de locaux différents de ceux des plus jeunes enfants.
Ce type d'unité doit être développé au besoin par une mutualisation entre services d'adultes, services de pédiatrie et services de pédopsychiatrie.

La place des services de pédiatrie dans les établissements de santé pourrait être organisée en 3 niveaux :

<u>Un niveau de référence</u> :

- des services de pédiatrie de référence et d'expertise au niveau régional. Implantés au niveau des 2 villes sièges de CHU, ils disposent aussi d'une structure d'urgence pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et de cancérologie pédiatrique. On y trouve des pédiatres en nombre suffisant pour organiser une garde pédiatrique indépendante de la néonatologie, disposer des sur-spécialités, d'une radiologie pédiatrique et d'une réanimation pédiatrique ainsi que des explorations fonctionnelles, et laboratoires de référence nécessaires.

Un niveau de recours :

- des services de pédiatrie de recours. Ils sont implantés dans les établissements disposant d'une unité de néonatologie avec au minimum une activité de soins intensifs et une structure d'accueil d'urgences pédiatriques. Ils disposent d'une équipe de pédiatres leur permettant de mettre en place une garde pédiatrique.

Un niveau de proximité :

- des activités de pédiatrie de proximité. Une astreinte pédiatrique doit permettre de répondre aux besoins.

Dans les établissements publics de santé sans activité permanente de pédiatrie ou néonatologie, il apparaît souhaitable de maintenir une offre de soins pédiatriques pour répondre aux besoins d'hospitalisation de courte durée, voire de jour, les plus fréquents dans le souci de respecter les objectifs d'accessibilité aux soins et de proximité. Ce type de fonctionnement nécessite un conventionnement avec un service de pédiatrie.

La répartition des soins entre ces différents niveaux est à préciser dans le cadre d'activité de réseaux pour les principales sur spécialités pédiatriques et notamment une protocolisation des soins, une formations des acteurs de soins et des conventions de fonctionnement portant notamment sur le développement des sur spécialités par le biais de la formation ou de consultations avancées selon les cas.

4.1.2.8 Améliorer l'efficience et la qualité des soins

L'organisation de la flexibilité des capacités est un outil essentiel à la cohérence entre les capacités d'accueil disponibles et le besoin. Les capacités disponibles peuvent donc varier d'une période de l'année à l'autre en fonction des besoins de la population. Elles doivent être suffisantes pour garantir une réponse adaptée.

L'amélioration de l'efficience doit également s'appuyer sur une coordination de la prise en charge. Lorsque le recours à une spécialité non présente au sein de l'établissement est nécessaire, le déplacement du malade ne doit être dicté que par la nécessité de recourir au plateau technique plus adapté.

4.1.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité de médecine ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de médecine est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Sur l'ensemble des territoires le maintien des activités de médecine sur les sites d'implantation des centres hospitaliers « ex. hôpitaux locaux » devra être examiné au regard des conclusions de l'analyse réalisée par l'Agence régionale de santé Paca.

Alpes de Haute-Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de deux sites sur le territoire. Ces suppressions se traduisent par :

- deux regroupements d'activité de médecine géographiquement proches permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine à la population concernée.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de 5 sites sur le territoire.
Ces suppressions se traduisent par :

- un regroupement des activités de médecine dans le cadre du regroupement d'un établissement multi-sites.
- un regroupement d'activités de médecine géographiquement proches permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine à la population concernée.
- un regroupement permettant de répondre aux besoins des patients épileptiques en leur assurant une prise en charge globale de leur pathologie.
- suppressions de deux sites à très faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

De plus, la création d'un site supplémentaire est prévue, sur ce territoire de santé, pour répondre aux besoins de prise en charge en soins palliatifs

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Afin de faire face à l'évolution de la démographie des professionnels de santé, d'optimiser les prise en charge et de favoriser la permanence des soins il est nécessaire de regrouper des activités, conduisant à la disparition de deux sites sur le territoire.

Ces deux regroupements interviendront dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi sites répondant à des exigences sécuritaires.

Vaucluse

Fermeture d'un site : l'organisation des soins sur le territoire permettra de répondre aux besoins des patients.

4.1.4 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Autorisation de médecine			
Activité de médecine			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Médecine	7	7
Hautes Alpes	Médecine	6	6
Alpes Maritimes	Médecine	25	23
Bouches-du-Rhône	Médecine	40*	36*
Var	Médecine	19*	17*
Vaucluse	Médecine	14	13
Total Région		**111**	**102**

- dont hôpital d'instruction des armées

4.1.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront à fournir annuellement et lors du dépôt des demandes de renouvellement sur les trois dernières années.

4.1.5.1 Suivi de l'activité médecine

Evolution de l'activité et des implantations :

- DMS pour les séjours en médecine de plus de 24 heures ;
- taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 30 jours ;
- taux de séjours ayant une équipe référente désignée ;
- suivi des indicateurs de pilotage d'activité par modalité de prise en charge : hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel, techniques interventionnelles (nombre de séjours, nombre de séances).

4.1.5.2 Suivi de l'HAD

Indicateurs de réponse aux besoins :

- délai d'admission moyen dans la structure depuis la prescription par un médecin ;
- nombre de demandes d'admission reçues ;
- ombre d'admissions réalisées ;
- ventilation des motifs de non admission.

Diversité des prises en charge :

- classes d'âge des patients ;
- distribution des modes de prise en charge principaux ;
- analyse des Groupes Homogènes de Prise en charge.

Articulation HAD et établissements de santé, HAD et EHPAD :

- mode d'entrée ; - mode de sortie ;
- nombre de journées réalisées en EHPAD.

Proximité des prises en charge :

- code géographique du domicile des patients.

Indicateurs de qualité des prises en charge :

- nombre et durée des interventions du personnel médical et paramédical en fonction des Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC) ;
- nombre d'interventions du personnel médical et paramédical entre 20 heures et 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés ;
- taux de satisfaction des patients et de la famille ;
- résultats de l'évaluation interne sur la qualité du dossier patient.

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE

4.2 Oxygénothérapie Hyperbare

4.2.1 Bilan de l'existant en région PACA

4.2.1.1 Les caissons en PACA

La France métropolitaine compte 21 caissons installés : 18 caissons civils dont 5 en PACA [Avignon (1), Marseille (3), Nice (1)] et 3 caissons militaires dont un en PACA (Toulon).
Sur les 18 caissons civils, 15 sont installés dans des établissements publics (ex DG) et 4 dans des établissements privés (ex OQN) dont 3 caissons en PACA : deux à Marseille et un en Avignon

Les caissons permettent de prendre en charge des patients en position assise et/ou couchée. Certains caissons disposent de plusieurs chambres et 3 d'entre eux possèdent une chambre réservée aux urgences.

4.2.1.2 Activité 2010

2 160 patients ont été traités en 2010 dans les centres hyperbares de la région PACA dont 63% en ambulatoire.

28 048 séances ont été réalisées dont 2% en dehors des heures d'ouverture du centre. Ce pourcentage comprend les séances programmées du dimanche pour les traitements nécessitant un traitement en continu. Le nombre de séances 2004 était voisin de 50 000 séances.

680 séances ont été faites en urgence dont 200 séances pour intoxication au monoxyde de carbone et 396 pour des accidents de décompression.

Le temps moyen par séance est de 90 minutes à la pression de 2.5 ATA ce qui est conforme aux référentiels.

Tous les centres indiquent :

- disposer du manuel des procédures et de sécurité et du matériel d'urgence (dans le centre),
- mesurer la pression transcutanée en oxygène (PtcO2) permettant, dans certaines indications, de valider le traitement par oxygénothérapie hyperbare (OHB).

Les complications déclarées au traitement par OHB sont peu fréquentes (en moyenne 6 patients par centre). Il s'agit essentiellement d'otite baro traumatique réversible.

Le pourcentage de patients pris en charge par OHB et habitant le département d'implantation du centre est de 80-90% excepté le caisson du Vaucluse où le recrutement extra départemental représente près de 44% des patients.

Pathologies prises en charge

L'éventail des pathologies est très large ; parmi les pathologies les plus fréquentes :

- Ulcères ou gangrènes ischémiques chez les patients diabétiques ou non diabétiques en ischémie critique chronique, lésions du pied incluses : 10 191 séances,
- Surdités brusques : 5 155 séances (dont près de 49 % réalisés dans les 2 centres privés de Marseille),
- Lésions radio induites : 3 776 séances,
- Retard à la cicatrisation : 2 378 séances (68 % réalisés dans les deux centres privés de Marseille),

- Infection bactérienne à germes anaérobies ou mixtes, nécrosante des tissus mous : 1 252 séances.

Les pathologies prises en charge ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations de la HAS (rapport 2007). C'est le cas notamment de la surdité brusque, de la rectite radio-induite où le service attendu de l'OHB est considéré non déterminé. (Nécessité d'essai clinique randomisé complémentaire). Ces indications ne sont pas remboursables par les caisses d'assurance maladie (actes en phase de recherche clinique pouvant faire l'objet d'une convention HAS – UNCAM).

Personnel médical et para médical

Selon les centres, 3 ou 4 médecins (y compris remplaçants) assurent le fonctionnement des centres OHB.

Le personnel paramédical (manipulateurs et / ou IDE ayant le certificat d'aptitude à l'hyperbarie) est en moyenne au nombre de 6 ETP par centre.

4.2.2 Orientations générales

4.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

4.2.2.1.1 Prise en charge en urgence

Prise en charge H24 par une équipe qualifiée de médecin hyperbariste et de personnel para médical formé, essentiellement pour les intoxications au monoxyde carbone (CO) et les accidents de plongée.

Intoxications au CO

Les intoxications au CO relevant d'un traitement par oxygénothérapie hyperbare sont classiquement les intoxications à hauts risques de complications : perte de conscience, avec des signes neurologiques, cardiaques, respiratoires ou psychologiques, ou en cas de grossesse.

Le médecin hyperbariste doit être intégré dans la chaîne de soins. Un patient relevant d'un traitement OHB doit être directement dirigé vers le centre hyperbare. Les protocoles de régulation sont appliqués au niveau régional.

Le port d'un détecteur atmosphérique de CO est souhaitable pour protéger les secours et faciliter le diagnostic. Le dosage sanguin d'HbCO est la technique de référence (prélèvement effectué moins de 10 min. après l'extraction de la victime et dosage réalisé moins d'une heure après le prélèvement). Il peut faciliter le diagnostic, le triage et l'orientation en pré hospitalier.

Il est recommandé que les patients soient revus en consultation si possible par le médecin hyperbariste (l'intoxication au CO étant responsable de 60% de séquelles en particulier neurologiques et cardiaques)

En urgence, le traitement alternatif est le traitement par oxygène normobare (en cas de signes mineurs). Le traitement par OHB est alors le traitement de relais, réalisé dans tous les cas avant la 24ème heure chez les patients à haut risque de complications. La mise sous ventilation mécanique nécessite la présence d'un médecin ou d'un infirmier formés à la réanimation à l'intérieur du caisson, et exige la proximité d'un service de réanimation ou d'urgences.

Afin de mieux étudier la prise en charge des patients, un recueil informatique des données sera fait au niveau régional.

Accidents de plongée

Selon les recommandations de la HAS issues de la conférence de consensus de l'EHCM[11] 'les soins de première urgence consistent en l'administration d'oxygène à 100 % sur le lieu de l'accident, et mise en place d'une réhydratation. Après stabilisation immédiate et évaluation médicale, les victimes d'un accident de plongée doivent être immédiatement dirigées vers le centre spécialisé d'OHB disponible le plus proche.

Le médecin urgentiste doit avoir à sa disposition les coordonnées du caisson hyperbare le plus proche pouvant prendre en charge le patient. Le protocole de régulation concernant les accidents de plongée et le référentiel sur la prise en charge des urgences maritimes sont appliqués au niveau régional. Concernant le cas particulier d'un accident de plongée survenu dans un lac, un guide de régulation est en cours d'élaboration.

Il faut noter également une augmentation de fréquence des accidents cardiaques en plongée. Le groupe technique régional préconise que l'accès au défibrillateur semi automatique soit optimisé en côtier (équipements des vecteurs, douanes, gendarmerie maritime).

Afin de mieux étudier la prise en charge des patients, un recueil informatique des données sera fait au niveau régional (voire l'élaboration d'un registre régional).

Les embolies gazeuses

Elles représentent également une urgence où l'OHB est un traitement de première intention, actuellement peu mis en œuvre par OHB en région PACA.

4.2.2.1.2 Prise en charge des pathologies chroniques

L'oxygénothérapie hyperbare doit s'inscrire dans la chaîne de soins pour les indications validées.
Ainsi, le médecin hyperbariste doit, dans la mesure du possible, participer aux réunions de concertation pluri disciplinaire notamment :

- en relation avec l'endocrinologue et le chirurgien vasculaire pour les lésions ischémiques (pieds, orteils) persistant après revascularisation optimale ou sans possibilité de revascularisation, chez les patients diabétiques ou non diabétiques, en ischémie critique chronique
- en relation avec l'infectiologue
- en relation avec l'équipe de prise en charge de certains cancers.

Des protocoles de prise en charge sont alors définis.

4.2.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Les consignes de sécurité applicables aux caissons hyperbares sont d'ordre législatif et réglementaire. Le titulaire de l'autorisation est responsable de leur application. Elles doivent faire l'objet de directives à l'usage du personnel amené à travailler dans le centre.

Tout centre hyperbare doit respecter le code européen de bonne pratique. Ce code décrit le minimum requis concernant le personnel médical et para médical, l'équipement, et les procédures à suivre. Tout centre doit avoir un guide des procédures et de sécurité.

La formation des personnels infirmiers, opérateurs, et techniciens des centres fait également l'objet de recommandations de la société européenne de médecine hyperbare.

Les recommandations de bonne pratique indiquent la nécessité notamment :

[11] Société Européenne de Médecine Hyperbare

- d'assurer une consultation d'évaluation initiale préalable indispensable avant toute séance,
- d'effectuer, avant tout traitement OHB, la mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène (PtcO2) permettant de sélectionner des patients dans certaines pathologies qui tireront bénéfice d'un traitement hyperbare.
- de développer la concertation pluridisciplinaire avec les autres médecins du malade permettant de mettre en place un plan de soin dans lequel s'insère l'OHB.

4.2.2.3 Améliorer l'efficience

Les implantations de caisson hyperbare doivent permettre d'apporter une réponse appropriée aux besoins de la population autour de plateaux techniques regroupés.
Le maillage territorial vise à assurer l'accessibilité aux caissons en cas d'urgence vitale.

4.2.2.4 Améliorer la connaissance

Des études complémentaires restent souhaitables pour contribuer à valider les indications de certaines prises en charge et faire, le cas échéant, évoluer le périmètre de prise en charge.

4.2.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Les caissons seront implantés préférentiellement dans des établissements de soins disposant d'un service d'accueil des urgences et d'un service de réanimation. En fonction de l'activité, une chambre peut être réservée aux urgences.

Le respect des indications validées par la HAS incite au regroupement des centres ; en effet les caissons réalisent un nombre significatif de séances pour des indications n'ayant pas, selon le rapport de la HAS de 2007, un service attendu suffisant. Compte tenu de ces éléments et de l'offre pléthorique en région PACA, le regroupement des centres ne participant pas à la prise en charge en urgence se justifie.

4.2.4 Objectifs quantifiés en termes d'implantations et d'équipements en région PACA

A noter : Certains caissons peuvent disposer de plusieurs chambres reliées ou non par un sas. Quelle que soit le nombre de chambres, un caisson correspond à une autorisation.

TERRITOIRE	2011		2016	
	NOMBRE DE SITES	NOMBRE DE CAISSONS	NOMBRE DE SITES	NOMBRE DE CAISSONS
ALPES MARITIMES	1	1	1	1
BOUCHES DU RHONE	3	3	2	2
VAR	1*	1*	1*	1*
VAUCLUSE	1	1	1	1

*dont l'hôpital d'instruction des armées.

4.2.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs sont à fournir annuellement et lors des dépôts de demandes de renouvellement d'autorisation sur les trois dernières années.

- nombre total de patients traités, dont:
  - patients hospitalisés dans l'établissement d'implantation du caisson ;
  - patients hospitalisés dans un autre établissement ;
  - patients non hospitalisés.

- nombre de séances réalisées :
  - en hospitalisation ;
  - en ambulatoire.

- ventilation des séances selon CCAM en cours ;

- ventilation des patients et des séances selon code CIM 10 regroupés suivant le modèle de l'APHM ;

- nombre de patients et séances en urgence et ventilation par pathologies ;

- ventilation des codes postaux de domicile des patients.

CHIRURGIE

4.3 Chirurgie

4.3.1 Rappels de l'existant et du contexte

La comparaison entre les objectifs du SROS 3 et les implantations constatées au 30.06.2011 est retracée dans le tableau ci-après. Les recompositions ont été nombreuses pendant la période 2006 – 2010, faisant passer les sites autorisés de 111 à 96.

4.3.1.1 Bilan des implantations

Territoire de santé	Localité	Nombre de centres prévus au SROS 3	Implantations au 30.06.2011
Alpes Sud	Manosque	1	2 (a)
	Digne	1	1
Alpes Nord	Gap	2	2
	Sisteron	1	0 (b)
	Briançon	1	1
Alpes-Maritimes Est	Menton	1	1
	Nice	11	11
	Antibes	1	1
	saint Laurent du Var	2	1 (c)
	Cagnes sur Mer	1	1
Alpes-Maritimes Ouest	Mougins	1	1
	Cannes	4	3
	Grasse	2	2
Var Est	Draguignan	2	2
	Fréjus	2	2
	Saint-Raphaël	1	1
	Gassin	1	1
Var Ouest	Toulon	6	6
	La Valette	1	0 (c)
	Hyères	3	3
	Ollioules	2	2
	La Seyne	2	2
	Brignoles	1	1

Territoire de santé	Localité	Nombre de centres prévus au SROS 3	Implantations au 30.06.2011
Bouches-du-Rhône Sud	Istres	1	1
	Martigues	2	2
	Marignane	1	1
	Marseille	19	20 (a)
	Aubagne	2	2
	La Ciotat	1	2 (a)
Bouches-du-Rhône Nord	Salon	2	2
	Vitrolles	1	1
	Aix en Provence	3	4 (a)
	Puyricard	1	1
Vaucluse- Camargue	Avignon	5	5
	Carpentras	1	1
	Orange	2	3
	Cavaillon	1	2
	Apt	1	1
	Arles	2	2
TOTAL	**PACA**	**96**	**97**

(a) regroupement prévu non encore réalisé
(b) Activité de Sisteron regroupée sur Gap fin 2009
(c) Fermeture d'une clinique,

Les suppressions de sites sur la période du SROS 3 sont essentiellement le fait de fusions, acquisitions et regroupements d'établissements. Elles modifient peu la part du privé qui est prépondérante sauf dans les territoires alpins, ni la répartition territoriale des capacités, qui demeure très concentrée dans les Bouches du Rhône (BDR Sud) et dans les Alpes Maritimes (AM Est).

4.3.1.2 Production de séjours par les établissements

Le nombre de séjours chirurgicaux a augmenté d'un peu plus de 1% entre 2009 et 2010, mais il y a un déclin de l'hospitalisation complète (-2,7%) au profit de la chirurgie ambulatoire (+ 5,9%). Sur 3 ans, entre 2007 et 2010, l'activité a augmenté de 2,04%, soit environ 0,68% par an. Cette augmentation est légèrement supérieure à celle de la population, qui est de 1,76 % sur la même période, soit 0,44% par an.

Séjours chirurgicaux produits par territoires de santé (départements)

Année	2007	2008	Evolution	2009	Evolution	2010	Evolution	Evolution
Département	**Total**	**Total**	**2007/2008**	**Total**	**2008/2009**	**Total**	**2009/2010**	**2007/2010**
TOTAL 04	7198	7271	1,01	7211	0,99	7934	1,10	1,1023
TOTAL 05	11780	12004	1,02	12116	1,01	11615	0,96	0,9860
TOTAL 06	107779	109577	1,02	110778	1,01	111746	1,01	1,0368
TOTAL 13	197293	199553	1,01	199342	1,00	202185	1,01	1,0248
TOTAL 83	72520	72101	0,99	71562	0,99	71327	1,00	0,9835
TOTAL 84	43772	43474	0,99	43430	1,00	44513	1,02	1,0169
Total	**440342**	**443980**	**1,01**	**444439**	**1,00**	**449320**	**1,01**	**1,0204**

Source : bases PMSI après retraitement ATIH - établissements de PACA, hors hôpitaux militaires
Les séjours sont définis selon la 3ème lettre du GHM (C, K, M et Z)
Exclusions des CMD 14, 15, 28 et 90 (Obstétrique, Nouveaux-nés, séances et erreurs)
La CM 24 est conservée (années 2007 à 2009)

Part de chirurgie ambulatoire dans la production des établissements

La part de production d'activité des établissements de Paca en chirurgie ambulatoire atteignait 39,8% dès 2009, contre 36,2% en moyenne nationale. Ce taux est passé à 41,1 % fin 2010 en Paca. L'évolution annuelle moyenne sur 3 années entre 2007 et 2010 est de +1,2 % par an.

La part de production en chirurgie ambulatoire diffère entre les catégories d'établissements : publics (24 % pour les CH et 17,2 % pour les CHU en 2010), privés à but non lucratif (35,7 %) et privés commerciaux (48,3%). La part de production en ambulatoire des établissements publics augmente plus rapidement depuis 2008.

De même, on note des différences entre territoires de santé :

Taux de chirurgie ambulatoire par territoire

Taux de chirurgie ambulatoire (production établissements)	2007	2008	2009
Alpes de Haute Provence	**41,10%**	**42,20%**	**48,30%**
Hautes Alpes	**28,60%**	**28,40%**	**31,10%**
Alpes Maritimes	**39,40%**	**40,40%**	**42,20%**
Bouches du Rhône	**37,20%**	**37,40%**	**39,10%**
Var	**40,50%**	**41,50%**	**42,90%**
Vaucluse	**31,50%**	**31,70%**	**33,00%**
Région Paca	**37,50%**	**38,10%**	**39,80%**
France	**32,3%**	**33,6%**	**36,2%**

Les catégories d'interventions réalisées en ambulatoire

Sur les 17 gestes faisant l'objet de mise sous accord préalable, la région Paca a globalement un taux de 78,6 % en 2009, supérieur au taux national de 4,3 points. L'activité des établissements de santé de Paca est inférieure aux taux nationaux pour les tumorectomies du sein (19,6% versus 26,7) et la cœlioscopie gynécologique (11,7% versus 16,3) mais supérieure dans les autres domaines.

En 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire s'est poursuivi sur ces 17 gestes et a progressé de 2,8 %, pour atteindre 81,4%. Ce champ représente actuellement environ 80 % du total de la chirurgie ambulatoire.

Le caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire peut être affirmé sur l'évolution comparée des volumes respectifs de chirurgie totale, de chirurgie en ambulatoire et en hospitalisation complète :

	HC	Ambu	Total
2008	272967	171013	443980
2009	267250	177189	444439
2010	264818	184502	449320

Source : bases PMSI après retraitement ATIH - établissements de PACA, hors hôpitaux militaires

En complément des données purement quantitatives, une enquête sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire a été diligentée par l'ARS auprès des établissements publics et privés au premier trimestre 2011. Cette enquête, adressée à 88 établissements, a enregistré un haut niveau de réponses : 83% d'établissements répondants. Les résultats ont été adressés à l'ensemble des établissements sollicités le 29.06.2011.

Elle a montré un degré de structuration de la chirurgie ambulatoire satisfaisant dans la plupart des établissements avec un nombre important de procédures, d'indicateurs de qualité et de documents de communication avec les patients, ainsi que des initiatives originales qui pourraient être étendues : appel de la veille, entretien infirmier lors de la prise de rendez-vous, remise d'un livret « douleur » notamment.

Des progrès sont estimés possibles sur plusieurs plans :

- maîtrise de la douleur : plus d'un tiers des établissements n'ont pas de protocole douleur spécifique à la chirurgie ambulatoire.
- maîtrise de la communication auprès des patients : la remise ou l'envoi de documents n'est pas garant d'une bonne compréhension, et beaucoup de documents sont cités, dans lesquels les patients peuvent peiner à dégager l'essentiel.
- communication avec les professionnels libéraux : elle reste très traditionnelle : courrier (pas toujours adressé rapidement) et téléphonique. Les nouvelles technologies ont encore peu de place.

4.3.1.3 Taux de recours aux soins de chirurgie de la population résidente

Le taux de recours de la population résidente est supérieur au recours médian national : Le recours est, après standardisation sur âge et sexe, excédentaire de 9 % environ en 2009. Les taux de recours sont particulièrement élevés pour :

- Chirurgie de la bouche et des dents : + 40% (30 513 séjours en 2009)
- Chirurgie urologique : + 30% (20 480 séjours)
- Chirurgie du rachis, neurochirurgie : + 20% (12 924 séjours)
- Chirurgie pulmonaire et thoracique : + 20% (4555 séjours)
- Parage de plaies, greffes de peau, de tissus sous cutané : + 20% (19 114 séjours)

On observe que les taux de recours à la chirurgie, après standardisation sur âge et sexe, varient selon le territoire de santé. Ils sont inférieurs à la moyenne régionale dans les Alpes de Haute Provence et le Vaucluse, supérieurs dans le Var et les Bouches du Rhône ce qui pourrait être un témoin de la densité de l'offre de soins.

Les taux de recours à la chirurgie varient fortement en fonction de l'âge.
Les taux de recours en Paca sont inférieurs au taux de recours national pour les âges inférieurs ou égaux à trois ans et supérieurs pour les autres classes d'âge, surtout à partir de 18 ans et plus encore chez les plus de 75 ans.

	Séjours chirurgicaux (classification ATIH)			Séjours avec acte chirurgical (GHM en "C") 2009		
	2007	2008	2009	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie total
TS Alpes-de-Haute-Provence	80,6	82,8	81,2	50,6	28,3	78,9
TS Hautes-Alpes	84	86,4	87,9	58,6	27,4	86,0
TS Alpes-Maritimes	81	83,7	85,2	48,1	36,4	84,5
TS Bouches-du-Rhône	86	86,2	87,3	50,5	35,7	86,2
TS Var	85,9	86,7	89,4	53,8	33,8	87,6
TS Vaucluse	81,5	82	81,8	53,2	27,2	80,4
Régional	84,1	85,2	86,5	51,2	34,1	85,3
National	78	78,5	79,6	N.D	N.D.	N.D.

Taux de recours aux soins de chirurgie, en séjours pour 1000 hab. standardisés sur âge et sexe.

Attractivité et fuites

En ambulatoire comme en hospitalisation complète, en 2009, la région a davantage d'attractivité que de fuites :

- taux de fuite régional : 3,3 %
- taux d'attractivité régional : 4,8 %

L'impact des flux inter régionaux est globalement de +1,6%.

Les Bouches du Rhône et les Alpes Maritimes ont un solde global positif, tandis que les autres départements subissent des fuites plus ou moins importantes. Ces fuites sont à leur maximum dans les Alpes de Haute Provence où 55% des recours chirurgicaux sont réalisés hors du département (dont 34 % de fuites sur des séjours de chirurgie « légers » constatées sur le PMSI 2008).

4.3.1.4 Professionnels de santé concernés

Pour le secteur libéral, on comptait, au 1er janvier 2008, au moins 10 % des effectifs nationaux dans chaque spécialité chirurgicale alors que la région ne représente que 8,3 % de la population française.

Concernant les professionnels en exercice salarié exclusif, le ratio est plus en accord avec le poids de la population de la région avec :

- 737 chirurgiens pour 8 803 en France (8,4%),
- 63 spécialistes sur 825 en ophtalmologie (7,6%),
- 62 spécialistes sur 728 en ORL (8,5%).

Les professionnels de 55 ans et plus représentent en 2009[12] : 40% des chirurgiens viscéraux et orthopédistes, 40 % des ORL, 45 % des ophtalmologistes, 38 % des neurochirurgiens, 28 % des urologues.
Une analyse de la répartition des chirurgiens libéraux par secteur conventionnel montre que 77% exercent en secteur 2, proportion qui monte jusqu'à 92 % dans les Alpes Maritimes, ce qui peut créer des difficultés d'accès aux soins pour des raisons économiques, le dépassement moyen étant élevé (80 % du tarif conventionnel dans les Alpes Maritimes[13]).

[12] Source base Eco Santé 2011(exploitation SNIR 2009)
[13] CNAMTS, point info presse du 17 Mai 2011

4.3.2 Evolutions prévisibles

4.3.2.1 La démographie des professionnels

Chirurgiens : pour la période 2010 – 2014, l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) a prévu d'ouvrir 260 postes d'internes en chirurgie, ce qui permettrait le renouvellement de 36% des chirurgiens de 55 ans et plus à l'horizon 2014. Les statistiques du Conseil National de l'Ordre des médecins conduisent par ailleurs à estimer que les installations sont en Paca supérieures de 22 % aux effectifs formés. Cela permettrait théoriquement le renouvellement de 44 % des chirurgiens de 55 ans et plus,

Pour le futur, en dépit des paramètres connus, la prévision d'évolution des effectifs demeure très incertaine. Des départs massifs en retraite sont attendus d'ici cinq à dix ans, laissant supposer une diminution des effectifs dans tous les cas et malgré les apports de chirurgiens formés dans d'autres régions.

Infirmiers de bloc opératoire : cette profession connaît dès à présent une pénurie d'effectifs.

4.3.2.2 Les structures

Coopérations entre établissements

Les bénéfices attendus sont à la fois qualitatifs, notamment par la mutualisation d'équipes, et économiques par la mutualisation de fonctions support. Les coopérations territoriales devraient améliorer la situation des sites de proximité dont les équipes pourraient être épaulées par les professionnels de sites plus importants et maintenir leur technicité en accédant, dans les établissements de recours et de référence, à la réalisation de gestes de technicité supérieure.

4.3.2.3 Les pratiques

Contexte réglementaire :

Des réflexions sont en cours pour rénover le cadre réglementaire de la chirurgie (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement). Les objectifs poursuivis seraient de :

- mieux définir le champ de la médecine et de la chirurgie en actant l'existence d'un troisième secteur de médecine interventionnelle (dite encore faiblement invasive) ;
- contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire en rénovant les normes techniques et en liant l'autorisation de chirurgie à l'exercice de la chirurgie ambulatoire, sauf exceptions : centre ambulatoire exclusif, chirurgie hautement spécialisée ;
- garantir la permanence, la qualité et la sécurité des soins et contribuer à la restructuration des sites de chirurgie en prenant en compte l'évolution de la démographie professionnelle et la prise en charge du patient au niveau le plus adapté (gradation des soins) ;
- organiser la réponse aux urgences dans le cadre du réseau des urgences ;
- améliorer la lisibilité des activités et la prise en charge des patients. Notamment, les établissements seraient expressément autorisés à prendre en charge des enfants de moins de un an ou de plus d'un an.

Dans ce contexte, les établissements ayant les niveaux d'activité les plus faibles ne doivent pas attendre pour engager une réflexion sur l'évolution de leurs activités chirurgicales, notamment dans le cadre de projets de coopérations territoriales, élément majeur de confortement de l'activité, de maintien des compétences et de renforcement de l'attractivité.

Poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire

A moyen terme, la chirurgie ambulatoire sera prépondérante et l'hospitalisation complète sera réservée à des actes lourds, à de la chirurgie d'urgence, à des patients fragiles ou ne pouvant relever de l'ambulatoire en raison de facteurs sociaux. C'est le « changement de paradigme » auquel les acteurs de soins sont désormais appelés.

Sur la base de l'expérience des pays les plus avancés, il est estimé que 90 % environ des patients chirurgicaux sont potentiellement éligibles à la chirurgie ambulatoire. D'autre part, 80 % des actes pourraient être pratiqués en ambulatoire, hors chirurgie lourde et chirurgie d'urgence.

Ce développement aura des conséquences sur l'organisation des services et conduira à revoir à la baisse le nombre de lits d'hospitalisation nécessaires.

Disparition progressive de la chirurgie « générale » au profit de spécialités

L'évolution de la formation des internes de chirurgie conduit à la disparition programmée des chirurgiens généralistes ou polyvalents, au profit de filières spécialisées. De fait, les sites mettant en œuvre la permanence de soins (PDS) en chirurgie, ne peuvent fonctionner qu'avec au moins deux lignes d'astreintes, de chirurgie orthopédique et traumatologique d'une part, de chirurgie viscérale d'autre part. Un minimum de trois chirurgiens par ligne d'astreinte est recommandé pour travailler dans de bonnes conditions. Or, tous les sites de proximité ne peuvent aujourd'hui aligner ces effectifs.

La poursuite du développement de la chirurgie mini-invasive (laparoscopie, cœlioscopie) ainsi que le développement des techniques interventionnelles par voie artérielle ou veineuse transcutanée, contribuent au raccourcissement des durées de séjour et à la réduction de la morbidité opératoire tout en accentuant une hyper spécialisation des professionnels

Il en va de même de la chirurgie robotisée, enjeu économique, de qualité des soins et d'hyper spécialisation.

Evolutions des modalités de soins

Elles se traduisent par la diminution du recours à certains actes chirurgicaux, le transfert d'actes chirurgicaux en actes médicaux, la croissance d'autres catégories d'actes. On peut par exemple citer la chirurgie de l'obésité, où la chirurgie des anneaux gastriques est en déclin au profit de nouvelles techniques, et le développement de techniques curatives médicales par endoscopie digestive.

Une moindre croissance des actes de chirurgie est attendue globalement en raison de plusieurs facteurs, allant des progrès réalisés en matière de prévention ou de dépistage plus précoce, à une attitude plus économe en matière de gestes chirurgicaux.

A l'inverse, avec le vieillissement global de la population et la croissance de l'espérance de vie, on peut s'attendre à une croissance de la chirurgie de confort, notamment orthopédique, mais aussi de cures de déficiences liées à l'âge (ophtalmologie ++) et de la chirurgie plastique.

4.3.3 Objectifs généraux et opérationnels

4.3.3.1 Développer la chirurgie ambulatoire

Il convient d'amplifier le développement de la chirurgie ambulatoire, autant pour des raisons d'efficience que de qualité des soins. Par l'organisation qu'elle nécessite, la chirurgie ambulatoire est très sécurisée et son développement contribue aussi à la réduction des infections nosocomiales. Elle est par ailleurs plébiscitée par les patients.

4.3.3.1.1 Recommandations d'implantation et d'organisation

Les articles R. 6124-4 et D. 6124-301 à D. 6124-305 du CSP définissent les conditions applicables aux locaux, à l'organisation et au fonctionnement des « structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ». Ces textes, datant pour l'essentiel de 1992, ont vocation à être mis à jour et dès à présent il convient d'insister sur certains points.

- Tous les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire disposent d'une ou plusieurs unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire (ACA). Les hospitalisations sans nuitée dans un service de chirurgie organisé pour des hospitalisations complètes, qualifiées de chirurgie ambulatoire foraine, n'apportent pas au patient la sécurité d'une organisation adaptée à ce type de parcours.
- Il est souhaitable, dès que l'activité de l'établissement le permet, d'organiser une unité spécifiquement dédiée à la chirurgie ambulatoire, indépendamment des activités d'endoscopie et autres actes de médecine interventionnelle. Dans le cadre d'une ACA doit faire l'objet malgré tout d'une organisation spécifique (circuit patient, maîtrise de la douleur, consignes, etc.).
- Il est important que l'ACA soit placée sous la responsabilité d'un coordonateur médical identifié dans cette fonction, par la charte de fonctionnement.
- La réussite de la chirurgie ambulatoire repose sur la maîtrise de l'organisation, à toutes les étapes du processus (cf. ci-après). La qualité de l'organisation doit devenir le principal moteur du développement de la chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne la création de centres exclusifs de chirurgie ambulatoire, il convient de distinguer plusieurs situations :

- des centres ambulatoires intégrés en établissement de santé, aboutissement logique du processus organisationnel de la chirurgie ambulatoire de la part de centres ayant déjà une activité importante, évolution qui n'appelle pas de réserves ;
- des centres ambulatoires exclusifs autonomes (extra hospitaliers). Des créations peuvent être envisagées sous réserve que :
  - ces centres développent une activité suffisante (masse critique) ;
  - il s'agisse de conversions n'induisant pas une offre territoriale supplémentaire ;
  - ils organisent des modalités de repli vers l'hospitalisation complète réellement opérationnelles ;
- le maintien d'interventions ambulatoires au niveau de sites dont l'activité n'est plus suffisante pour maintenir une organisation d'hospitalisation complète : ce type de solution ne sera pas encouragé. L'ambulatoire, qui réclame une organisation parfaite, n'est pas adapté, en règle générale, à la réalité d'une activité faible hors urgences.

4.3.3.1.2 La sécurisation du processus

La sécurisation du processus donne confiance aux équipes et permet d'étendre le champ des gestes éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Le processus organisationnel est centré sur le patient, modélisé en fonction du « chemin clinique » du patient, depuis sa prise de rendez-vous jusqu'à son retour à domicile en post opératoire.

Il est important que les phases clés du processus soient formalisées par des procédures de travail, conformément aux principes de toute démarche qualité.

Quelques facteurs apparaissent particulièrement importants :

- l'information du patient, à la fois en préopératoire et pour le postopératoire ;
- l'information des partenaires de ville ;
- les critères classiques d'éligibilité des : score ASA et critères sociaux ;
- la maîtrise de la douleur postopératoire, autre point important qui justifie l'élaboration de protocoles propres à l'unité de chirurgie ambulatoire et adaptés aux différents types d'interventions qui y sont pratiqués ;
- l'évaluation de l'activité de la structure de chirurgie ambulatoire dans une optique d'amélioration continue.

Un cahier des charges sera élaboré avec les fédérations hospitalières pour l'analyse des demandes d'autorisation d'unité de chirurgie ambulatoire.

4.3.3.1.3 Objectif pour la région à l'échéance du SROS

Compte tenu du niveau de développement atteint dans certains pays comparables à la France sur le plan sanitaire, l'ARS souhaite se donner l'objectif d'un taux de chirurgie ambulatoire de 75% à horizon 2020.
Dans l'immédiat, le SROS fixe un objectif cible, pour l'ambulatoire, de 50 % de l'activité chirurgicale totale au moins dans chaque territoire de santé à fin 2016.

La chirurgie ambulatoire étant substitutive à l'hospitalisation complète, cet objectif sera exprimé en pourcentage de l'activité totale. L'ambulatoire pourra dès lors être considéré comme la modalité principale de l'activité chirurgicale.

L'atteinte de cet objectif global suppose une progression plus importante des établissements qui ont aujourd'hui les taux de chirurgie ambulatoire les plus bas : CHU, CH et à un moindre degré ESPIC.

Des mesures d'accompagnement seront mises en place par l'ARS pour faciliter l'atteinte de cet objectif. Elles feront l'objet d'un plan d'action s'inscrivant dans le cadre des objectifs de performance et de gestion du risque.

4.3.3.2 Organiser une offre de soins graduée sur le territoire

4.3.3.2.1 L'activité de proximité

Elle concerne les interventions en hospitalisation complète ou chirurgie ambulatoire qui ne nécessitent pas a priori de surveillance en réanimation post opératoire, non plus qu'un bloc opératoire pourvu d'installations de haute technicité ou de plateau technique offrant des examens complémentaires très spécialisés.

Ce niveau répond aux besoins de santé de proximité de la population desservie par l'établissement. Il s'intègre dans l'offre de santé de proximité (espaces de santé de proximité adjacents) en articulation avec l'offre d'amont : médecine ambulatoire, établissements médico-sociaux et d'aval : professionnels de santé et infirmiers libéraux, soins de suite et de réadaptation, HAD, services de soins à domicile.

Les établissements, à ce niveau, indépendamment de leur participation à l'accueil des urgences et à la permanence des soins en chirurgie (PDS ES), devront travailler en relation étroite avec des établissements de recours infrarégional (ou régional) dans le cadre des coopérations territoriales, vers lesquels notamment peuvent être transférés des patients en cas de complications.

Si le niveau d'activité ne permet pas le maintien des compétences des opérateurs, des mutualisations d'activité avec l'établissement de recours pourront intervenir et une réflexion conduisant à une adaptation structurelle de l'offre sera engagée.

4.3.3.2.2 L'activité de recours infra régional

Ce niveau d'activité correspond à des interventions dites de « recours » nécessitant la mise en œuvre d'un équipement spécifique et/ou une surveillance continue en post opératoire. Les établissements exerçant ces activités disposent d'un plateau technique adapté aux besoins de la spécialité chirurgicale concernée.

Le niveau de recours répond aux besoins de la population d'un bassin de vie recoupant tout ou partie d'un ou plusieurs territoires de santé et s'intègre dans leur offre de santé en développant des coopérations facilitant la fluidité des parcours de soins des patients. Il ne s'agit pas nécessairement d'un seul établissement. L'organisation mise en place peut reposer sur plusieurs établissements.

Maillon intermédiaire entre la proximité et les établissements de référence implantés dans les grandes agglomérations, le niveau de recours permet la prise en charge de la plupart des chirurgies spécialisées.

Les spécialités qui relèvent habituellement d'un niveau de recours sont ::

- orthopédie ;
- chirurgie viscérale ;
- urologie ;
- gynécologie;
- stomatologie;
- ORL;
- ophtalmologie;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie pédiatrique (enfants de plus de 1 an).

Certains établissements de recours infra régional pratiquent également :

- la chirurgie du rachis ;
- la chirurgie pulmonaire et thoracique ;
- la chirurgie thyroïdienne et endocrinienne.

N.B. L'organisation de la chirurgie carcinologique relève du chapitre Cancer du SROS.

4.3.3.2.3 L'activité de recours régional

Elle repose sur des établissements ou groupes d'établissements de référence de niveau régional.

Les activités concernées peuvent être notamment :

- les transplantations d'organes ;
- la neurochirurgie ;
- la chirurgie cardiaque ;
- la chirurgie de réimplantation et des grands brûlés ;
- la chirurgie néo-natale et pédiatrique de référence.

Les établissements exerçant ces activités ont vocation à répondre aux besoins de la population régionale, voire interrégionale s'agissant des activités relevant du schéma interrégional d'organisation des soins.
Ils s'intègrent dans l'offre de santé des territoires concernés en développant des coopérations facilitant la fluidité des parcours de soins des patients.
Ils organisent les transports sanitaires nécessaires à la réception et à l'orientation adaptée des patients dans le parcours de soins.

4.3.3.3 Assurer la réponse aux urgences

4.3.3.3.1 En dehors des heures de permanence des soins

Tout établissement autorisé à l'accueil des urgences doit pouvoir accéder en heures de fonctionnement normal aux éléments du plateau technique et aux compétences médicales de l'établissement, et ceci dans un délai compatible avec l'état clinique du patient.

C'est notamment le cas des différentes disciplines et spécialités chirurgicales.

Lorsque le recours au spécialiste est impossible dans l'établissement, la compétence requise y étant absente, il convient que les modalités d'accès à ces compétences ne soient pas retardées ou dégradées. C'est dans l'environnement d'abord, en fonction du niveau technique et du plateau technique requis que la réponse doit être recherchée. La formalisation de conventions en ce sens est souhaitable afin de garantir le respect d'engagements contractuels sur les délais de réponses et la continuité de la prise en charge. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR), qui identifie les compétences techniques et les modalités d'accès à ces compétences, est un complément indispensable.

4.3.3.3.2 Pendant les heures de permanence

En dehors des heures de fonctionnement habituel, la prise en charge chirurgicale d'urgence mobilise la permanence des soins en établissement de santé (PDS ES), qui fait l'objet d'un volet spécifique du SROS. Cette dernière identifie et organise les réponses territoriales aux besoins spécialisés.

L'exercice de cette « mission de service public » entraîne l'obligation d'en garantir l'accessibilité financière.

Les engagements de cette mission imposent une obligation de permanence dont les modalités (astreinte ou garde) garantissent, pour chaque spécialité chirurgicale, des délais d'accès compatibles avec le degré d'urgence du recours et le volume prévisionnel d'activité. Connus de l'ensemble des SAMU et des Structures de prises en charge des urgences par l'intermédiaire du ROR, ces services en fonctionnement permanents apportent, en lien avec le plateau technique et les compétences médicales nécessaires à l'activité, la garantie d'une réponse adaptée pour toutes les spécialités chirurgicales et sur l'ensemble de la région.

Le volet consacré à la PDS ES détermine, pour chaque spécialité chirurgicale, en tenant compte des impératifs de gradation et d'accessibilité, les principes d'organisation nécessaires à une couverture optimale du besoin. Cette répartition, déclinée dans le cahier des charges régionales, s'appuie sur des critères objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'activité réalisée en urgence pendant les horaires de permanence des soins. Elle sera néanmoins actualisée chaque année afin de prendre en compte les évolutions de la démographie médicale, des techniques chirurgicales ainsi que des besoins de la population.

La gradation des réponses nécessite une utilisation rationnelle des vecteurs entre les sites demandeurs et les sites destinataires afin de maintenir le respect, à la fois des délais nécessaires et de la bonne utilisation des vecteurs engagés.

4.3.3.4 Améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'efficience

4.3.3.4.1 Promouvoir les revues de morbidité – mortalité

Depuis 2009, la HAS a publié sur son site un ensemble de documents pour promouvoir les revues de morbidité – mortalité.

Elles s'inscrivent dans le cursus du développement professionnel continu, dans la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement de santé et constitue une réponse à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles prévue par la certification.

4.3.3.4.2 Maîtriser le risque infectieux

Les établissements de santé doivent établir et mettre en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à leurs activités et en cohérence avec les objectifs nationaux. Les Clin et le Cclin-sud est interviennent en support de cette maîtrise.

4.3.3.4.3 Garantir l'évaluation, le traitement adapté de la douleur et sa traçabilité dans les services de soins et à la sortie du patient

Cet objectif s'applique tout particulièrement à la chirurgie, du fait de son caractère traumatique.

La prise en charge de la douleur doit être protocolisée en fonction d'une évaluation précise, conformément aux stipulations du manuel de certification V 2010.

Il est souligné l'intérêt de tels protocoles en chirurgie ambulatoire, pour assurer la maîtrise de la douleur après le retour du patient à son domicile.

4.3.3.4.4 Optimiser le fonctionnement des secteurs opératoires

Efficience et performance

Les blocs opératoires sont un enjeu majeur de l'efficience des établissements de santé et font l'objet de démarches pour en améliorer la performance.

De nombreux travaux ont montré que des améliorations sont possibles concernant les modalités de fonctionnement des blocs opératoires. Si le taux de patients programmés peut dépendre du volume d'urgences, la variabilité importante des ressources humaines mobilisées indique une amélioration possible dans certains établissements.

Les recommandations détaillées concernant l'organisation, la coordination et le management du bloc opératoire sont maintenant accessibles via l'ANAP (http://www.anap.fr). Les établissements peuvent s'appuyer sur les résultats de ces travaux pour améliorer la performance en matière d'organisation des blocs opératoires.

Par ailleurs, l'organisation du bloc opératoire est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) dans la certification HAS V2010.

Sécurité au bloc opératoire

Dans le but d'améliorer la sécurité au bloc opératoire, la Haute Autorité de santé a adopté une check-list pour la sécurité des soins dans le cadre de la certification V2010 dès janvier 2010. L'objectif de la check list est de renforcer les pratiques de sécurité et de stimuler la communication et le travail d'équipe entre les disciplines cliniques. Son contenu porte sur différents temps de l'intervention.

Depuis janvier 2010, la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est exigée à travers la procédure de certification des établissements de santé.

4.3.3.4.5 Organiser les coordinations d'amont et d'aval

Ces coordinations sont formalisées par des conventions avec les autres établissements de santé, les structures d'HAD, les établissements de soins de suite et de réadaptation, les établissements et services du secteur médico-social. Les modalités de ces organisations font l'objet de stipulations dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

4.3.3.5 Objectifs spécifiques à certaines activités

4.3.3.5.1 La chirurgie carcinologique

Les textes règlementaires parus en 2007 et 2008 ont notamment défini 6 spécialités chirurgicales soumises à un seuil minimum d'activité : sein, digestif, urologie, cancers thoraciques, ORL, cancers gynécologiques.

Le chapitre cancérologie du SROS PRS décrit les évolutions et les prévisions pour la durée du schéma.

4.3.3.5.2 La chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique est organisée selon un principe de gradation des soins, formalisée, contractualisée entre ses membres et connue des professionnels et du grand public.

Trois catégories d'établissements prennent en charge des enfants :

- Les centres de chirurgie pédiatrique de proximité : ils peuvent prendre en charge les enfants à partir de 1 an en activité programmée et à partir de trois ans en activité programmée et non programmée. Entre un et trois ans, les possibilités de prise en charge sont adaptées aux compétences de chaque centre. Le périmètre d'activité de chaque centre sera défini précisément dans la convention qu'il passe obligatoirement avec un centre spécialisé ou référent régional ;

- les centres de chirurgie pédiatrique spécialisés : ils disposent d'une équipe de chirurgiens à activité exclusivement pédiatrique et de locaux de chirurgie pédiatrique individualisés. En pratique, il s'agira de quelques gros centres hospitaliers ou établissements privés ;
- les centres référents régionaux de chirurgie pédiatrique. Ce sont les services les plus spécialisés, disposant d'une équipe pluridisciplinaire, pratiquant la chirurgie néo-natale et les interventions lourdes et complexes.

Cette gradation suppose une contractualisation formalisée entre ces trois types de structure : un avis doit pouvoir être demandé à tout moment au centre spécialisé ou de référence concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, télémédecine)

Les critères des centres de chirurgie pédiatrique ont été définis en l'attente d'une éventuelle parution des décrets définissants les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie. Ils précisent les moyens, l'organisation et les compétences à mettre en œuvre.

La formalisation de l'organisation fera l'objet d'un plan d'action spécifique dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, initié par l'agence régionale de santé.

4.3.4 Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SROS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de chirurgie est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Des coopérations sont également souhaitables sur la plupart des territoires, sous forme de communauté hospitalière de territoire pour les établissements publics, sans préjudice de partenariats publics privés.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

<u>Alpes de Haute Provence</u>

Maintien de la situation actuelle.

<u>Hautes Alpes</u>

Maintien de la situation actuelle.

<u>Alpes Maritimes</u>

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de 3 sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- un regroupement des activités de chirurgie dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi-sites.

- deux regroupements d'activités géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité à population concernée.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de 6 sites sur ce territoire.
Ces suppressions se traduisent par :

- un regroupement des activités de chirurgie dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi-sites.

- cinq regroupements d'activités géographiquement proches devront s'effectuer permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité à population concernée.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de 2 sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- un regroupement des activités de chirurgie dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi-sites.

- un regroupement d'activités géographiquement proches devra s'effectuer permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité à population concernée.

Vaucluse

L'organisation de l'offre de soins de ce territoire doit prendre en compte la présence de plusieurs établissements à faible activité chirurgicale, dont la pérennité n'est pas garantie compte tenu des impératifs de qualité et de sécurité et des problématiques liées à la démographie des professionnels de santé. Cette situation conduit à la suppression de 4 sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- trois regroupements d'activités géographiquement proches devront s'effectuer permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité à la population concernée.

- une disparition d'un site à très faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'organisation de la filière de prise en charge du traitement du cancer, il est prévu la création d'une implantation supplémentaire destinée à une structure de coopération spécialisée dans le traitement du cancer.

4.3.5 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Autorisation de chirurgie			
Activité de chirurgie			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Chirurgie	3	3
Hautes Alpes	Chirurgie	3	3
Alpes Maritimes	Chirurgie	21	18
Bouches-du-Rhône	Chirurgie	38*	32*
Var	Chirurgie	20*	18*
Vaucluse	Chirurgie	12	9
Total Région		**97**	**83**

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.3.6 Tableau de bord de suivi de l'activité

Indicateurs de suivi partagés avec l'établissement

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement (sur les trois dernières années).

Objectif	Indicateurs	observations
Pilotage de l'activité (I.P.A.)	Nombre de séjours en hospitalisation complète (de plus d'une journée) Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire	PMSI
Développement de la chirurgie ambulatoire	- Taux global de chirurgie ambulatoire - Taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs CNAMTS, détaillé par gestes - Taux de chirurgie ambulatoire en unité de chirurgie ambulatoire (1) (L'obtention du taux de chirurgie ambulatoire pratiquée en UCA par le PMSI nécessite le renseignement de l'UM)	PMSI, GHM en C en troisième position, hors CMD 14 et 15, (durée 0 nuit) - Indicateur déclaratif établissement
Qualité, sécurité et efficience		
Bloc opératoire	Mise en place d'un projet d'amélioration de la performance du bloc opératoire Pourcentage de patients bénéficiant d'une mise en œuvre de la check-list	Indicateur déclaratif établissement Indicateur déclaratif établissement
Mortalité – morbidité	Nombre annuel de revues de mortalité – morbidité (RMM) par service, pôle ou établissement Taux de ré-hospitalisation en chirurgie à 30 jours (1)	Indicateurs déclaratifs établissement
Maîtrise du risque Infectieux	ICALIN ICATB ICSH SURVISO Score agrégé	Indicateurs suivis nationalement
Maîtrise du risque anesthésique	Tenue du dossier d'anesthésie	Indicateur suivi nationalement
Prise en charge de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	Indicateur suivi nationalement
Coordinations d'amont et d'aval	Nombre de conventions d'amont Nombre de conventions d'aval	Indicateur déclaratif établissement
Organisation de la chirurgie pédiatrique	Plan d'actions pour développer le travail en réseau Conventions liant les établissements	Indicateurs déclaratifs établissement

(1) nécessite un relevé spécifique ou un remplissage exhaustif du PMSI

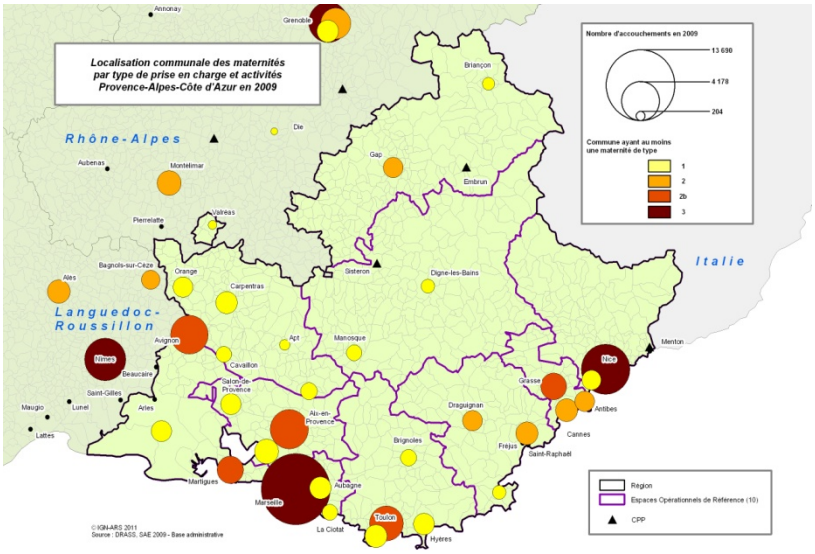
PERINATALITE

4.4 Périnatalité

4.4.1 Les éléments du contexte

4.4.1.1 Bilan de l'existant

L'offre en périnatalité



Une activité des maternités en augmentation mais une démographie médicale qui va poser des problèmes dans le fonctionnement des établissements

Activité des maternités[14]

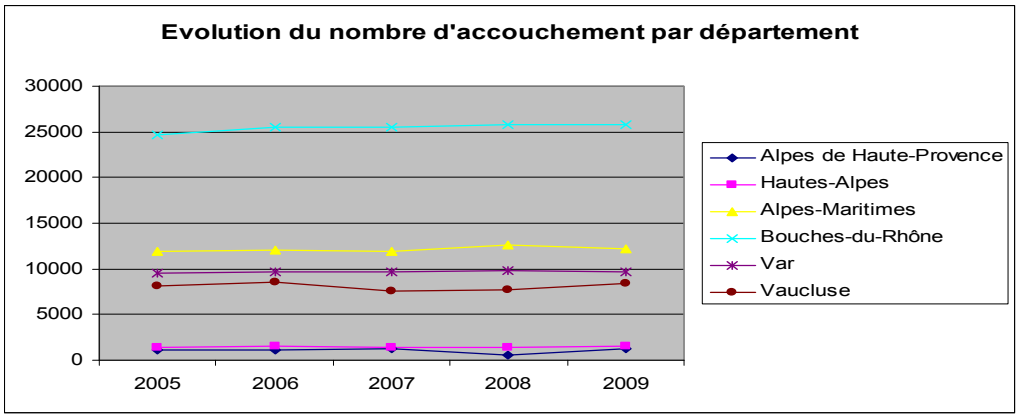
58 986 accouchements en 2009 (une augmentation de 3,5% d'accouchements en 5 ans).

42 maternités (30 publiques et 12 privées) dont l'activité en 2009 se répartit de la façon suivante :

Nombre d'accouchements annuels		< 300[15]	300-499	500 – 999	1000 – 1499	1500 – 2000	> 2000	TOTAL
Type 1	Public	2	3	8	5			18
	Privé		2		1	3		6
Type 2	Public				5			5
	Privé					1	3	4
Type 2b	Public			1		2	1	4
	Privé					1	1	2
Type 3	Public						3	3
	Privé							
Total	Public	2	3	9	10	2	4	30
	Privé		2		1	5	4	12
Total région		2	5	9	11	7	8	42

[14] Données SAE 2009

15 En 2010, on compte une seule maternité dont l'activité est inferieure au seuil d'activité réglementaire (la seconde étant en train de s'organiser en CPP).



[16]

Des naissances[17] en augmentation mais un taux de prématurité qui progresse

En 2009, on dénombrait 61031 naissances[18] dont 58 169 uniques et 1944 multiples dans les établissements de santé. Cette proportion est stable depuis 2005.

1,7% des naissances ont été dénombrées pour des jeunes femmes de moins de 20 ans et 1,35% des naissances concernent des grands prématurés avant 33SA alors qu'elles ne représentaient, en 2005, que 0.9% des naissances.

Récapitulatif des équipements en gynécologie obstétrique[19]

Territoire	Nbre de femmes 15-49 ans	Taux d'équipement en lits et places pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	% de césariennes	Nombre total d'accouchements	% accouchements par territoire
Alpes de Haute Provence 160906 hab.	32 962	1,21	20%	1 188	2,0%
Hautes-Alpes 137234 hab.	28 345	1,73	15%	1 530	2,6%
Alpes-Maritimes[20] 1082847 hab.	242 077	1,33	19%	12 150	20,6%

[16] Données SAE de 2005 à 2009
[17] En établissements de santé
[18] Données PMSI 2009
[19] SAE 2010
[20] Hors équipements et activité de la Principauté de Monaco

Bouches-du-Rhône 1978164 hab.	470 654	1,65	18%	25 782	43,9%
Var 1014826 hab.	212 570	1,26	19%	9 668	16,5%
Vaucluse 542953 hab.	121 982	2,05	18%	8 506	14,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	**1108590**	**1,54**	**18%**	**58824**	
France métropolitaine SAE 2010		0,8			

Démographie médicale[21]

	gynécologues médicaux			gynécologues obstétriciens			pédiatres			sages femmes		
		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans
Alpes de Hautes-Provence	4	1	25%	9	6	67%	8	4	50%	38	3	8%
Hautes-Alpes	2	2	100%	11	1	9%	13	5	38%	54	10	19%
Alpes-Maritimes	39	28	72%	125	58	46%	160	71	44%	279	73	26%
Bouches-du-Rhône	117	59	50%	219	100	46%	330	134	41%	673	167	25%
Var	26	15	58%	89	41	46%	108	48	44%	320	81	25%
Vaucluse	14	9	64%	60	30	50%	53	21	40%	210	35	17%
Paca	**202**	**114**	**56%**	**513**	**236**	**46%**	**672**	**283**	**42%**	**1574**	**369**	**23%**

En janvier 2009[22], la région Paca disposait d'une démographie médicale dans le domaine de la périnatalité globalement satisfaisante sauf sur certaines zones critiques notamment les départements des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

[21] Données ADELI au 1er janvier 2010
[22] Données DRESS

Des indicateurs concernant la périnatalité proches de la moyenne française malgré une précarité importante, source de difficultés de suivi et d'inégalité d'accès aux soins

Un fort taux d'IVG avec une progression des IVG médicamenteuses en ville, à poursuivre, et une offre de soins essentiellement publique pour les IVG instrumentales.

4.4.1.2 Les évolutions prévisibles

4.4.1.2.1 La démographie des professionnels : une évolution à surveiller

La région Paca est relativement bien dotée en ce qui concerne la démographie médicale dans le domaine de la périnatalité sauf sur quelques zones déficitaires mais la situation pourrait rapidement apparaître critique sur un nombre important de territoires, notamment sur les départements les moins dotés en professionnels avec :

- une moyenne d'âge de plus de 55 ans (essentiellement pour les professions de gynécologues et pour les pédiatres, la population médicale des sages-femmes étant plus jeune) ; un taux de féminisation des professionnels supérieur à 50% ;
- et de manière plus générale une modification des modalités d'exercice (exercice à temps partiel et abandon progressif de l'exercice en établissement pour les pédiatres libéraux).

4.4.1.2.2 Les maternités en région Paca

La région Paca compte 42 maternités dont 30 publiques et 12 privées. Elle dispose de 24 maternités de type 1, 9 maternités de type 2a, 6 maternités de type 2b et 3 maternités de type 3.

En 2009, deux maternités ne dépassaient pas 300 accouchements et leur évolution est en cours d'organisation.

4.4.1.2.3 L'évolution des pratiques

Des difficultés dans la prise en charge d'amont et d'aval

L'implication des médecins généralistes, des pédiatres, des sages-femmes libérales et des services de PMI dans la prise en charge périnatale, dans le cadre des réseaux de périnatalité, est à renforcer.

De plus, du fait de la diminution importante des durées de séjour en maternité, des besoins importants d'accompagnement lors du retour à domicile sont exprimés tant par les professionnels que par les usagers.

Des conditions de sécurité à améliorer

La gestion anticipée des risques périnataux, y compris des hémorragies de la délivrance, est à améliorer, en relation avec les plateaux techniques de radiologie interventionnelle.

Une prise en compte de l'environnement psychologique de la mère et de l'enfant insuffisamment évaluée

Un dépistage précoce et un suivi des enfants vulnérables insuffisant et hétérogène

Il existe en PACA comme en France une tendance à la hausse des déficiences et handicaps d'origine périnatale. Le dépistage précoce et la prise en charge ne peuvent se faire que dans le cadre de réseaux organisés, et du développement de structures d'accueil adaptées.

4.4.2 Objectifs

4.4.2.1 Donner à toutes les femmes la possibilité de choisir le moment de la grossesse

Améliorer l'accès à la contraception

- Favoriser les conditions d'accessibilité financière aux dispositifs de contraception et de protection des MST, notamment auprès des populations précaires en particulier celles issues de l'immigration, et celles, des jeunes (améliorer l'information en établissement scolaire et l'accès aux centres de planification).

- Renforcer la formation des professionnels sur les techniques contraceptives et plus particulièrement des médecins généralistes sur toute la région (Diplôme inter universitaire). Développer l'expérience menée sur Marseille[23] par les étudiants en médecine auprès des établissements scolaires sur la contraception.

Garantir l'accès à l'IVG sur tout le territoire et ceci dans le respect des délais réglementaires.

- Garantir la réalisation des interruptions volontaires de grossesse en toute circonstance par les établissements publics de santé.

- Améliorer dans tous les territoires l'offre d'IVG médicamenteuses en ville en lien étroit avec l'hôpital sur tous les territoires de la région Paca.

4.4.2.2 Garantir l'accessibilité financière pour la femme, la mère ou l'enfant

Chaque établissement doit s'engager à garantir une équité sociale dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Il doit notamment fournir une information précise sur ses tarifs hôteliers (et ne facturer les suppléments afférents que dans le cadre d'une demande exprimée par le patient ou son entourage) et décrire l'ensemble des mesures mises en œuvre pour garantir l'accessibilité financière dans son contrat d'objectifs et de moyens.

4.4.2.3 Améliorer l'accès et la qualité du suivi de la grossesse

- Porter une attention particulière à l'accompagnement social et médical des femmes enceintes confrontées à la précarité.

  Pour cela il est nécessaire d'intégrer les partenaires sociaux et associatifs dans les réseaux de périnatalité.

- Permettre à chaque femme enceinte de devenir actrice de sa grossesse en construisant un projet de suivi de grossesse et de naissance. Ceci doit être fait à l'occasion de la consultation de début de grossesse réalisée par un professionnel compétent et informé appartenant au réseau de soins périnatals (gynécologue-obstétricien, sage femme, médecin généraliste, PMI).

- Repérer les troubles relationnels pendant la grossesse entre les parents et l'enfant à venir est une priorité.

[23] Expérience du Pr. Bretelle

- La grossesse doit être le moment de la construction d'une relation harmonieuse entre les parents et leur futur enfant. Le repérage et la prise en charge des risques psychosociaux par un soutien précoce à la parentalité permettent de prévenir la maltraitance, mais aussi la psychopathologie infantile et adolescente L'ensemble des maternités doit pouvoir bénéficier de la compétence d'un psychologue à même de dépister les difficultés maternelles pouvant être à l'origine d'un trouble du lien de parentalité. Ces psychologues doivent être en lien avec les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles et adultes. Il faut sensibiliser au sein de chaque maternité l'ensemble du personnel.

- L'entretien prénatal précoce (quatrième mois de grossesse) représente un moment privilégié pour dépister des troubles relationnels. Il est rappelé la nécessité d'effectuer cet entretien aux alentours de la 16ème semaine. Il doit le plus souvent possible être proposé à chaque femme par l'ensemble des intervenants (gynécologues, médecins généralistes, sage femmes). Cet entretien ne peut être efficace sans une réelle collaboration entre les intervenants et une transmission d'informations (en respectant les règles régissant le secret médical). Il est nécessaire de formaliser les collaborations entre sage femmes libérales, PMI, établissements de santé.

- Il est indispensable que les sages-femmes et les médecins qui souhaitent réaliser ces entretiens soient formés et connaissent les recommandations professionnelles, les dispositifs administratifs existants et puissent être en relation avec les réseaux de prise en charge spécifiques.

- L'implication des PMI, sur cette question, est capitale et doit continuer à se développer dans chacun des départements de la région.

- Il conviendrait de développer des staffs de parentalité avec les professionnels des maternités, les équipes de psychiatrie (adultes et enfants) si nécessaire, les professionnels libéraux et les services de PMI, pour identifier de manière conjointe et concertée les femmes présentant des critères de vulnérabilité et nécessitant un suivi attentif.

- Garantir un suivi de grossesse conforme aux recommandations de bonnes pratiques avec un recours à l'expertise immédiat chaque fois que nécessaire (réseau périnatalité et télémédecine).

  Ceci impose une formation adaptée des professionnels qui assurent le suivi de la grossesse à toutes ses phases.

- Améliorer la prise en charge des addictions pendant la grossesse

  - **Le tabagisme**

  La prévention du tabagisme doit constituer une politique forte concernant tous les intervenants de la périnatalité, compte tenu des enjeux de cette prévention aussi bien pour la santé des parents que des enfants si le sevrage tabagique est poursuivi au-delà de l'accouchement.

  L'accès aux consultations anti-tabac hospitalières doit être facilité et les démarches de lutte contre le tabac soutenues.

  - **L'alcool**

  Un travail de formation des professionnels de la périnatalité doit être conduit, ainsi que l'engagement d'actions sur cette thématique.

- **La toxicomanie**

Il convient de la repérer précocement et de l'accompagner avant, pendant et après la naissance, afin de réduire les complications au cours de la grossesse, et l'importance des syndromes de sevrage du nouveau-né à la naissance.

Les femmes enceintes recevant un traitement de substitution par la méthadone nécessitent un suivi et un accompagnement spécifique durant toute la durée de leur grossesse.

Il convient donc de développer la formation des intervenants en périnatalité au repérage des consommations de toxiques, de développer le lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie dans les maternités, enfin de mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus compétentes pour répondre à leurs difficultés.

- Développer l'HAD en périnatalogie pour les grossesses à risque nécessitant un suivi spécifique, afin de permettre aux femmes dans ces situations particulières de rester dans leur environnement familial et social tout en bénéficiant de la qualité du suivi nécessaire.

- Tendre à la mise en place d'une consultation pédiatrique anténatale systématique ou au moins l'organisation de consultations de puériculture

4.4.2.4 Adapter le niveau de la médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né et faire de la naissance un moment privilégié au cours duquel l'environnement consolide le lien qui s'est établi pendant la grossesse entre la mère et son enfant

- Encourager la mise en place de « zone physiologique de naissance » à l'intérieur des maternités. En effet ceci permettra :

  - aux sages femmes libérales, qui ont suivi la grossesse, de réaliser l'accouchement ;

  - de ne pas déstabiliser les organisations médicales en place dans les maternités ;

  - d'offrir aux femmes un environnement personnalisé.et sécurisé grâce à l'unité de lieu.

- Généraliser « les soins de développement » dans toutes les maternités. Les établissements doivent s'efforcer de rapprocher la mère et l'enfant pendant les premières heures de la vie en améliorant les organisations en place, notamment pour les parturientes qui nécessitent une césarienne.
  Si l'enfant doit être hospitalisé, il faut favoriser la présence de la mère auprès de son enfant (maison des parents, unité kangourous, chambre avec accompagnant) et favoriser les retransferts des nouveau-nés dès que l'état de l'enfant ne justifie plus d'une prise en charge en réanimation néonatale ou en soins intensifs, vers une unité néonatale plus proche du domicile parental.

- Mieux prendre en compte la dimension psychosociale autour de la naissance. Le développement de la prise en charge psychologique dans les maternités passe par des collaborations entre les professionnels de la naissance, les équipes de psychologues présents dans les services et les équipes de psychiatrie, enfants et adultes. Encourager la mise en place *d'unités accueillant la mère et son enfant* permettant de prendre en charge les altérations de la relation entre la mère et le nouveau-né vulnérable avant le retour familial. Ces unités doivent naitre d'une coopération entre les services de pédopsychiatrie, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique.

- Promouvoir l'allaitement maternel, chaque fois qu'il est souhaité, même lorsque l'enfant est hospitalisé (« tire-lait » avec conservation du lait maternel).
  Des actions d'information auprès des jeunes, rappelant ses avantages et écartant les idées fausses, doivent être menées.

- Permettre à toutes les femmes, quelle que soit la maternité où elles accouchent, de bénéficier d'un environnement leur apportant les mêmes garanties de sécurité de la naissance. Sur chaque site, les exigences de sécurité imposent une permanence médicale de gynécologues obstétriciens, d'anesthésistes, de pédiatres et de sages femmes rendant nécessaires le maintien des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles. Renforcer la formation permanente des professionnels, notamment dans les champs de la sécurité en salle de naissance et à la prise en charge des nouveau-nés en détresse dans les maternités de types 1 et 2, où les équipes sont moins habituées aux urgences inopinées.
  Toute maternité doit pouvoir bénéficier, à tout instant, de l'avis technique d'une maternité de référence, par convention. Ce point sera précisé dans les CPOM.

- Anticiper la nécessité de regrouper des plateaux techniques afin de garantir la sécurité et la qualité des soins (difficultés liées à la démographie médicale et au respect des normes réglementaires).

  Lorsqu'une restructuration s'avère nécessaire, elle aboutit à une proposition de fermeture d'un lieu d'accouchement et à sa transformation en CPP. Il est important :
  - que ce centre de proximité soit lié à un ou plusieurs établissements assurant les accouchements,
  - que le personnel soit rattaché à l'un de ces établissements,
  - qu'une collaboration soit instituée entre tous les acteurs de la périnatalité du secteur.

- Evaluer le besoin d'accueil en réanimation néonatale. Une étude prospective sur les nouveaux nés pris en charge en service de néonatologie, en région Paca permettra de préciser la part des nouveau-nés relevant éventuellement d'un type 3 en référence aux préconisations de la Société Française de néonatologie. En fonction des résultats, une augmentation des capacités des réanimations néonatales de la région pourrait être acceptée.

- Prendre en charge, sans délai et partout, le risque hémorragique.

Cette réponse d'urgence passe bien sûr par une coordination optimale entre le réseau et les équipes de SAMU ainsi que les structures qui délivrent les produits sanguins labiles (PSL)

La survenue d'une hémorragie obstétricale ou d'une anémie aigue du nouveau né sont rarement prévisibles et mettent en jeu le pronostic vital. Leurs prises en charge lourdes et complexes comportent notamment une transfusion sanguine en urgence.
L'anticipation des besoins transfusionnels représente donc un enjeu majeur de sécurité et de qualité des soins. Elle repose sur la connaissance du groupage sanguin et de l'éventuelle présence d'anticorps irréguliers par la structure en charge de la délivrance des produits sanguins labiles (EFS ou dépôt de délivrance) afin qu'elle s'assure de la disponibilité de produits compatibles au moment de l'entrée en salle de naissance. Cela peut parfois même nécessiter la recherche, l'acheminement, la mise en réserve de produits particuliers, voire la décongélation de concentrés globulaires issus de la banque de sang rare du Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins à Paris.

Il convient donc que l'équipe médicale s'assure au cours du dernier mois de grossesse que le groupage sanguin et la recherche des anticorps irréguliers ont bien été pris en compte par la structure qui assurera la délivrance en cas de besoin.

L'accès aux techniques interventionnelles en radiologie doit permettre, chaque fois que c'est possible d'éviter une hystérectomie d'hémostase. Un travail d'optimisation de l'offre régionale existante doit répondre à cet objectif.

4.4.2.5 Après la naissance

Préparer et accompagner la sortie de la maternité

- Généraliser une consultation du nouveau né au huitième jour (différent de l'examen de sortie de la maternité). Mettre à la disposition des familles le numéro de téléphone d'un référent au niveau du réseau pour appeler en cas de difficultés à domicile.
  Le rôle des médecins libéraux (pédiatres et généralistes) et de la PMI est capital dans ce suivi du nouveau-né notamment pour les nouveau-nés vulnérables. Il faut encourager la signature de conventions entre les maternités et les services de PMI afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs.

- Encourager le dépistage de la surdité et la vaccination par le BCG pour les nouveaux nés issus de groupes à risque lors de l'examen de sortie de la maternité ou de l'examen du huitième jour.

- Organiser une prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité par l'ensemble des professionnels (PMI, sage femme libérales, praticiens libéraux…). Encourager la mise en place d'ateliers de puériculture, de rencontres de jeunes parents.
  Le passage à domicile d'une puéricultrice ou d'une sage femme (libérale ou PMI) permet de renforcer le lien avec la cellule familiale en général, de poursuivre les soins et de faciliter la poursuite de l'allaitement.
  Il faut, pour que cette action soit efficace, une information réciproque et rapide entre les équipes à domicile et les équipes pédiatriques de la maternité. Des conventions sont à promouvoir entre les services des conseils généraux et les maternités.

  Le médecin de l'enfant (qu'il soit pédiatre ou généraliste) doit être systématiquement informé de la naissance de l'enfant et de son état de santé à la sortie de la maternité. Il doit aussi pouvoir entrer en contact avec les équipes pédiatriques de la maternité pour bénéficier si nécessaire de leur recours ou de leur expertise.

  Ces dispositions doivent être généralisées sur l'ensemble du territoire régional.

- Développer l'HAD au service du nouveau-né malade, en lien avec les services de réanimation néonatale. L'HAD après la naissance doit être explorée comme un moyen de rapprocher la mère et son nouveau-né du domicile familial.

Prévenir le handicap et la maladie, et le cas échéant, donner toutes les chances à l'enfant de pouvoir malgré cela s'épanouir dans un milieu social et éducatif adapté à ses difficultés et intégré dans la cité.

- Garantir en tout point du territoire une réponse de qualité et une coordination de la prise en charge de la maladie chronique et du handicap.

- Organiser un suivi spécifique des grands prématurés au long cours.

  Les équipes qui ont pris en charge ces enfants dans les maternités de niveau 3 doivent piloter le suivi en s'appuyant sur les réseaux de périnatalité.

  Ce suivi doit pouvoir être entrepris, pour ne pas alourdir l'inquiétude parentale, au plus près du lieu de vie familial. Il est donc indispensable :

  - d'apporter une formation spécifique pour tous les intervenants médicaux et soignants en charge de le mettre en œuvre ;

- de garantir la présence de ces équipes formées sur l'ensemble du territoire ;
- d'apporter aux équipes les ressources nécessaires leur permettant de réaliser ces examens très longs et complexes.

- Faciliter l'intégration des nouveaux nés malades ou handicapés grâce :
  - au développement de la coordination entre les différents intervenants qui assurent ces prises en charge : les centres de références et de compétences, les centres de PMI, les CAMSP et les SESSAD, mais aussi les médecins traitants et les paramédicaux libéraux. Cette coordination doit s'appuyer sur des moyens techniques modernes de communication ;
  - à la généralisation de cette prise en charge coordonnée à toute la région.

4.4.2.6 Coordination

Obtenir une harmonisation des réseaux en périnatalité

- Continuer les travaux d'harmonisation entre les trois réseaux et s'assurer que leurs recommandations soient mises en œuvre de manière identique sur l'ensemble de la région afin de converger vers un regroupement.

  Mettre en place des interfaces avec les réseaux des régions limitrophes qui agissent dans ces zones frontalières.

- L'organisation des soins en réseau implique, pour chaque professionnel, complémentarité et partage d'informations. Ce partage d'informations est un outil essentiel de la continuité des soins.

  Le carnet de maternité est l'outil le plus simple pour partager l'information. Une meilleure utilisation doit être favorisée par des mesures incitatives.

4.4.2.7 Amélioration de la connaissance

Doter la région PACA d'un outil informatique performant concernant la périnatalité
Pour améliorer l'organisation des transferts et permettre une évaluation exhaustive de la politique de prise en charge des grossesses et des nouveaux nés un outil informatique doit être réfléchi au niveau régional

Connaître le profil des femmes ayant le plus recours à l'IVG pour mieux cibler les actions de prévention
Poursuivre l'exploitation des bulletins d'IVG, en améliorant la saisie et le retour des données par les établissements. Les CPOM traduiront cet engagement.

4.4.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Maintien de la situation actuelle.

Alpes maritimes

Sur ce territoire pourrait être envisagée la création d'une unité de néonatologie supplémentaire conditionnée au regroupement d'activités de gynécologie obstétrique, afin d'offrir une prise en charge sécurisée et de qualité et de faire face à la diminution du nombre de professionnels de santé.

Bouches du Rhône

L'analyse des besoins et la nécessité de faire face à la pénurie de pédiatres néonatologistes conduisent à la fermeture d'un site de soins intensifs de néonatalogie dans une zone géographique suffisamment dotée.

L'optimisation de la prise en charge des femmes et des nouveaux nés justifie le regroupement d'unités disposant d'une autorisation de gynécologie obstétrique, avec une activité peu importante. Grace à la mutualisation des moyens humains ces regroupements permettront, le cas échéant, la création d'unités de néonatologie en répondre au besoin d'une zone dépourvue de ce type d'offre.

Var

La pénurie des professionnels (gynécologues, pédiatres), l'optimisation de la prise en charge des femmes et des nouveaux nés et la pérennisation de la permanence des soins, conduisent au regroupement des activités de gynécologie-obstétrique d'un établissement multi-sites, avec la mise en place corrélative d'un Centre périnatal de proximité (CPP). Ce dispositif garantit la qualité et la sécurité de la naissance et permet un suivi de proximité de la femme enceinte et du nouveau-né. Ce regroupement se traduit par la suppression d'un site sur le territoire.

Vaucluse

Afin de satisfaire aux obligations règlementaires, de répondre aux impératifs de sécurité et de faire face à la pénurie des professionnels de santé, il est prévu la fermeture de la structure de gynécologie obstétrique à plus faible activité. Dans le même temps pour permettre un suivi de proximité de la femme enceinte et du nouveau-né un CPP sera mis en place. Le besoins de la population est suffisamment couvert avec les sites existants.

4.4.4 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Activités de soins de gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale

Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Haute Provence	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	**1**	**1**
	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**2**	**2**
Hautes Alpes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	**1**	**1**
	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**2**	**2**
Alpes Maritimes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	**1**	**1**
	Gynécologie obstétrique	3	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	2	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	1	1

	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**7**	**6**
Bouches-du-Rhône	Centre périnatal de proximité	0	0
	Total de centres périnataux de proximité	**0**	**0**
	Gynécologie obstétrique	5	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	3	5
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	4	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	2	2
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**14**	**13**
Var	Centre périnatal de proximité	0	1
	Total de centres périnataux de proximité	**0**	**1**
	Gynécologie obstétrique	5	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**8**	**7**
Vaucluse	Centre périnatal de proximité	1	2
	Total de centres périnataux de proximité	**1**	**2**
	Gynécologie obstétrique	5	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatologie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	**7**	**6**
Total régional de Centres Périnataux de proximité		**4**	**6**
Total régional des implantations d'activité de gynécologie obstétrique		**40**	**36**

4.4.5 Indicateurs de suivi de l'activité des établissements de santé

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement (sur les trois dernières années).

Objectif	Indicateurs	Observations
Pilotage de l'activité	- Nb d'accouchements réalisés - nb d'accouchements avec péridurale - nb de naissances -nb de césariennes - nb de décès maternels - nb de décès de nouveau-nés - nb de nouveau-nés répartis par poids de naissance et âge gestationnel - *Pour les CPP* : Nb et type de consultations réalisées	PMSI déclaratif établissement
Garantir l'accès à l'IVG dans le respect des délais règlementaires	- nb d'IVG totales réalisées - nb d'IVG médicamenteuses réalisées	SAE
Améliorer l'accès et la qualité du suivi de grossesse	Existence d'une convention passée avec les conseils généraux (suivi PMI) - Existence de conventions passées avec les structures d'addictologie - Existence des Staffs de parentalité : nombre de réunions annuelles	déclaratif établissement
Adapter le niveau de médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né dans un environnement humanisé	- Pour les maternités de type 2 ou 3 : nb de chambres kangourou rapporté au nb de lits de néonatologie - existence d'un espace physiologique de naissance - nb de professionnels de santé formés à la sécurité en salle de naissance, par catégorie - existence d'une convention avec une maternité de référence pour solliciter des avis techniques - délai d'accès aux concentrés globulaires et au plasma sanguins - existence d'un protocole de suivi immuno-hématologique des femmes enceintes permettant à la structure qui délivre les produits sanguins d'avoir les résultats au cours du 8ème mois de grossesse	déclaratif établissement
Préparer et accompagner la sortie de la maternité	- Nb de conventions passées avec des sages femmes libérales sur l'accompagnement des sorties de maternité - pourcentage de nouveaux nés ayant bénéficié du dépistage de la surdité à la naissance	déclaratif établissement d Réseau
Prévenir le handicap et la maladie après la naissance	-nb de prématurés de moins de 33 semaines -nb de prématurés de moins de 33 semaines suivis par âge (jusqu'à 4 ans) - Nb de professionnels de santé formés au suivi des grands prématurés par catégorie de professionnels	Réseau

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET DIAGNOSTIC PRENATAL

4.5 Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN)

4.5.1 Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (IA).

4.5.1.1 Bilan de l'existant

4.5.1.1.1 Offre : 12 activités de soins, 8 centres clinico-biologiques et 11 laboratoires autorisés à pratiquer la préparation de sperme en vue d'une insémination artificielle

La liste des activités et les implantations par territoire sont détaillées en dernière page. Pour une meilleure lisibilité, ces activités peuvent être regroupées en 4 catégories :

- **l'activité d'insémination artificielle (IA)**
  Elle est pratiquée par des gynécologues ou gynécologues obstétriciens, selon des règles de bonnes pratiques fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé. Cette activité clinique n'est pas soumise à autorisation ou planification. En revanche, l'ARS autorise l'activité biologique complémentaire de l'insémination artificielle dénommée : « préparation et conservation du sperme en vue d'une IA ». Cette activité de préparation du sperme est exercée :
  - soit par les laboratoires existants au sein des 8 centres AMP clinico-biologiques
  - soit par les 11 laboratoires de biologie médicale, indépendants, qui n'ont que cette activité en AMP. Leurs bilans annuels d'activité montrent une extrême disparité dans leurs implantations et dans leurs activités. Certains laboratoires ont cessé d'eux-mêmes leur activité en déclin, depuis le précédent SROS. D'autres présentent des bilans d'activité très faibles. Il n'existe pas de seuil d'activité minimale préconisé au niveau national.

- **les activités relatives à la « conception in vitro »** incluant la ponction d'ovocytes, la préparation et conservation de sperme, la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, le transfert d'embryon, la conservation d'embryons,
  Elles sont pratiquées uniquement dans les **8 centres clinico-biologiques d'AMP**. Les constats sont les mêmes que dans le SROS 3 : il n'y a pas d'argument en faveur d'une insuffisance de l'offre (pas de longs délais d'accès ni aux premiers rendez-vous, ni à la première Fécondation in vitro (FIV). Les 8 centres ne sont pas saturés.

- **les activités liées au « don »** de gamètes ou d'embryons.
  En l'état actuel de la législation, seuls les organismes à but non lucratif sont autorisés à pratiquer ces activités. En PACA, ces activités existent dans **les deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)**:
  - pour le don de spermatozoïdes, l'activité repose sur un nombre restreint de donneurs qui mériterait d'être augmenté, notamment à Nice ;
  - pour le don d'ovocytes :
    - au CHU de Nice, l'activité est optimisée depuis 2010 (en 2011, 45 donneuses et délai d'attente des receveuses : 12 à 18 mois)
    - au CHU de Marseille, la caducité de l'autorisation a été prononcée en 2008 ; une nouvelle demande d'autorisation est déposée à l'ARS.
  - et pour le don d'embryons, le CHU de Marseille détient 1 autorisation pour toute la région, ce qui est considéré comme suffisant mais nécessite une collaboration effective de l'ensemble des centres clinico-biologiques d'AMP.

- **l'activité liée à la préservation de la fertilité**,

Cette activité biologique permet à toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, de bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure et à son bénéfice exclusif, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité.

La « conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux » est autorisée sur 4 sites en région PACA : 3 sites à Marseille (Bouches du Rhône) et 2 sites à Nice (Alpes Maritimes).

4.5.1.1.2 Besoins : une approche à développer

On dispose de peu d'informations sur les besoins. En effet, l'AMP n'est pas, de fait, la seule réponse à l'infertilité, les couples pouvant renoncer à la procréation ou adopter. Pour approcher le besoin, on peut étudier la consommation de soins.

L'absence de liste d'attente et des délais assez rapides d'accès aux premières consultations, sont souvent avancés comme indicateurs favorables d'accès aux soins en AMP. Néanmoins, il convient de s'assurer également de l'accessibilité géographique et financière à ces activités de soins.
En revanche, le **don d'ovocytes** est particulièrement difficile d'accès faute d'offre suffisante en région. Les couples recourent fréquemment à des centres étrangers. L'estimation des besoins serait pour la région Paca, de 120 à 480 couples par an.[24]

Les taux de recours
La plupart des activités en AMP sont effectuées sans hospitalisation ; il s'agit de consultations et d'actes cliniques et biologiques. La traçabilité de ces actes dans le champ privé libéral est possible au travers des informations de l'Assurance Maladie. Toutefois, les mêmes actes effectués dans les hôpitaux publics ne donnent lieu qu'à des recueils annuels globalisés sans caractéristiques des patients. Ces données n'ont donc pas pu faire l'objet d'une exploitation.
En revanche, la **« ponction d'ovocytes »** est le plus souvent liée à un « séjour » repérable dans le PMSI quel que soit le statut de l'établissement public ou privé. Le nombre de séjours, les caractéristiques des femmes dont leur âge et leur domicile, le lieu où est effectuée la ponction sont des éléments qui peuvent être recueillis en routine via le PMSI. Cela a permis une étude du **taux de recours à l'AMP avec FIV**[25] pour les femmes domiciliées en Paca.
Les résultats de la première requête effectuée sur l'année 2009, montrent un taux de recours significativement inférieur du département des Alpes de Haute Provence. Des requêtes PMSI seront effectuées chaque année avec les mêmes critères, pour suivre cette tendance.

L'insémination artificielle
Un travail d'analyse en lien avec les laboratoires et les correspondants cliniciens libéraux doit permettre de mieux comprendre les flux des couples pris en charge, les modalités d'accès et d'approcher les besoins par territoire de santé.

Conservation des gamètes et tissus ovariens à usage autologue
Devant les progrès réalisés dans le traitement du cancer et l'amélioration globale du pronostic au cours des dernières années, la prise en compte des effets collatéraux des traitements sur la fertilité est nécessaire, ouvrant des perspectives vers l' « après-cancer ».
Les besoins sont à évaluer auprès des établissements traitant des cancers. Un travail collaboratif est en cours entre le réseau régional de cancérologie (ONCOPACA) et les centres clinico-biologiques des 2 CHU. Le second plan cancer (2009-2013) prévoit :

- une action visant à faciliter l'accès à des « plateformes de cryobiologie associées aux *CECOS*[26] pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer ».

---

[24] Rapport IGAS sur le don d'ovocytes février 2011
[25] Pas de notion d'un taux de recours national sur la ponction d'ovocytes
26 Ancienne appellation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons

- un programme d'actions spécifiques pour les adolescents atteints de cancer, notamment en prévenant les séquelles chez les enfants et adolescents parvenus à l'âge adulte.

On constate un déficit d'information des personnes concernées et de leurs proches mais également des professionnels : médecins exerçant en cancérologie, mais aussi les soignants intervenant dans le dispositif d'annonce et la coordination des soins, au niveau de chaque établissement autorisé à traiter le cancer.

4.5.1.2 Objectifs généraux et spécifiques

4.5.1.2.1 Améliorer la connaissance

- Développer l'information des professionnels, des patients et de leurs familles sur l'éventuelle toxicité des traitements et les possibilités de préservation de la fertilité avant les traitements[27] , plateforme régionale (mini-site internet et ligne téléphonique unique régionale (indigo) ;
- organiser en lien avec le réseau ONCOPACA, le recueil d'informations sur les patients pris en charge pour la conservation à usage autologue des gamètes ou tissus (origine géographique, sexe, âge…) en distinguant les conservations effectuées hors cancer, le recueil d'information sur l'activité spécifique (actes et typologie) ;
- recueillir des informations sur la stimulation ovarienne et l'insémination artificielle permettant d'approcher les besoins par territoire de santé, en lien avec l'assurance maladie. Améliorer l'analyse des besoins en matière d'insémination artificielle par des travaux avec les praticiens libéraux et les laboratoires ;
- poursuivre chaque année l'analyse du taux de recours à la ponction d'ovocytes par l'analyse du Programme de médicalisation des systèmes d'information (nomenclature des séjours hospitaliers (PMSI).
-

4.5.1.2.2 Réduire les inégalités d'accès à l'AMP (territoriales, sociales, économiques)

- en les objectivant par les études ci-dessus ;
- en améliorant les parcours des couples (information) ;
- en améliorant la complémentarité entre les centres (conventions).

4.5.1.2.3 Adaptations et complémentarité de l'offre en matière d'AMP

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

- **Le don d'ovocytes** : créer 2 implantations sur un même site, pour les 2 activités (l'une clinique et l'autre biologique) concernées par le don d'ovocytes, dans le territoire des Bouches du Rhône. Ces activités seront à vocation régionale en complément des mêmes activités développées dans les Alpes Maritimes :
    - Une activité clinique de « prélèvement d'ovocytes en vue de don » ;
    - Une activité biologique de « préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ».

- **La préservation de la fertilité** : développer l'activité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux, notamment en lien avec le réseau ONCOPACA.
  Outre les mesures prévues spécifiquement dans l'arrêté relatif aux bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP, il est recommandé, afin d'améliorer la prise la charge des patients, que les structures autorisées offrent :

[27] rapport INCa/ Agence de la biomédecine et volet cancérologie du SROS

- un accueil téléphonique avec personnel formé à cette thématique, au niveau du centre clinico-biologique ;
- des consultations spécifiques de préservation de la fertilité pour adultes, enfants et adolescents, des deux sexes, avec un dispositif permettant une réponse adaptée en urgence. Le dossier médical doit stipuler la pathologie et/ou les traitements source d'infertilité potentielle ;
- des staffs pluriannuels pluridisciplinaires (biologistes, endocrinologues, oncologues, pédiatres…) et inter-établissements, avec mise en place d'une traçabilité des décisions prises ;
- une organisation permettant une conservation à long terme des tissus et gamètes avec tenue de registres sur une durée minimale de trente ans

- **L'insémination artificielle** :
  - Suppression de deux activités biologiques, de faible activité, de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle l'une dans le territoire des Bouches-du-Rhône et l'autre dans le territoire du Var. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par les autres titulaires d'autorisation des territoires de santé concernés
  - La collaboration entre le clinicien et le biologiste est impérative, dans la prise en charge et les indications comme dans le suivi des résultats (grossesses naissances).
  - Il est recommandé que ces laboratoires collaborent étroitement avec un centre clinico-biologique d'assistance médicale à la procréation.
  - Il n'est pas prévu de nouvelles implantations de laboratoires de biologie médicale, pour l'activité de « préparation de sperme en vue d'une IA », en l'absence de justification d'une file active suffisante, pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

4.5.1.2.4 Améliorer les conditions de prise en charge des activités d'AMP

- inspection contrôle de l'ensemble des centres et laboratoires AMP sur les années 2011-2012 (objectif national et européen) :
  - en insistant notamment sur les conditions d'accueil et la prise en charge psychologique

4.5.1.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé en matière d'autorisation d'assistance médicale à la procréation

Territoire de santé	Activités cliniques	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Haute Provence	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Hautes Alpes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Alpes Maritimes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	**2**	**2**
	Prélèvement de spermatozoïdes	**2**	**2**
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	**2**	**2**
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	**1**	**1**
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Bouches-du-Rhône	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	**4**	**4**
	Prélèvement de spermatozoïdes	**3**	**3**
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	**4**	**4**
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	**1**
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	**1**	**1**
Var	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	**1**	**1**
	Prélèvement de spermatozoïdes	**1**	**1**
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	**1**	**1**
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Vaucluse	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	**1**	**1**
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	**1**	**1**
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0

A titre informatif, récapitulatif pour l'ensemble de la région PACA

PACA	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	**8**	**8**
	Prélèvement de spermatozoïdes	**6**	**6**
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	**8**	**8**

	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	**1**	**2**
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	**1**	**1**

Territoire de santé	Activités biologiques	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Haute Provence	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Hautes Alpes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Alpes Maritimes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	**5**	**5**
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	**2**	**2**
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	**2**	**2**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	**1**	**1**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	**1**	**1**
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	**2**	**2**
Bouches-du-Rhône	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	**9**	**7**
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	**4**	**4**
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	**4**	**4**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	**1**	**1**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	**0**	**1**
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	**1**	**1**
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	**3**	**3**
Var	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	**3**	**2**
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	**1**	**1**
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	**1**	**1**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Vaucluse	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	**2**	**2**
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	**1**	**1**
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	**1**	**1**

	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0

A titre informatif, récapitulatif pour l'ensemble de la région PACA

PACA	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	**19**	**16**
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	**8**	**8**
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	**8**	**8**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	**2**	**2**
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	**1**	**2**
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	**1**	**1**
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	**5**	**5**

4.5.1.4 Indicateurs de suivi et d'évaluation

4.5.1.4.1 Préservation de la fertilité : (projet ONCOPACA-CHU)

Modalités d'informations des usagers, des professionnels, site internet ARS pour présentation de l'offre
Mesure de l'activité et du fonctionnement conventionnel ONCOPACA et les deux CHU :

- nombre et provenance des appels de professionnels sur la plateforme régionale téléphonique ;
- nombre de consultations fertilité et cancer ;
- nombre de patients pris en charge et typologie ;
- nombre et typologie des actes en AMP.

4.5.1.4.2 Activité de FIV

- taux de recours par territoire de santé à la ponction d'ovocytes, avec les caractéristiques, âge, domicile, (PMSI) ;
- nombre de nouvelles conventions inter-établissements ;
- création d'une offre fonctionnelle « don d'ovocytes » sur Paca ouest (ARS) ;
- suivi de l'activité « dons d'ovocytes » sur les 2 sites de la région (files actives, délai d'attente…) (rapports d'activité).

4.5.1.4.3 Insémination artificielle

Enquête sur la stimulation ovarienne et l'insémination artificielle, par territoire de santé, portant notamment sur

- les files actives et l'origine géographique des couples ayant recours à ces procédés (enquête à prévoir) ;
- la consommation de médicaments stimulant l'ovulation, par territoire de santé.

4.5.1.4.4 Amélioration des conditions de fonctionnement des activités AMP

Nombre d'inspections / an
Nombre de mesures d'amélioration effectivement mises en œuvre au décours

4.5.2 DPN

Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée.

Les laboratoires d'analyses

Les analyses du diagnostic prénatal sont réalisées dans des laboratoires d'analyses implantés tant en secteur public qu'en secteur privé, lesquels sont autorisés par l'Agence régionale de santé pour une durée de 5 ans renouvelable. Les activités et les rendus de résultats ne sont plus placés sous la responsabilité de praticiens agréés[28] par l'Agence de la Biomédecine pour 5 ans.

Les analyses portent sur les domaines :

- de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques,
- de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire,
- de génétique moléculaire,
- du diagnostic des maladies infectieuses,
- d'hématologie,
- d'immunologie.

Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)

L'ensemble des activités doit être encadré par les équipes pluridisciplinaires autorisées par l'Agence de la biomédecine au sein du CPDPN dont la composition est réglementairement définie.

4.5.2.1 Bilan de l'existant

CPDPN

3 implantations étaient prévues (2 à Marseille et 1 à Nice) et 2 centres sont actuellement autorisés (Marseille)

Les laboratoires autorisés au diagnostic prénatal en 2011

La région Paca compte : 14 laboratoires disposant de 16 autorisations pour les domaines suivants :

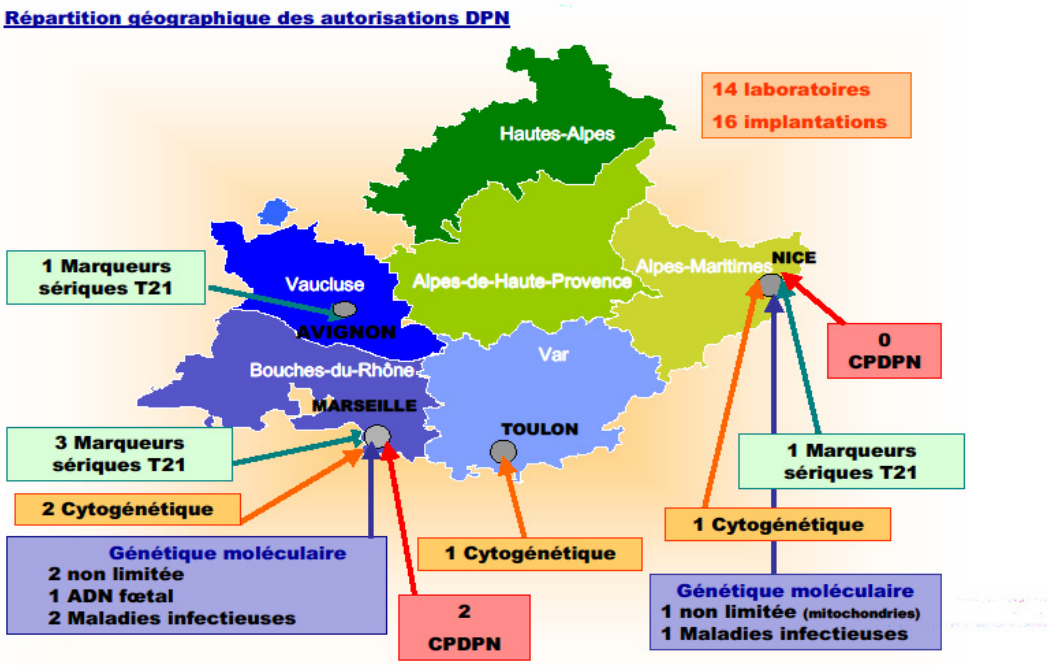
- 3 autorisations pour le diagnostic des maladies infectieuses ;
- 4 autorisations en génétique moléculaire ;
- 4 autorisations en cytogénétique ;
- 5 autorisations pour la biochimie des marqueurs sériques de la trisomie 21 dans le sang maternel (MSM T21)

<u>88% autorisations en secteur public</u>
25% cytogénétique et cytogénétique moléculaire
25% génétique moléculaire
19 % diagnostic des maladies infectieuses
19 % MSM T21

<u>12% autorisations en secteur privé</u>
MSM T21

<u>La répartition géographique des autorisations en Paca est la suivante :</u>

[28] *Adoption en juillet 2011 de la loi de bioéthique qui supprime les agréments jusqu'alors octroyés par l'Agence de la biomédecine*



Les laboratoires d'analyses privés qui réalisent les marqueurs sériques de la trisomie 21 sont implantés dans les grandes agglomérations : Avignon, Marseille et Nice.

Les autres laboratoires sont implantés dans les grands centres hospitaliers de l'APHM, le CHITS de TOULON et le CHU de NICE.

Les analyses sont très spécialisées et les départements des Hautes Alpes et des Alpes de Haute-Provence sont dépourvus d'implantation. Pour autant les besoins sont satisfaits par la transmission d'échantillons d'analyse vers des laboratoires prestataires internes ou externes à Paca.

4.5.2.2 Objectifs généraux du SROS

4.5.2.2.1 Recommandations générales

- Améliorer le suivi des taux des issues de grossesses et tisser des liens avec les 3 CPDPN.
- Développer l'emploi des conseillers en génétique
- Favoriser les coopérations inter laboratoires et améliorer la lisibilité en matière d'offre de soins auprès des partenaires ambulatoires
- Inciter à utiliser l'offre régionale en matière de DPN (marqueurs sériques et caryotypes)
- Favoriser la participation des laboratoires aux contrôles externes de la qualité
- Suivre l'entrée du laboratoire dans la démarche d'accréditation

4.5.2.2.2 Orientations pour les CPDPN

Conforter le rôle et la place du CPDPN en matière d'expertise, de recours et d'animation sur le plan régional,

Coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent au dépistage prénatal, et notamment les échographistes et les biologistes agréés pour effectuer les analyses.
En effet, il existe un bouleversement récent concernant l'évaluation du risque de trisomie 21 ; l'arrêté du 23 juin 2009 fixe les règles de bonnes pratiques en la matière. Il repose sur un dépistage combiné qui associe le dosage des marqueurs sériques et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale.

L'arrêté prévoit un contrôle qualité de l'échographie reposant sur une évaluation des pratiques professionnelles qui, doit être assurée par le réseau périnatalité. Dans ce cadre, le réseau périnatalité a vocation à coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent au DPN en lien avec le CPDPN qui constitue un pôle de compétences clinique et biologique, référence en matière d'expertise.

4.5.2.2.3 Orientations en biochimie fœtale

On dénombre 5 implantations : 1 dans le Vaucluse, 1 dans les Alpes Maritimes, 3 dans les Bouches du Rhône: 3 Laboratoires d'analyses privés et 2 laboratoires en secteur public.
Les volumes de dépistages sont comparables entre les sites de Paca (moyenne 2000/an et par site).
Ces modalités de dépistage tendent à diminuer en nombre d'actes en faveur de la venue d'une nouvelle stratégie de dépistage en cours d'évaluation dont la fiabilité et précision sont estimées à 100% : le dépistage de la trisomie 21 par dosage de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

Les enjeux spécifiques

- Organiser et structurer les relations clinico-biologiques et prévoir des partenariats entre professionnels pour répondre aux besoins de la population.
- Inciter à utiliser l'offre régionale en matière de DPN pour le dépistage de la trisomie 21 (cf. orientations CPDPN) pour faciliter la coordination avec l'échographie.

Adaptations et complémentarité de l'offre en la matière

- Il n'y a pas d'implantation de laboratoires dans les Alpes de Haute Provence, les Hautes Alpes et le Var. Les professionnels estiment que la population peut être desservie par la transmission des échantillons vers les laboratoires prestataires externes, notamment ceux de Paca. Il n'y a pas lieu de procéder à l'implantation d'autres sites.
- Il convient néanmoins d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

Indicateurs de suivi spécifique

- Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique, suivre la parution des décrets d'application, ainsi que les premiers résultats des études en cours faites par l 'AFSSAPS et l 'Agence de la Biomédecine sur l'évaluation de la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM au premier trimestre de la grossesse (arrêté du 23 juin 2009 relatif aux bonnes pratiques de dépistages).
- Suivre le volume d'activité de la nouvelle technique de dépistage des trisomies 21 par le dosage de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

4.5.2.2.4 Orientation en cytogénétique y compris la cytogénétique moléculaire

On dénombre 4 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes, 2 dans les Bouches du Rhône, 1 dans le Var.
On remarque que les volumes de dépistages sont disparates entre les sites.
A noter que 2 laboratoires privés ont cessé l'activité en 2010.

Les enjeux spécifiques

Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique et ses décrets d'application ;
Suivre les premiers résultats des études d'évaluation faites par l'AFSSAPS et l'Agence de la Biomédecine en ce qui concerne la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM du premier trimestre de la grossesse.

Adaptations et complémentarité de l'offre en la matière

- En biologie

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune ;
- Il convient de réactiver et dynamiser l'activité du secteur EST de PACA qui ne répond pas aux besoins de la population résidente ;
- Il faut mutualiser l'utilisation des plateformes de CGH array (dans le 13 et dans le 06) ;
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

- En clinique

- Organiser les consultations avancées dans le Var, le Vaucluse et les Alpes Maritimes.
- Développer par de la formation des cliniciens notamment, les prélèvements de villosités choriales dans le territoire du VAR pour permettre la réalisation des caryotypes au premier trimestre de la grossesse, en lien avec la nouvelle stratégie de dépistage des marqueurs sériques de T21 dans le sang maternel au premier trimestre de la grossesse.

4.5.2.2.5 Orientations en génétique moléculaire

On dénombre 4 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes, 3 dans les Bouches du Rhône.
Parmi elles, 2 sont des laboratoires ayant une activité de diagnostic génétique pré et postnatal adossée au centre de génétique clinique. Ces laboratoires de diagnostic génétique réalisent des tests dans des domaines spécialisés et diversifiés, (retards mentaux, pathologie neuro-musculaire, pathologie mitochondriale, endocrinienne…) selon une répartition en lien avec les réseaux nationaux de diagnostic et de prise en charge.

On recense également 1 laboratoire autorisé dans le territoire des Bouches du Rhône pour la génétique moléculaire réalisée à partir de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel. 1 laboratoire à dans les Bouches du Rhône effectue un diagnostic de certains gènes en lien avec les cancers rares héréditaires.

Les enjeux spécifiques

Suivre l'évolution de la nouvelle technique de dépistage des marqueurs fœtaux dans le sang circulant maternel.
Suivre les premiers résultats des études d'évaluation faites par l'AFSSAPS et l'Agence de la Biomédecine en ce qui concerne la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM du premier trimestre de la grossesse.
Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique et ses décrets d'application.

Adaptations et complémentarité de l'offre en la matière

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune. En cas de développement de l'activité de dépistage des Trisomies 21 dépisté à partir de fragment d'ADN fœtal dans le sang maternel, le laboratoire implanté dans les Bouches du Rhône est en mesure de répondre à la demande régionale.
- Une coopération entre les territoires des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône permettrait un partage des données.
- Il convient de développer les partenariats entre laboratoires par l'organisation de circuits de ramassage des échantillons biologiques.
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

4.5.2.2.6 Orientations en diagnostic des maladies infectieuses

On dénombre 3 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes (toxoplasmose), 2 dans les Bouches du Rhône (toxoplasmose / virologie).
Les domaines de la virologie et parasitologie sont couverts.

Adaptations et complémentarité de l'offre en la matière

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune.
- Une coopération entre les territoires des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône permettrait un partage des données entre les laboratoires.
- Il est indispensable de développer les partenariats avec les laboratoires privés d'analyse qui organisent le dépistage sérologique et le suivi des patientes en libéral. (Développer des liaisons avec les partenaires des fédérations et des syndicats).
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

4.5.2.2.7 Orientations en hématologie et immunologie

La région Paca ne dispose pas de laboratoire mettant en œuvre ces dépistages.

Adaptations et complémentarité de l'offre en la matière

L'analyse de sang de cordon à visée diagnostic est une activité de diagnostic prénatal. Il s'agit d'un examen assez rare qui ne doit être prescrit que dans le cadre du CPDPN.
Cette activité doit être autorisée sur 2 sites : 1 dans les Bouche du Rhône, et 1 dans les Alpes Maritimes.

4.5.2.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé en matière de diagnostic prénatal

Tout arrêt d'activité d'une implantation autorisée en biochimie fœtale ou cytogénétique entrainera une réévaluation du besoin.

Territoire de santé	Analyses de diagnostic prénatal	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	analyses de génétique moléculaire	0	0
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0

	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Hautes Alpes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	analyses de génétique moléculaire	0	0
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Alpes Maritimes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	1	1
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1
	analyses de génétique moléculaire	1	1
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses toxoplasmose (incluant les analyses de biologie moléculaire)	1	1
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	1
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
Bouches-du-Rhône	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	2	2
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2
	analyses de génétique moléculaire*	3	3
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses toxoplasmose et virologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	2	2
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	1
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	3	3
Var	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1
	analyses de génétique moléculaire	0	0
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0

Vaucluse	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	analyses de génétique moléculaire	0	0
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1

total région implantations en DPN par catégories d'analyses	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	3	3
	analyses de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	4	4
	analyses de génétique moléculaire*	4	4
	analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses (incluant les analyses de biologie moléculaire)	3	3
	analyses d'immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	0	0
	analyses d'hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire)	1	2
	analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	5	5

* dont une implantation spécialisée dans le dépistage à partir de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel (diagnostic prénatal non invasif- DPNI)

4.5.2.4 Modalités de suivi

Les modalités de suivi des objectifs selon les critères de satisfaction suivants :

- l'entrée dans la démarche d'accréditation des laboratoires ;
- la participation des laboratoires à des contrôles de qualité externes de la qualité ;
- l'emploi de conseillers en génétique ;
- « l'appartenance » du laboratoire à un centre de compétence ou de référence ;
- la mise en évidence des flux d'examens par le suivi des communes (ou département) d'origine des patients pris en charge en interne et/ou le suivi des communes (ou département) d'origine des prescripteurs d'examens ;
- la bonne application des cotations et recommandations de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale lorsque les actes font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;
- l'évolution des volumes d'activités des « B » (lettre de codage de l'acte) et « BHN » pour les actes hors nomenclature.

PSYCHIATRIE

4.6 Psychiatrie

4.6.1 Le contexte

- L'offre (Statiss 2010) en psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) et en psychiatrie générale (PGle)

Les lits d'hospitalisation complète (HC) et les places d'hospitalisation de jour (HDJ) et de nuit (HDN).

	HC (Lits)				HDJ, HDN (places)			
	PUBLIC		PRIVE		PUBLIC		PRIVE	
	PIJ	PGle	PIJ	PGle	PIJ	PGle	PIJ	PGle
04	/	146	/	/	32	65	/	/
05	8	125	/	/	21	33	/	/
06	9	675	22	280	22	287	72	10
13	20	1092	33	1194	153	641	67	12
83	27	426	/	389	95	164	/	20
84	18	461	/	97	144	271	/	12
PACA	**82**	**2904**	**55**	**1960**	**467**	**1461**	**139**	**54**

La région dispose par ailleurs de 414 lits de réhabilitation réinsertion en psychiatrie générale appartenant à 5 cliniques privées et un établissement ex PSPH. Suite à la redéfinition en 2009[29] de l'activité et des missions des établissements de post cure, ces lits viennent s'ajouter aux capacités autorisées en psychiatrie générale avec le maintien d'une orientation et d'une spécificité de prise en charge en réhabilitation réinsertion.

A noter que :

- 3 cliniques psychiatriques de post-cure font l'objet d'une reconversion en médico-social,
- En date du 18 décembre 2009 une maison d'enfants à caractère sanitaire a été autorisée à une activité de psychiatrie infanto-juvénile dans le département des Hautes-Alpes.

Taux d'équipement au 1er janvier 2010

Tauxd'équipement / 1000 habitants	**04**	**05**	**06**	**13**	**83**	**84**	**PACA**	**France**
Enfants 0-16 ans Lits HC	-	0,32	0,16	0,14	0,15	0,17	0,15	0.16
Equipement global (lits et places)	1,19	1,33	0,66	0,73	0,71	1,79	0,87	0.93
population >16 ans Lits HC	1,13	1,15	1,06	1,42	0,96	1,24	1,21	1.10
Equipement global (lits et places)	1,76	1,57	1,42	1,86	1,19	1,92	1,62	1.53

- L'activité (SAE 2010)

[29] Les décrets du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation et l'instruction DHOS du 22 juillet 2009 ont nécessité la réalisation d'une analyse de l'activité des établissements de post cure psychiatrique pour déterminer leur devenir.

Les séjours

		04	05	06	13	83	84	PACA
HC	P Gle	46 381	39 368	345 024	867 753	302 875	179 471	1 780 872
HC	PIJ	0	576	9 325	12 421	5 850	2 703	30 875
HC	P. pénitentiaire	0	0	0	8 085	0	0	8 085
HC	**Total journées**	**46 381**	**39 944**	**354 349**	**888 259**	**308 725**	**182 174**	**1 819 832**
HDJ	P Gle	32 067	5 756	47 841	122 241	36 633	52 004	296 542
HDJ	PIJ	6 750	4 393	18 816	32 922	15 051	22 080	100 012
HDJ	P. pénitentiaire	0	0	2 753	0	0	0	2 753
HDJ	**Total venues**	**38 817**	**10 149**	**69 410**	**155 163**	**51 684**	**74 084**	**399 307**

Les taux de recours

Nombre de journées de psychiatrie adulte pour 10.000 habitants en 2009 par territoire de santé (source DGOS)

Alpes sud	Alpes nord	Alpes Maritimes est	Alpes Maritimes ouest	Bouches du Rhône nord	Bouches du Rhône sud	Var est	Var ouest	Vaucluse Camargue	PACA	Médiane nationale
5 573	4 654	3 901	2 587	3 631	5 592	2 257	4 827	5 105	4 468	3628

- Les professionnels de santé

Les psychiatres libéraux et salariés exclusifs (Statiss 2010)

	04	05	06	13	83	84	PACA
Psychiatres libéraux	7	5	192	396	99	53	**752**
Psychiatres salariés exclusifs	14	14	159	238	89	74	**588**
Total	**21**	**19**	**351**	**634**	**188**	**127**	**1340**

Les psychiatres hospitaliers, postes budgétés

Départements	Budgétés		Vacants	
	T Plein	T partiel	T Plein	T partiel
Alpes-de-Haute-Provence	15	2	0	2
Hautes-Alpes	16	0	3	0
Alpes-Maritimes	80	6	20	1
Bouches-du-Rhône	196	63	16	16
Var	82	15	11	6
Vaucluse	69	7	6	2
PACA	**458**	**93**	**56**	**27**

15% des postes de psychiatres sont vacants dans les hôpitaux de la région.

• Commentaires

En 2011, les 62 secteurs de psychiatrie générale de la région disposent tous de lits d'hospitalisation complète (de 17 à 102 lits selon les secteurs) et de places d'hôpital de jour et de nuit (de 4 à 45 places selon les secteurs).

Les taux d'équipements en hospitalisation complète en psychiatrie générale sont supérieurs à la moyenne nationale. L'hospitalisation privée représente 45% de l'équipement régional.
Le recours à l'hospitalisation et les ré-hospitalisations sont élevés dans la région (cf. taux de recours régional versus national) et un certain nombre de ces séjours pourrait certainement être évité par le recours à l'ambulatoire et aux alternatives à l'hospitalisation.
Le niveau des équipements ambulatoires et en alternative à l'hospitalisation est très hétérogène selon les territoires (de 0,23 à 0,68 place/habitant de plus de 16 ans[30]). De plus le recours aux alternatives à l'issue d'une hospitalisation dépend souvent des pratiques.

Actuellement les ressources sont encore trop largement affectées à l'hospitalisation complète. En effet, alors que 80% de la file active est suivie en ambulatoire et à temps partiel, la prise en charge des 20% de patients en hospitalisation complète mobilise entre 60 et 70% des moyens des établissements.

Sur la région, en 2009, le coût moyen annuel[31] par habitant pour les établissements (publics et privés) de psychiatrie s'élève à 137 €, avec une forte inégalité de répartition (fourchette allant de 79 € à 174 € selon les anciens territoires de santé mentale).

4.6.2 Les évolutions prévisibles

4.6.2.1 La démographie des professionnels de santé

Dans les prochaines années, la démographie des psychiatres va évoluer à la baisse. Toutefois, la région bénéficie encore d'une situation favorable par rapport à la moyenne française du fait de son attractivité même s'il faut noter des disparités entre les départements.
Selon les données de 2010, 51,5% des psychiatres libéraux sont âgés de 51 à 60 ans et 22% sont âgés de 60 à 65 ans.
Les psychiatres salariés exclusifs exerçant en établissement public, sont un peu plus jeunes puisque 36% d'entre eux sont âgés de 51 à 60 ans et 17% sont âgés de 60 à 65 ans.

4.6.2.2 Les structures et les pratiques

La prise en charge extra hospitalière est appelée à se développer, ce qui nécessitera :

- de renforcer le dispositif ambulatoire constitué par les Centres Médico Psychologiques 'ou (CMP) et par les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (ou CATTP) et l'hospitalisation à temps partiel (HDJ, HDN), selon les recommandations édictés au paragraphe relatif aux adaptations et complémentarités de l'offre du présent volet afin d'éviter notamment le recours à l'hospitalisation complète et certaines ré-hospitalisations ;
- d'optimiser le travail dans la cité grâce à une réelle mobilité et réactivité des équipes de secteur.

[30] STATISS 2010

[31] Total des DAF psy des établissements public plus montant des remboursements versés aux cliniques psychiatrique privées rapporté à la population du territoire

4.6.3 Les objectifs

Les orientations nationales définies dans le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS recommandent d'assurer une répartition équilibrée des différentes modalités de prise en charge, (...) de réserver l'hospitalisation complète aux personnes qui relèvent de cette prise en charge (...) et d'organiser des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients (...).

Par ailleurs, dans son guide des politiques et des services de santé mentale de 2005, l'OMS précisait que le principe de la solution la moins restrictive exige que le traitement soit toujours administré aux personnes dans des milieux qui affectent le moins possible leur liberté personnelle, leur statut et leurs privilèges dans la communauté, notamment leur aptitude à continuer de travailler, à se déplacer et à s'occuper de leurs affaires. En pratique, cela signifie qu'il faut promouvoir les traitements au sein de la communauté et ne recourir au milieu institutionnel que dans des circonstances rares.

En lien avec la notion de parcours de vie et de soin, la réflexion relative à l'organisation des soins devra donc s'établir à trois niveaux :

- l'amont de la prise en charge dans les dispositifs sanitaires de psychiatrie ;
- le parcours du patient au sein de ces dispositifs sanitaires ;
- l'aval de la prise en charge à la sortie du dispositif sanitaire.

4.6.3.1 Organiser le parcours du patient en psychiatrie générale

4.6.3.1.1 De l'amont à l'aval de la prise en charge dans les dispositifs sanitaires de psychiatrie

<u>Les médecins généralistes</u>

L'intégration des dispositifs sectorisés de la psychiatrie comme élément de la prise en charge de premier recours et la connaissance de ces dispositifs par les généralistes constituent les préalables à la mise en œuvre d'un parcours de vie et de soins fluide et sans rupture.

Une meilleure connaissance des dispositifs de soins du secteur psychiatrique, le renforcement de la formation initiale et continue, l'appropriation des recommandations de bonne pratique sont nécessaires aux médecins généralistes pour leur permettre :

- d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles mentaux ;
- d'orienter si besoin le patient vers le psychiatre ;
- d'assurer le suivi du patient en lien avec le psychiatre.

<u>Les urgences</u>

Les urgences psychiatriques représentent 10 à 15% de l'activité totale des urgences médicales et sont en constante augmentation dans tous les établissements de la région. Il convient donc de :

- réguler les urgences psychiatriques :
  - en amont, éviter d'arriver à la situation d'urgence : prise en charge rapide en CMP ou en médecine libérale ;
  - en aval, en organisant un suivi après la sortie : consultations post urgences, hospitalisations brèves, parfois hôpital de jour, relai avec le secteur ou le médecin libéral ;

- organiser le transport du patient :

Dans le cadre de la loi du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, le transport du patient entre son domicile et l'établissement de santé doit être amélioré ;

- organiser la permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES) en psychiatrie en lien avec les urgences.

Le patient au sein des dispositifs sanitaires

Faire évoluer les pratiques en passant par une redéfinition de la répartition des moyens des établissements pour la rapprocher de la réalité de la file active des patients pris en charge. Il conviendra donc de rééquilibrer les moyens en personnels médicaux et non médicaux entre les lieux de soin.

Le dispositif ambulatoire et l'hospitalisation à temps partiel doivent être développés en priorité, afin d'éviter le recours à l'hospitalisation et les ré hospitalisations.

Une étude des taux de recours, des modalités d'organisation et de la patientèle de chaque établissement sera réalisée avec le soutien de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM).

- La prise en charge au cœur de la cité : la règle

  Le CMP, situé au sein de la communauté, est la « structure pivot » de la prise en charge.
  Il convient de :
  - réduire les délais d'attente en déterminant sur chaque territoire un CMP intersectoriel disposant de plages horaires élargies ;
  - renforcer la mobilité des équipes de CMP pour des prises en charge à domicile, en lien avec le médecin traitant.

  L'HDJ lieux de soins à temps partiel, est une structure essentielle de proximité. Il convient de :
  réaffirmer les missions de l' HDJ et sa place dans le parcours du patient ;
  développer son maillage et suivre sa mise en place, selon les recommandations édictées au paragraphe relatif aux adaptations et complémentarités de l'offre du présent volet.

- La prise en charge en hospitalisation complète : une modalité parfois nécessaire mais toujours transitoire. Il convient de :
  - réserver ce type de prise en charge aux seules situations qui en relèvent, pour un temps
  - limité dans le parcours de soins ;
  - réaliser une évaluation régulière de la situation médico-psycho-sociale du patient et organiser sa sortie avec la mise en place de relais (sanitaires, sociaux ou médico-sociaux).

- La réhabilitation-réinsertion psychosociale : un travail indispensable.

  Il convient :
  - d'assurer, à partir de certains établissements la réinsertion qui constitue une amorce fondamentale pour le rétablissement du patient et fait partie intégrante de son parcours ;
  - d'accompagner le programme national "médiateurs de santé-pairs" du Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) avec le recrutement de 10 médiateurs de santé sur la région. L'originalité de ce dispositif consiste à intégrer les médiateurs de santé, des usagers ayant une expérience significative de rétablissement d'un trouble psychiatrique, au sein des services de psychiatrie de plusieurs établissements de la région. Une

évaluation de ce programme est prévue par une équipe de chercheurs coordonnée par le CCOMS.

- de faciliter la participation des usagers et des associations de familles, ce qui permettra de favoriser l'autonomisation des patients, notamment au travers des Groupes d'Entraide Mutuelle qui constituent une modalité de compensation du handicap pour les personnes présentant des troubles psychiques.

La problématique du logement

L'accès ou le maintien dans un logement, pour lesquels l'accompagnement est essentiel, sont des difficultés majeures à la sortie de l'hospitalisation des patients stabilisés. Il est nécessaire de :

- impulser une réflexion régionale qui réunira, autour de l'ARS et de la Cohésion sociale, les municipalités, les bailleurs, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les Conseils Généraux, les établissements de santé et des associations ;
- rechercher, grâce aux échanges des partenaires réunis au sein d'un conseil local de santé mentale et avec l'appui des élus locaux, des réponses de proximité adaptées ;
- renforcer la présence de dispositif de soins psychiatrique dans la cité est la mobilité des équipes de secteur ;

 Dans le cadre des réflexions sur le logement, un lien devra être établi avec les dispositifs associatifs de type "famille gouvernante" qui proposent un accompagnement social de proximité et offrent des solutions non seulement aux problématiques de logement mais aussi d'exclusion.

Les liens avec le médico social et le social

D'après les enquêtes réalisées[32], 20% des patients sont maintenus en hospitalisation par défaut d'une solution d'aval. Cette situation, outre qu'elle peut être préjudiciable pour le patient, limite fortement les capacités d'accueil en hospitalisation des structures sanitaires.

Il convient donc, en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale, les Conseils Généraux et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées :

- d'identifier les besoins en structure d'hébergement social et médico-social, en reconduisant l'enquête sur les séjours longs réalisée en 2005 et 2008, sur la base du cahier des charges 2011 de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) ;
- d'analyser, dans le cadre de la programmation médico-sociale, les possibilités de développement de l'hébergement médico-social selon des logiques de créations et/ou de transferts de moyens ;
  - pour les patients autonomes mais nécessitant un soutien important : développement de places de Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et articulation entre les auxiliaires de vie et l'accompagnement des SAMSAH et SAVS, sous réserve de la programmation des crédits inscrits dans le PRIAC ;
  - pour les patients peu autonomes : développement de lieux d'accueil assez « contenants » (places en MAS et en FAM) sous réserve de la programmation des crédits inscrits dans le PRIAC.
- d'évaluer la possibilité de dégager des ressources de l'intra hospitalier au fur et à mesure de la réussite durable de la réorientation des patients. Il conviendra néanmoins de garder un volant de lits disponibles pour pouvoir réadmettre les patients hébergés en médico-social si nécessaire. Les établissements peuvent s'appuyer sur le guide de la MNASM pour mener leurs analyses.

[32] Enquêtes ARH 2005 et 2008 sur les patients hospitalisés en séjours longs en Paca

4.6.3.1.2 La prise en charge des populations spécifiques

Les personnes âgées

L'état des lieux dans la région Paca met en évidence :

- une offre spécifique en gérontopsychiatrie réduite et inégalement répartie, que ce soit en hospitalisation, en accueil de jour, ou en suivi ambulatoire ;
- une offre d'hébergement dans le secteur médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques réduite ;
- des articulations entre les soins psychiatriques, les soins gériatriques et le réseau médico-social le plus souvent peu formalisées et hétérogènes.

Face à ce constat, trois objectifs sont retenus :

- créer un comité départemental pour coordonner la gérontopsychiatrie, en s'appuyant sur les réseaux sanitaires et médico-sociaux (professionnels et structures et intervenants du secteur libéral, associatif, sanitaire, médico-social et sociale) ;
- mettre en place des équipes mobiles de coordination gérontopsychiatrique qui joueront un rôle majeur de liaison ;
- créer après études d'opportunité, sur les pôles urbains les plus importants des unités hospitalières départementales spécifiques de gérontopsychiatrie, pour faire bénéficier le patient d'une prise en charge de courte durée, à la fois somatique et psychiatrique.

Les personnes en situation de précarité

- développer, principalement sur les pôles urbains sensibles, les « équipes mobiles psychiatrie-précarité » pour aller au devant des personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe.
- déployer sur l'agglomération proposée dans le cadre du programme national, le dispositif "Housing First", pour donner un accès immédiat et un logement permanent aux personnes sans-abri présentant des troubles psychiques.

Les personnes détenues

Le dispositif de prise en charge sanitaire mis en place dans les établissements pénitentiaires doit être intégré dans les projets d'établissement des établissements de santé et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
Le secteur de psychiatrie générale intervient à deux niveaux : lors de l'hospitalisation d'un patient détenu et lors de la prise en charge en amont et en aval de la détention. Une bonne articulation avec les équipes psychiatriques qui interviennent en prison est indispensable pour assurer des soins de qualité (cf. SROS volet soins aux personnes détenues).

Les patients souffrant d'addictions

Du fait de comorbidités très fréquentes entre troubles psychiatriques et addictions, les secteurs de psychiatrie participent au dispositif de soins en addictologie (niveaux de recours avec prises en charge spécialisées).

4.6.3.2 La Pédopsychiatrie

4.6.3.2.1 La périnatalité, la petite enfance et les jeunes enfants

La périnatalité

Les troubles psychiques des femmes pendant la grossesse et le post partum sont relativement fréquents (10 à 15%), accessibles à un traitement, souvent préoccupants et parfois prévisibles. Il convient de :

- structurer l'articulation entre les psychologues des maternités et les services de pédopsychiatrie,
- organiser les prises en charge les mieux adaptées selon les opportunités territoriales : unité mère bébé à vocation régionale rattachée à un secteur de pédopsychiatrie, unité mère bébé rattachée à un service de pédiatrie avec participation active de la psychiatrie, unité mère bébé hôpital de jour et accueil à temps partiel spécifique, unité mobile pour permettre un travail à domicile, consultations spécialisées animées par une équipe pluridisciplinaire en liaison avec les maternités du secteur.

La petite enfance (3-6 ans) et les jeunes enfants (6-12 ans)

- Objectifs communs :

- renforcer la place centrale des Centre Médico-Psychologique (CMP) ;
- préciser la place du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) dans le dispositif de soins ;
- poursuivre le développement des hôpitaux de jour selon les recommandations édictés au paragraphe relatif aux adaptations et complémentarités de l'offre du présent volet;
- mieux définir en matière de soins et d'accompagnement, les complémentarités entre les dispositifs de secteurs sanitaires et médico social au moyen de conventions entre les CMP et d'autre part les Centres d'Accueil Médico Social Précoce (CAMSP) et les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP), en lien avec le secteur social et le schéma médico social.

- Objectifs spécifiques pour les jeunes enfants :

- évaluer la place du placement familial thérapeutique (PFT) dans la palette des dispositifs de soins ;
- évaluer le fonctionnement des unités de PFT existantes ;
- renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison intervenant dans les services de pédiatrie là où il existe un besoin non satisfait ;
- mettre en place un groupe de travail sur la prise en charge en hospitalisation des enfants de moins de 12 ans ayant des troubles importants du comportement.

4.6.3.2.2 Les adolescents 12-18 ans

La prise en charge des adolescents suppose, un travail de réseau entre les services d'urgences générales, pédiatriques, psychiatriques, les services de pédiatrie, de psychiatrie générale et les consultations pour adolescents, ainsi que les acteurs du secteur social et médico-social, notamment pour renforcer la coordination des interventions auprès des adolescents en grande difficulté.

Il convient de :

- améliorer la continuité des soins depuis les urgences jusqu'aux soins ambulatoires ;
- permettre aux adolescents d'accéder à une consultation à proximité de leur lieu de vie : CMP infanto juvénile ou adulte (pour les plus de 16 ans), ayant une consultation spécifique pour adolescents ;
- organiser les articulations entre les CMP, les Espaces Santé Jeunes et les Maisons Des Adolescents (MDA) ;
- renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison dans les services d'urgence et de pédiatrie, en fonction des territoires ;
- étudier le développement d'équipe mobile de pédopsychiatrie ;
- accueillir les adolescents de 12 à 18 ans dans toutes les structures d'hospitalisation à temps plein et à temps partiel de la région ;
- mettre en place des conventions entre les établissements publics et privés pour mieux faire face aux besoins d'hospitalisation des adolescents, y compris en urgence ;
- mieux définir les complémentarités entre le dispositif des secteurs sanitaires et le dispositif médico social et social en matière de soins et d'accompagnement ;
- assurer une meilleure articulation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour prendre en charge les adolescents de 16 à 18 ans.

4.6.3.2.3 Centres de crise

En période de rupture violente, les enfants et adolescents en très grande difficulté nécessitent une prise en charge spécifique justifiant de la création d'un centre de crise sur les deux agglomérations siègent d'établissement de référence hospitalo-universitaire.

4.6.3.3 Améliorer la qualité et l'efficience

4.6.3.3.1 Les dispositifs d'accompagnement

Faire face à la pénurie des personnels infirmiers dans les établissements de santé psychiatriques

La démographie infirmière, qui est en constante baisse dans les établissements de psychiatrie de santé publics et privés, nécessite d'améliorer et d'adapter la formation du personnel infirmier en psychiatrie pour valoriser et rendre attractive la spécialité.

Améliorer la connaissance

Mettre en œuvre le groupement d'intérêt public (GIP) de recherche et d'épidémiologie en psychiatrie prévu dans le SROS 3.

4.6.3.3.2 L'éducation thérapeutique

Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique, notamment pour les troubles psychotiques, particulièrement auprès des populations vulnérables (y compris la population pénitentiaire).

Cette éducation thérapeutique peut se réaliser en maillant une démarche éducative de la part des médecins traitants et l'offre de programmes d'éducation thérapeutique structurés et autorisés par l'ARS.

4.6.4 Recommandations en matière d'organisation de l'offre

4.6.4.1 Psychiatrie générale

4.6.4.1.1 Hospitalisation complète

L'implantation de nouveaux sites d'hospitalisation complète sur des établissements disposant d'un service d'urgence et non dotés à ce jour d'hospitalisation complète en psychiatrie se fera par transfert partiel de l'activité des établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Ceci pour répondre à une logique de rapprochement des équipements des populations desservies et de renforcement du maillage des dispositifs de secteur. Par ailleurs, en regard des taux d'équipements affichés au paragraphe relatif au contexte du présent volet, l'implantation d'équipements supplémentaires pourra être envisagée par transfert partiel d'activité provenant d'un territoire plus équipé en matière d'hospitalisation complète.

L'implantation, sur un établissement de santé disposant de l'ensemble de la filière gériatrique, d'une unité spécifique de gérontopsychiatrie, telle que décrite au paragraphe relatif à la prise en charge des populations spécifiques du présent volet sera à décliner sur la zone géographique apportant une réponse optimale aux besoins de la population concernée sur le territoire des Bouches-du-Rhône.

4.6.4.1.2 Alternatives à l'hospitalisation

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, en réponse à plusieurs cas de figure :

- par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de jour situés au sein des établissements de santé;

- par création de nouveaux sites pour les territoires les moins pourvus de ce type d'équipement dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels quand ce type d'équipement fait défaut

- par création de nouveaux sites pour compléter les équipements d'hospitalisation complète existants pour les établissements disposant d'hospitalisation complète et non dotés de ce type d'équipement,

- par redéploiement partielle d'activité d'hospitalisation complète pour les territoires les plus équipés, ceci en regard des taux d'équipements affichés au paragraphe relatif au contexte du présent volet,

Pour chaque établissement proposant de l'hospitalisation complète, un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit pourra être créé, s'il n'en dispose pas déjà.
Chaque établissement de psychiatrie sectorisé qui ne dispose pas d'autorisation d'Appartement Thérapeutique et/ou de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'accueil.

4.6.4.2 Psychiatrie Infanto Juvénile

4.6.4.2.1 Hospitalisation complète :

En renforcement des dispositifs sectoriels existants et pour répondre à une logique de prise en charge globale des adolescents la création d'un site d'hospitalisation complète en milieu urbain est prévue sur le bassin de population le plus important des Bouches-du-Rhône par regroupement des trois sites existants.

4.6.4.2.2 Alternatives à l'hospitalisation

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, en réponse à plusieurs cas de figure :

- par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de *jour situés au sein des* établissements de santé;

- par création de nouveaux sites, prioritairement en milieu urbain et sur les grandes communes qui n'en disposent pas, en regard des taux d'équipements affichés au paragraphe relatif au contexte du présent volet ,ceci dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels ou pour compléter les équipements d'hospitalisation complète existants,

Les établissements proposant de l'hospitalisation complète en psychiatrie infanto juvénile pourront créer un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit, s'ils n'en disposent pas déjà

Chaque établissement de psychiatrie sectorisé qui ne dispose pas d'autorisation de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'accueil.

4.6.5 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires.

Alpes de Hautes Provence

Psychiatrie générale :

Hospitalisation complète :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert partiel d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile :

- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur un pôle urbain dépourvu de cette offre.
- renforcement de la collaboration avec le secteur 05I01 des Hautes Alpes et le secteur 13I08 pour l'hospitalisation temps plein des adolescents.

Hautes Alpes

Psychiatrie générale :

Hospitalisation complète :

- fermeture d'un site d'hospitalisation complète déjà intervenue et reprise de l'activité sur un site existant.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert total d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, dans le cadre du renforcement des dispositifs sectoriels,
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière,
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création d'une autorisation.

Appartements thérapeutiques :

- création d'une autorisation.

Psychiatrie infanto-juvénile

- poursuite de la collaboration avec le secteur 04I01 des Alpes de Haute Provence, pour l'hospitalisation temps plein.
- coordination des activités de pédopsychiatrie des sites autorisés.
- analyse de l'activité de l'unité d'hospitalisation complète du secteur 05I01 en vue d'un éventuel redimensionnement
- création d'une unité d'hospitalisation partielle de nuit.

Alpes Maritimes

Psychiatrie générale :

Hospitalisation complète :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert partiel de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières.
- création de 4 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour pour des établissements qui n'en disposent pas,
- création de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, par renforcement des dispositifs sectoriels,
- création de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour, hors de l'enceinte hospitalière, dans les localités du territoire sur lesquelles sont implantés un établissement disposant d'un service d'urgence,
- création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de quatre autorisations.

Appartements thérapeutiques :

- création de deux autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert total de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières,
- créations de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour dans les localités du département sur lesquelles sont implantés un établissement disposant d'un service d'urgence,
- création de 1 site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de 3 autorisations

Centre de Crise :

- création d'un site sur un établissement disposant d'urgences pédiatriques

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation complète :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence,
- création d'unité gérontopsychiatrique, telle que décrite au paragraphe relatif à la prise en charge des populations spécifiques du présent volet, sur un site disposant de l'ensemble de la filière gériatrique,
- suppression de deux sites suite à leur reconversion en structures médico-sociales permettant une meilleure adéquation des patients à la prise en charge effectivement réalisée.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert partiel de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières.
- création de 10 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour pour des établissements qui n'en disposent pas,
- création de 5 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour, hors des enceintes hospitalières, dont 3 sur les deux plus grandes agglomérations et sur les zones où ce type d'équipement fait défaut, dans le cadre d'un renforcement des dispositifs sectoriels,
- création de 13 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création d'une autorisation.

Appartements thérapeutiques :

- création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation complète :

- une collaboration devra être établie entre le secteur 13I08 et le secteur 04I01 en ce qui concerne l'hospitalisation complète des adolescents des Alpes de Haute Provence.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert total de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières,
- transfert partiel de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières,
- création de 4 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, dans le cadre d'un renforcement des dispositifs sectoriels
- création de 4 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de 5 autorisations

Centre de Crise :

- création d'un site sur un établissement disposant d'urgences pédiatriques et implanté dans une zone à très forte précarité sociale.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation complète :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence,
- création d'une implantation, sur une zone peu équipée, par transfert partielle d'activité d'un

établissement du territoire des Bouches-du-Rhône,
- suppression d'un site par regroupement de deux établissements.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert total d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières.
- création de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour pour des établissements qui n'en disposent pas,
- création de 7 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, dans le cadre d'un renforcement des dispositifs sectoriels,
- création de 10 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de trois autorisations.

Appartements thérapeutiques :

- création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation complète :

- suppression de 1 site par fermeture de l'unité établissement de santé spécialisé en psychiatrie.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert total de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières,
- création de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, dans le cadre d'un renforcement des dispositifs sectoriels
- création de 3 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de 1 autorisation

Vaucluse

Psychiatrie générale

Hospitalisation complète :

- création de trois implantations, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie, sur des établissements disposant d'un service d'urgence,

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert partiel d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour hors de l'enceinte hospitalière, dans le cadre du renforcement des dispositifs sectoriels,
- transfert de l'activité d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour situé en intra-hospitalier sur deux sites existants hors de l'enceinte hospitalière,
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur une zone dépourvue de cette offre, dans le cadre d'un renforcement des dispositifs sectoriels,
- création de 5 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Centre de crise :

- création de 3 sites sur des établissements disposant d'hospitalisation complète en psychiatrie et d'un service d'urgence.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation complète :

- suppression d'une implantation située hors de l'enceinte hospitalière, par regroupement de cette activité sur l'unité existante en intra hospitalier.

Hospitalisation à temps partiel :

- transfert partiel de 2 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour hors des enceintes hospitalières,
- création de 1 site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

4.6.6 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Activités de psychiatrie													
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011						Implantations 2016					
		Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour	Hospitalisation à temps partiel de nuit	Placement familial thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour	Hospitalisation à temps partiel de nuit	Placement familial thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise
Alpes de Hautes Provence	Psychiatrie générale	1	5	1	1	1	0	2	7	2	1	1	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	0	3	0	1		0	0	4	0	1		0
Hautes Alpes	Psychiatrie générale	4	2	2	1	1	0	3	4	3	2	2	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	4	0	1		0	2	4	1	1		0
Alpes Maritimes	Psychiatrie générale	11	16	3	1	3	3	12	27	10	5	5	3
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	6	0	0		0	2	9	1	3		1

Bouches-du-Rhône	Psychiatrie générale	23*	30	6	5	3	4	23*	48	19	6	6	4
	Psychiatrie infanto-juvénile	5	17	0	1		0	5	23	4	6		1
Var	Psychiatrie générale	13*	13	1	1	1	1	14*	23	11	4	4	1
	Psychiatrie infanto-juvénile	4	8	0	2		0	3	10	3	3		0
Vaucluse	Psychiatrie générale	4	20	1	1	1	1	7	22	6	1	1	4
	Psychiatrie infanto-juvénile	3	10	0	1		0	2	12	1	1		0
Total Région de sites autorisés en psychiatrie générale		**56**	**86**	**14**	**10**	**10**	**9**	**61**	**131**	**51**	**19**	**19**	**12**
Total Région de sites autorisés en psychiatrie infanto-juvénile		**16**	**48**	**0**	**6**	**0**	**0**	**14**	**62**	**10**	**15**	**0**	**2**

*dont hôpital d'instruction des armées

4.6.7 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d'autorisation (sur les trois dernières années).

- nombre de journées d'HC en psychiatrie et nombre de venues en HDJ, en psychiatrie générale et en PIJ ;
- taux de ré hospitalisation dans les 30 jours pour un problème de santé mentale dans l'année ;
- file active en HC et file active en extra hospitalier ;
- proportion des personnels affectés sur l'extra hospitalier ;
- nombre de visites à domicile (ou substitut) faites à partir des secteurs ;
- nombre de patients hospitalisés ayant pu accéder à un logement accompagné dans l'année ;
- nombre de patients hospitalisés ayant fait l'objet d'un placement en structure médico-sociale dans l'année ;
- dépenses en euro par habitant pour les services de psychiatrie publics ;
- nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé ;
- évolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

4.7 Soins de suite et de réadaptation (SSR)

4.7.1 Contexte

4.7.1.1 Un nombre élevé de lits de SSR et un nombre élevé de structures de faible capacité

160 * implantations de SSR adultes sont autorisées au 31/01/2011

SSR ADULTES PAR TERRITOIRE	T 04		T 05		T 06		T 13		T 83		T 84	
Modalités de prise en charge	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
Total implantations dont mentions spécialisées :	*14*	*2*	*12*	*3*	*35*	*6*	*57**	*20**	*25*	*9*	*16*	*3*
' affections de l'appareil locomoteur	3	1	2	2	6	5	15	11	6	5	4	2
' affections du système nerveux	1	-	1	1	4	4	9*	7	4	3	1	1
' affections cardiovasculaires	-	1	1	2	2	-	6*	5	2	3	1	1
' affections respiratoires	-	1	2	2	1	-	3*	2	2	1	1	-
' affections du système digestif, métabolique et endocrinien	-	1	1	1	2	1	5	2	1	1	-	-
' affections liées aux conduites addictives	-	-	1	-	1	-	2	-	1	-	-	-
' affections onco hématologiques	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
' affections des brûlés	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
' affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance	2	-	3	-	8	-	13	-	8	-	4	-

- HC : Autorisation d'hospitalisation complète / HdJ : Autorisation d'hospitalisation à temps partiel de jour
- * y compris l' hôpital d'instruction des armées du territoire 13
- dans le territoire du var, n'est pas pris en compte l'hôpital San Salvadour (qui dépend de l'AP-HP et qui n'a pas déposé de demande d'autorisation dans la région PACA en 2010)
- dans tous les territoires, ne sont pas pris en compte les établissements ayant bénéficié d'une autorisation dérogatoire pour 2011.

15 implantations de SSR sont autorisées pour la prise en charge des enfants et adolescents dont 5 avec activité spécifique enfants adolescents exclusive

SSR ENFANTS PAR TERRITOIRE	T 04		T 05		T 06		T 13		T 83	
Modalités de prise en charge	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
Total implantations Dont mentions spécialisées :	-	*2*	*4*	-	*2*	*2*	*1*	*2*	*7*	*5*
affections de l'appareil locomoteur		1					1	2	2	2
affections du système nerveux	-	-	-	-	-	-	1	2	2	2
affections respiratoires	-	-	3	-	-	-	-	-	1	1
affections du système digestif, métabolique et endocrinien	-	1	-	-	1	1	-	-	1	1
affections des brûlés	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

7**

Capacités
La région PACA dispose d'un équipement en lits supérieur à la moyenne nationale. Seul le département de Vaucluse conserve un taux inférieur à cette moyenne (source DREES, SAE 2009) :

- taux d'équipement moyen régional : 2,37 lits et 0,12 place pour 1000 habitants ;
- taux d'équipement moyen national : 1,69 lit et 0,12 place pour 1000 habitants.

Capacités adultes
(Source SAE 2010) rapportées à la population (source INSEE 2008)

Territoire (Département)	Nombre de lits adultes (>19 ans)	Ratio pour 1000 adultes	Nombre de places adultes (>19 ans)	Ratio pour 1000 adultes
04	462	3,80	5	0,04
05	769	7,47	30	0,29
06	2226	2,63	37	0,04
13	3777	2,54	301	0,20
83	2265	2,91	160	0,21
84	658	1,62	0	0,00
Région	10157	2,72	533	0,14

Il existe encore de fortes disparités d'équipement entre les 6 territoires de santé
(7,5 lits SSR/1 000 adultes dans les Hautes Alpes versus 1,6 lits dans le Vaucluse).
L'équipement du Var est proche du ratio moyen régional pour 1 000 habitants de plus de 19 ans (2,7 lits et 0,14 place).

(Source SAE 2010)

Un nombre élevé de structures de faible capacité
19 structures ne disposent pas d'une capacité de 30 lits dans le champ sanitaire (capacités SSR et médecine confondues).

Capacités enfants-adolescents

Territoire (Département)	Nombre de lits enfants (≤19 ans)	Nombre de places enfants (≤19 ans)
04	5	0
05	319	0
06	105	30
13		0
83	426	35
84		0
Région	855	65

A noter que ce tableau ne prend pas en compte les évolutions intervenues en 2011.
Dans l'analyse de la réponse aux besoins, l'indicateur de capacités en lits devra être complété par la prise en compte de la durée du séjour et de la lourdeur de la prise en charge.

4.7.1.2 Un taux de recours régional élevé en hospitalisation complète

Le taux de recours régional en SSR rend compte du recours à l'offre pour la population domiciliée en PACA, quelque soit le lieu de réalisation des séjours. Il reflète la consommation de la population.

Globalement, la consommation en SSR en hospitalisation complète des habitants de la région PACA est supérieure de 27% à la moyenne nationale.

En effet le taux de recours 2009 standardisé pour 10 000 habitants est de 6 718 journées /an au niveau régional versus 5 279 journées /an au niveau national.
A l'exception du Vaucluse (dont le taux de recours standardisé est de 4 892,7) cette « surconsommation » se retrouve sur tous les autres territoires de santé de PACA mais avec des variations notables.

A l'inverse, en hospitalisation à temps partiel, le taux de recours régional se situe un peu en deçà du taux national.

4.7.1.3 Un solde attractivité - fuite positif

- L'essentiel de l'attractivité intra régionale (60%) est liée à l'activité des établissements des Hautes Alpes et des Bouches du Rhône. L'attractivité extra régionale, production réalisée au bénéfice de patients résidant en dehors de la région Paca, concerne essentiellement deux territoires : Hautes Alpes et Vaucluse. Elle est particulièrement élevée pour les enfants et adolescents.
- Les fuites extra régionales mesurées par le nombre de journées consommées par les habitants de la région PACA en dehors de leur région (250 505 journées) sont très inférieures au nombre de journées produites par les établissements de SSR implantés en PACA au bénéfice d'habitants d'autres régions (330 706 journées) pour un total de 3 615 487 journées produites en 2009 en PACA.

Au total, le solde attractivité – fuite est de + 2% pour l'ensemble de la région.

4.7.2 Orientations générales

4.7.2.1 SSR adultes

4.7.2.1.1 Les principes

- **Le principe d'implantation** : Une implantation ne peut être autorisée que si les besoins de la population concernée par la demande d'autorisation sont supérieurs à l'offre existante sur ce même territoire.

<u>Cas particulier de l'hospitalisation à temps partiel de jour</u> :

Chaque fois qu'il existe une offre en hospitalisation complète dans la même spécialité au sein de la structure autorisée en soins de suite et réadaptation, l'hospitalisation à temps partiel de jour sera préférentiellement autorisée par substitution de lits d'hospitalisation complète pour la même spécialité :

- pour partager les mêmes équipements
- pour accompagner le retour à domicile en proposant une prise en charge intermédiaire entre l'hospitalisation complète et le domicile.
- pour proposer une offre de soins graduée sur un territoire.

- **Le principe de regroupement** : Les recommandations concernant le regroupement de deux ou plusieurs établissements sur leur territoire d'origine ou sur un autre visent :
  - à améliorer la qualité de la prise en charge des patients : plateau technique plus performant, personnels plus qualifiés, adaptation des locaux optimal,
  - à optimiser les ressources humaines : mutualiser les professionnels de santé. Ce qui facilitera le recrutement de professionnels de santé dans les territoires ou la démographie de ces personnels est insuffisante,
  - à répondre aux besoins de population concernée, sur le territoire correspondant, par le regroupement de chacun des établissements,
  - à maintenir une accessibilité géographique et financière raisonnable pour les patients.

- **Le principe de délocalisation** : Les recommandations concernant la délocalisation d'un site visent l'ensemble des objectifs précédemment décrits.

4.7.2.1.2 Préconisations générales

Améliorer l'accès aux soins

- Disposer d'une offre régionale organisée en filières avec :
  - une offre de proximité : (*un maillage de proximité*) sur chaque territoire de santé pour les activités de SSR non spécialisées, afin de répondre au mieux aux objectifs de réadaptation et de réinsertion ;
  - une offre de recours et d'expertise : répartition équilibrée des activités de SSR spécialisées qui assurent des fonctions de recours et d'expertise auprès des autres SSR, à l'échelle du territoire, de la région ou de l'inter-région ; ces activités spécialisées doivent être compatibles avec des volumes d'activité permettant de disposer des compétences médicales, des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques conformes aux décrets.

- Favoriser le passage entre structures de court séjour et structures de SSR par :
  - le développement d'accords de coopération qui seront évalués annuellement ;
  - la généralisation à l'ensemble des territoires de santé du module informatique spécifique du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), ce qui permettra de garantir l'adéquation entre le besoin des patients et leur orientation, grâce à une meilleure connaissance de l'offre de soins régionale en SSR, intégrant les mentions spécialisées autorisées.

- Faciliter par une communication auprès des libéraux l'accès direct aux SSR, notamment :
  - pour les personnes qui y ont déjà été accueillies et qui nécessitent une réévaluation de leur état et / ou de leur projet thérapeutique ;
  - pour les personnes fragiles qui ne nécessitent pas de bilans complexes mais une prise en charge ponctuelle renforcée permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences et un engorgement du court séjour.

Améliorer la qualité des soins

- Préparer l'admission en soins de suite et réadaptation (SSR) par l'évaluation préalable des besoins du patient : pour les cas difficiles, organisation d'une évaluation pluridisciplinaire des demandes d'admission et, si possible, consultation avancée d'un membre de l'équipe du SSR en court séjour.

- Elaborer un projet thérapeutique et social individualisé :
  - en impliquant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, le patient et / ou sa famille, ainsi que le médecin prescripteur de la prise en charge en SSR ;
  - en respectant les bonnes pratiques de prise en charge basées sur les référentiels de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes.

- Organiser des consultations avancées de spécialistes du court séjour en SSR pour répondre à des besoins spécifiques.

- Promouvoir l'Education Thérapeutique du Patient en hospitalisation de jour pour les pathologies prioritaires et structurer selon les textes l'éducation thérapeutique mise en place au sein des établissements de SSR.

- Préparer et accompagner la réinsertion, notamment par :
  - des échanges d'informations avec le médecin traitant (compte rendu d'hospitalisation, traitement, ...) ;
  - l'organisation de l'admission en structure médicosociale avec des temps d'échanges formalisés et protocolisés ;

- l'organisation du retour à domicile qui doit prendre en compte, dès l'entrée en établissement, la dimension médicale et sociale, les possibilités d'adaptation du logement et les possibilités de recours aux aidants (famille, équipes mobiles, SSIAD, réseaux de santé, CLIC, SAMSAH, MDPH ...) ;
- l'intervention, si nécessaire, des membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les lieux de vie du patient.

Améliorer l'efficience

- Développer des alternatives de prise en charge en hospitalisation complète en respectant les recommandations relatives aux implantations :
  - sont concernées au premier chef les prises en charge spécialisées des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, des affections cardiovasculaires, de l'appareil respiratoire et du système digestif, métabolique et endocrinien ;
  - l'implantation de ces structures d'hospitalisation à temps partiel est de nature à mieux répondre aux besoins de la population à proximité immédiate des structures d'hospitalisation temps complet situées dans les bassins de vie les plus importants;
  - les locaux d'accueil et d'hébergement ainsi que le personnel doivent être adaptés à une prise en charge à une hospitalisation à temps partiel de jour, une partie du plateau technique pouvant être partagée avec l'hospitalisation complète par le biais d'utilisation de créneaux horaires spécifiques, notamment pour les enfants et adolescents.

- Promouvoir les restructurations de telle manière que la taille des établissements leur permette de mettre en place une organisation garantissant la qualité et la sécurité des soins dans le respect de l'efficience en respectant les recommandations relatives aux regroupements et aux délocalisations.
  Il paraît souhaitable de tendre vers des tailles critiques minimales de l'ordre de 30 lits et places si les secteurs de SSR sont « adossés » à d'autres services ou 60 lits et places si l'établissement exerce une activité de SSR exclusive.

- Favoriser la communication et la coordination avec les professionnels libéraux pour développer les pratiques préventives et éviter notamment les ré-hospitalisations.

- Favoriser la communication et la coordination avec les structures médico-sociales (SSIAD, établissements et services pour personnes âgées, pour personnes handicapées) par :
  - la formalisation de conventions régulièrement évaluées entre SSR et structures d'aval, favorisant les échanges dans un partenariat équilibré et engageant les structures d'aval à établir, en cas d'hospitalisation du patient, une fiche de liaison contenant tous les éléments utiles;
  - la possibilité, pour les deux types de structures, d'accéder, par l'intermédiaire du ROR, à l'ensemble des ressources tant médico-sociales que des SSR.

Garantir l'accessibilité financière pour le patient

Chaque établissement de SSR doit s'engager à garantir, tout au long du parcours patient et quelle que soit la spécialité concernée, une équité sociale dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Il doit notamment fournir une information précise sur ses tarifs hôteliers (et ne facturer les suppléments afférents que dans le cadre d'une demande exprimée par le patient ou son entourage) et décrire, dans son contrat d'objectifs et de moyens, l'ensemble des mesures mises en œuvre pour garantir l'accessibilité financière.

4.7.2.1.3 Préconisations par type d'offre

L'offre de proximité en soins de suite et réadaptation doit être polyvalente.

Tous les établissements titulaires d'une autorisation de soins de suite et de réadaptation sont polyvalents, certains peuvent avoir en plus de leur activité polyvalente, une activité de spécialité qui nécessite une mention spécifique.

L'offre de recours et d'expertise est exercée par les établissements en soins de suite et réadaptation disposant d'une autorisation d'activité avec une mention spécialisée.

Cette reconnaissance de recours et d'expertise correspond à une activité de réadaptation intensive. Ce type d'établissement s'adresse à des patients pouvant suivre cette réadaptation intensive et aptes à accéder à une réhabilitation fonctionnelle à la fin du séjour.

SSR de recours et d'expertise pour les affections de l'appareil locomoteur

Ce type d'établissement s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation pluridisciplinaire et intensive, des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important ; ces structures sont référentes par rapport aux spécialités médicales qu'elles développent et par rapport aux autres établissements SSR qui n'assurent pas cette prise en charge spécialisée.

Chacun des six territoires de santé dispose déjà de cette offre spécialisée en hospitalisation complète. Il y a lieu:

- d'harmoniser le maillage territorial
- d'optimiser et de fluidifier cette offre spécialisée par le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein avec :
  - l'hospitalisation de jour ;
  - l'hospitalisation à domicile pour les patients porteurs d'affections de l'appareil locomoteur graves et invalidantes ;
  - les prises en charge en ambulatoire en substitution à l'hospitalisation de jour dans les situations recommandées par l'HAS.
- de mettre en place des équipes mobiles pluri disciplinaires pouvant se rendre au domicile des patients sur indications et suivi du médecin spécialisé en médecine physique et rééducation qui intervient dans l'établissement de SSR spécialisé.

Outre les éléments de la fiche A annexée a la circulaire N° DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité:

- l'élaboration et l'application de programmes de soins, à partir des parcours de soins validés par les sociétés savantes (SOFMER, SOFCOT...) et ce, dans le respect des recommandations de l'HAS ;
- l'importance de la part d'activité post traumatologique dans l'activité totale des affections de l'appareil locomoteur ;
- une politique d'information sur :
  - la prévention des accidents de toute nature: AVP, accidents domestiques, AT, accidents sportifs pouvant associer des partenariats avec différents organismes (sécurité routière ...) ;
  - la prévention, le dépistage et le traitement de l'ostéoporose et des affections ostéomusculaires chroniques recommandés dans le cadre OMS de la « Bone and joint Decade » ;
  - la prévention des chutes, notamment chez les personnes âgées ;
- l'éducation thérapeutique du patient en application des décrets du 2 août 2010 (école du dos par exemple) ;

- l'aide au retour et au maintien à domicile :
  - le développement des aides techniques et humaines, en relation avec les MDPH ;
  - le développement de dispositifs fluidifiant et sécurisant le retour des patients vers une vie familiale, sociale et si possible professionnelle, ce point incluant la notion de qualité de vie ;
- le développement de la formalisation et du suivi des conventions avec les structures d'aval, essentiellement médico-sociales pour les patients qui nécessitent leurs services.

Affections neurologiques

Ce type d'établissement s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation complexe et intensive, des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important par accès à un médecin spécialiste en MPR et à un neurologue.

Chacun des six territoires de santé dispose déjà de cette offre spécialisée en hospitalisation complète. Cependant, il est nécessaire de mieux répondre aux besoins de prise en charge des patients cérébrolésés, soit en état d'éveil, soit en état végétatif persistant, en réorientant des capacités existantes vers ce domaine. Pour ce faire, une étude de ces besoins spécifiques sera entreprise sur l'ensemble des territoires de la région.

Il y a lieu:

- d'optimiser et de fluidifier cette offre spécialisée par le développement des alternatives à l'hospitalisation sous forme d'hospitalisation de jour mais également sous la forme d'hospitalisation à domicile pour les patients porteurs d'une affection neurologique grave et invalidante ;
- de développer les prises en charge en ambulatoire en substitution à l'hospitalisation de jour dans les situations recommandées par l'HAS ;
- de mettre en place des équipes mobiles pluri disciplinaires pouvant se rendre au domicile des patients sur indications et suivi du médecin MPR de l'établissement SSR référent ;
- de développer sur chaque territoire de santé des liens entre les établissements et l'ensemble des structures médico-sociales et sociales (CMP, SSIAD, FAM, MAS, UEROS, SAMSAH, MDPH...) pour permettre de faciliter le retour à domicile et, si possible, la réinsertion sociale et professionnelle.

Outre les éléments de la fiche B) annexée à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérées comme facteurs de qualité les actions concourant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la sécurité des soins et de la qualité de vie des patients neurologiques :

- la préparation et l'aide au retour à domicile par au moins une visite à domicile préalable effectuée par l'ergothérapeute en accord avec le patient et/ou sa famille afin de vérifier l'accessibilité et y apporter toute solution économiquement acceptable, en relation avec les MDPH et en y développant les apports de la domotique ;
- le suivi et la prévention des chutes ;
- la prise en charge des troubles de la spasticité ;
- la mise en œuvre de filières de soins dédiés aux affections neurologiques, notamment dans le cadre du plan AVC 2011-2014, par rapprochement des établissements médico sociaux de proximité et par conventionnement avec les unités neurovasculaires (UNV) ;
- le développement de l'éducation thérapeutique du patient neurologique par la mise en œuvre d'actions formalisées et si possible de programmes agréés par l'ARS ;
- la réalisation au sein de la structure d'un modèle d'appartement thérapeutique et de lieu de vie modulable géré par les ergothérapeutes ;
- la mise en place de consultations pluridisciplinaires de suivi pour l'appareillage en neurologie, les aides techniques, l'attribution de fauteuils roulants électriques ;
- en cas de besoin d'aide au maintien ou au retour à l'emploi, la participation à un réseau national, directement ou par convention avec un établissement référent pratiquant la Démarche Précoce d'Insertion professionnelle ou DPI (en cours de labellisation auprès de la HAS) ;
- le développement au sein des structures du rôle des associations d'usagers : AVC, TC,

aphasiques, SEP, APF... ;
- la mise en place d'un référent éthique ou mieux d'un comité d'éthique.

Affections cardiovasculaires

Ce type d'établissement s'adresse à des patients présentant un risque élevé de complications et/ou de décompensations au cours de la réadaptation cardiovasculaire.

Le besoin dans cette spécialité, en hospitalisation complète, s'apprécie au regard de la démographie médicale des cardiologues, de la nécessité de s'inscrire dans une filière de prise en charge cardiologique et l'optimisation d'un plateau technique spécialisé.

La prise en charge de patients au décours immédiat d'une prise en charge en post opératoire précoce obligera à privilégier des modalités de prise en charge et de surveillance qui permettent d'assumer les trois niveaux de risque définis par la Société Française de Cardiologie.

Une unité de réadaptation cardiaque à vocation à proposer la prise en charge de l'ensemble des facteurs et des comportements à risques, parallèlement aux traitements médicamenteux de l'HTA, des dyslipidémies, du diabète,...
Il est indispensable de disposer de professionnels de santé compétents pour les activités suivantes :
- ré entraînement à l'effort, complété par un ré entraînement global (séances de gymnastique conventionnelle, natation ...) ;
- consultations individuelles de sevrage tabagique ;
- prise en charge nutritionnelle dispensée par des diététiciennes, sous forme de séances collectives (théoriques et pratiques) et d'entretiens individuels chez les patients présentant des problèmes nutritionnels précis (obésité, diabète..) ;
- prise en charge psychologique collective (sous forme de séances de détente, de sophrologie, groupe de parole ...) ou individuelle ;
- ré insertion socio professionnelle,
- séances d'information et d'éducation thérapeutique multidisciplinaires.

Outre les éléments cités à divers titres dans la fiche C de l'annexe à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité :
- la mise en place d'une garde médicale sur place et d'une astreinte de cardiologue en cas de recrutement post chirurgical supérieur à 50% du recrutement total ;
- l'inscription dans une filière de soins associant le service de cardiologie aiguë, le cardiologue du patient, ainsi que son médecin traitant ;
- la mise en place d'outils partagés de communication et de suivi (carnet de liaison détenu par le patient contenant les données principales concernant les examens et la prise en charge thérapeutique) ;
- la possibilité de faire appel aux compétences de spécialistes d'autres domaines (angéiologue, pneumologue, diabéto-endocrinologue, chirurgien dentiste) ;
- l'échange d'informations avec la médecine du travail et/ou des centres de reclassement professionnel.

Affections de l'appareil respiratoire

La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil respiratoire s'adresse aux patients les plus lourds, notamment à ceux atteints de broncho pneumopathies obstructives chroniques de stades 3 et 4, d'asthme difficile, ou d'autres pathologies respiratoires nécessitant une rééducation complexe et intensive.

Ce type d'établissement n'a donc pas vocation, en hospitalisation complète, à être présent sur l'ensemble des territoires de santé. En effet, il est recommandé qu'il soit situé à proximité des plateaux techniques lourds de court séjour afin de pouvoir recevoir des patients sortant des services de réanimation avec lesquels une convention est établie.

Outre les éléments de la fiche D) annexée a la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérées comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la formation continue du personnel à la prise en charge des insuffisants respiratoires sévères (soins de trachéotomie, aspiration bronchique, administration d'aérosols, mesure des gaz du sang) ainsi qu'à la gestion des différents appareils d'assistance ventilatoire ;
- la mise en place d'aide au retour à domicile ;
- la mise en place de protocole d'éducation thérapeutique ;
- la mise en place d'une information de lutte antitabac.

Affections du système digestif, métabolique et endocrinien

Le recours à une structure spécialisée pour la prise en charge de ces affections est motivé par des besoins identifiés très spécifiques liés :

- à l'existence ou à la décompensation d'une pathologie installée et sévère telle que obésité massive avant ou après chirurgie bariatrique, dénutritions sévères et complexes, obésité et diabète compliqués ;
- à la nécessité d'une prise en charge précoce ;
- à l'existence d'une situation à risques ;
- à toutes situations requérant nécessairement une approche multidisciplinaire (médicale, diététique, physique, psychologique et si besoin sociale) ainsi qu'une évaluation régulière de leur prise en charge, souvent prolongée.

L'accès à un endocrinologue - diabétologue est recommandé si le médecin coordonnateur est gastro-entérologue et inversement. Par ailleurs, la structure doit s'attacher les compétences de spécialistes permettant la gestion des complications les plus graves.

L'organisation des soins repose sur un projet thérapeutique personnalisé, structuré et formalisé en tenant compte des prises en charge en amont et en aval. La stratégie thérapeutique nécessite d'avoir recours à des actions formalisées et, si possible, des programmes d'éducation thérapeutique agréés par l'ARS, après un diagnostic éducatif et l'élaboration d'un contrat de soins. Outre les moyens humains, les établissements doivent disposer de locaux permettant à leur patient et leur entourage de suivre une réadaptation nutritionnelle et physique.

Les éléments de la fiche E annexée à la circulaire N° DHOS/01/2008/305 constituent dans tous les cas des facteurs de qualité de la prise en charge.

La prise en charge en hospitalisation à temps partiel pourra être réalisée dans toutes les structures autorisées en hospitalisation complète, un transfert partiel d'activité devant s'opérer de l'hospitalisation à temps plein vers l'hospitalisation à temps partiel lorsque l'implantation géographique de la structure le permet (accès facilité, au sein d'un bassin de vie conséquent). Ce type d'hospitalisation sera proposé dans les cas où l'état de santé du patient l'autorise, soit sous forme de séjours d'initiation soit en renforcement du suivi ambulatoire.

Une offre de soins spécialisée a été autorisée sur chacun des territoires sauf sur le Vaucluse. Celui-ci, en s'appuyant sur les services spécialisés de court séjour, devra aussi pouvoir proposer une offre en hospitalisation temps partiel.

Le besoin en hospitalisation complète dans cette spécialité relève donc de l'inter territorialité et devra s'organiser harmonieusement sur le plan régional.

Affections onco hématologiques

La prise en charge spécialisée des affections onco hématologiques est limitée aux adultes atteints d'hémopathies malignes, la prise en charge des patients atteints de cancer devant être possible dans toutes les structures autorisées en soins de suite et réadaptation (SSR).

Elle ne concerne donc qu'un nombre limité de patients et se situe de préférence à proximité des centres hyperspécialisés (centres hospitaliers universitaires, centres de lutte contre le cancer).

L'admission dans ce type d'établissement est liée soit à un état instable nécessitant un suivi médical quotidien spécialisé, soit à la nécessité d'assurer le traitement et/ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et/ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

Ce type d'établissement doit être adhérent d'un réseau de cancérologie, tel que mentionné au 1er de l'article R 6123-88 du code de Santé Publique.

S'inscrivant dans le cadre d'une filière de soins hématologiques, il doit passer convention avec les services de court séjour de cette spécialité pour préciser les modalités :

- d'échange de l'information médicale ;
- de transfert des patients ;
- de coopération des équipes soignantes (mise a disposition par le court séjour de temps médical dans les services de SSR, intervention du médecin qualifié du SSR dans le court séjour en amont du placement afin d'élaborer un projet thérapeutique conjoint) ;
- de formation du personnel soignant du SSR.

Affections des grands brûlés

La spécificité de la filière des brûlés tient d'abord à la nécessité d'avoir à « fabriquer » de la compétence pluridisciplinaire assise sur de petites masses critiques, ce que prend en compte l'organisation régionale actuelle.

Il y a lieu :

- d'assurer une efficience accrue :
  - par une organisation optimisée de la prise en charge qui passe par l'obtention d'une plus grande exhaustivité du nombre de patients brûlés grâce à un meilleur dispositif d'orientation vers la filière spécialisée ;
  - par la mise en place de consultations pluridisciplinaires associant des membres des équipes médicales du centre de traitement des brûlés et du SSR spécialisé mais également des paramédicaux et d'autres intervenants concourant à la réinsertion sociale et professionnelle ;
  - par la participation à une collecte de données (circonstances et origine des brûlures, origine socio démographique des patients, etc..) .

- d'améliorer l'accès aux soins en développant les prises en charge ambulatoires pour des consultations de suivi ou des traitements itératifs pour des brûlures de moindre gravité.

Affections liées aux conduites addictives

Ces établissements de SSR spécialisés s'adressent aux patients présentant une addiction avec mésusage sévère, une dépendance avec souvent poly consommations et des difficultés sociales et psychologiques. Ils s'inscrivent dans la filière hospitalière de soins en addictologie définie par la circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 et constituent une des composantes des structures addictologiques de recours de niveau 2.

La prise en charge spécialisée vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation des patients.
Elle représente un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire.
Elle propose un projet thérapeutique médico psycho social.

La politique médicale de ces établissements est initiée et assurée par un médecin coordonnateur qui, comme l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (infirmier, psychologue, ergothérapeute,

diététicien, personnel éducatif) doit justifier d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.

Quatre territoires de santé disposent (dans les départements 05, 06, 13) ou sont sur le point de disposer (dans le 83) de cette offre spécialisée en hospitalisation complète.
Il convient maintenant :

- de compléter le maillage territorial par la création d'une unité spécialisée sur le Vaucluse ;
- de permettre une diversification des modes de prise en charge par structuration d'une hospitalisation de jour dans les zones urbaines à forte densité de population.

Seront considérés comme facteurs de qualité :

- la participation active au sein de la filière de soins en addictologie (utilisation et évaluation des référentiels de prise en charge, actions de formation, ...) ;
- le développement de l'éducation thérapeutique du patient ;
- la mise en place d'une prise en charge particulière pour les patients présentant des troubles sévères des fonctions cognitives (séquelles de consommation ou de sevrage).

Affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance

Ce type d'établissement s'adresse à des patients qui ne se définissent pas uniquement par leur âge mais se caractérisent par un état poly pathologique et une vulnérabilité requérant une prise en charge spécifique, multidisciplinaire (masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, assistante sociale) coordonnée par un médecin spécialisé en gériatrie.

Cette prise en charge doit constituer une des modalités de la filière de soins gériatriques décrite dans la circulaire de la DHOS du 28 mars 2007. Elle se doit d'assurer une rééducation et/ou une réhabilitation fonctionnelle adaptée au patient âgé dans les suites d'une affection médicale aigüe ou d'une intervention chirurgicale dans la finalité d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle afin de garantir au patient gériatrique le retour dans son milieu de vie.

L'ensemble des territoires de proximité doit bénéficier de ce type de prise en charge spécialisée en hospitalisation temps plein ce qui est le cas, à une exception près.

Outre les éléments de la fiche I) annexée a la circulaire N° DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la coordination avec le court séjour et notamment avec les services d'urgences de façon à repérer les patients fragiles ou poly pathologiques et optimiser leur prise en charge en lien avec les équipes mobiles de gériatrie lorsqu'elles sont présentes ; cependant cette coordination avec le court séjour ne doit pas interdire l'accès direct en SSR pour des patients en phase de stress, ne relevant pas d'une évaluation gérontologique complexe mais d'une prise en charge ponctuelle renforcée permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences et un engorgement du court séjour ;
- la formation de l'ensemble des équipes à la prise en charge spécifique des patients gériatriques, notamment des patients présentant une dépendance psychique (dont les démences) et une dépendance physique ;
- la protocolisation et l'évaluation de la prévention des chutes, des escarres et de l'incontinence ;
- la mise en place d'une organisation spécifique pour la prise en charge des patients atteints de démence ;
- la possibilité de réalisation d'une évaluation gériatrique globale multidisciplinaire permettant de construire un projet thérapeutique individualisé ;
- l'accompagnement des patients en fin de vie et pour cela, certains établissements de SSR sont éligibles à la labellisation de lits identifiés « soins palliatifs » ;
- la préparation et l'aide au retour à domicile par les équipes spécialisées de l'établissement ;
- le développement de la formalisation et du suivi de conventions avec les HAD, les USLD et les EHPAD.

S'agissant de la prise en charge en SSR des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dix unités cognitivo comportementales de 10 à 12 lits doivent être identifiées.

Ces unités, qui ne font pas l'objet de mention spécifique dans les autorisations de SSR, sont déclinées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elles doivent répondre au cahier des charges national.
L'identification de telles unités au sein de structures de SSR polyvalents ou gériatriques est destinée à offrir une prise en charge spécifique pour les patients quelque soit leur âge, le but étant de leur permettre le retour à leur domicile d'origine, dans le cadre d'un projet de vie.

Ces unités ont pour objectif thérapeutique de stabiliser les troubles de comportement grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale.

Implantations	UCC prévues	UCC à identifier
04 et 05	__	1 unité
06	1 unité	2 unités
13	2 unités	1 unité
83	1 unité	1 unité
84	__	1 unité

4.7.2.2 SSR enfants - adolescents

4.7.2.2.1 Préconisations générales

La prise en charge des nourrissons, enfants et adolescents dans un service de SSR doit s'inscrire autour d'un triple objectif : une prise en charge pluridisciplinaire, le maintien des liens familiaux et la perspective d'une réinsertion socio familiale.

Elle nécessite donc :

- une organisation spécifique (locaux, plateau technique, personnel) avec adaptation à la classe d'âge et à la nature de la pathologie ;
- une prise en charge pluridisciplinaire médicale, paramédicale, éducative, pédagogique et familiale ;
- la mise en place, dès l'admission, d'un projet éducatif individualisé dont l'objectif est d'optimiser les potentialités du jeune patient dans la perspective d'une réinsertion socio familiale et scolaire adaptée à son état ; l'éducation thérapeutique du patient fait partie du projet éducatif et la participation de sa famille à ce projet est essentielle ;
- l'orientation dans un établissement de SSR adapté aux besoins médicaux et situé au plus près du domicile ;
- le respect de la convention relative aux droits de l'enfant hospitalisé en veillant, du fait de la durée moyenne importante des séjours, à :
  - la facilitation de la présence des parents qui devront pouvoir bénéficier d'un hébergement au sein ou à proximité immédiate de la structure ;
  - la mise à disposition de moyens de communication (téléphone, internet).

Pour améliorer l'efficience des prises en charge et l'accès aux soins, il y a lieu de :

- renforcer l'articulation court séjour – SSR par :
  - la conclusion et l'évaluation de conventions inter établissements,

  - l'utilisation du R.O.R afin de fluidifier le parcours du patient,
  - la réalisation de consultations spécialisées pluridisciplinaires intégrant des équipes du court séjour et du SSR ;
- favoriser le développement des structures de proximité de prise en charge à temps partiel pour les pathologies les moins lourdes et polyvalentes ;
- intégrer la prise en charge en soins de suite et réadaptation au sein de la filière pédiatrique (utilisation et évaluation des référentiels de prise en charge, actions de formation ...) ;
- améliorer la prise en charge des enfants lourdement handicapés par :
  - le décloisonnement des services sanitaires et médico-sociaux d'une part, celui des dispositifs sanitaires adultes et enfants adolescents d'autre part, afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
  - le renforcement du dispositif de maintien à domicile et d'intégration en milieu ordinaire (recours moins fréquent à l'internat, création d'HDJ de proximité, développement de l'HAD, parcours de soins adapté et qui coordonne l'action des professionnels libéraux) ;
  - le développement parallèle, dans les services de SSR, de lits dits « de répit » ou « d'accueil temporaire », de nature à favoriser une prise en charge dans l'urgence.

4.7.2.2.2 Préconisations par spécialité

Affections de l'appareil locomoteur

Ces établissements concernent les enfants et les adolescents dont l'état nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation spécialisée non envisageables en secteur libéral en raison de leur caractère spécifique et pluridisciplinaire.
Pour les pathologies les moins lourdes**,** les prises en charge de proximité à temps partiel seront toujours privilégiées et retenues comme pertinentes pour des objectifs de :

- rééducation, soins, appareillage éventuel, réadaptation, éducation thérapeutique de l'enfant et de son entourage dans le cadre d'une affection non stabilisée lorsque la technicité des soins et/ou l'environnement familial ne permettent pas la réalisation de ces soins en ambulatoire ;
- soins et rééducation d'une pathologie intercurrente, d'une aggravation ou d'une complication de la maladie initiale, après une intervention chirurgicale lorsque la surveillance médicale, la rééducation et les soins n'imposent pas l'hospitalisation complète et ne peuvent être réalisés en ambulatoire du fait de leur complexité et/ou de l'environnement (en lien avec le médecin traitant et les services médico sociaux si nécessaire) ;
- bilans avec préconisations à la sortie, actualisation de la rééducation et des soins, appareillage éventuel, réadaptation à la vie quotidienne avec propositions d'aménagements de l'environnement de l'enfant, organisation du suivi dans le cadre d'une affection stabilisée en lien avec le médecin traitant, les services médico-sociaux, les spécialistes hospitaliers et professionnels libéraux, le réseau Handimômes ;
  - bilans en séjour de courte durée en vue d'une orientation scolaire, sanitaire, ou médico sociale avec poursuite de la rééducation et des soins ;
  - séjours intermittents dans le cadre d'une pathologie chronique lourde habituellement prise en charge dans l'environnement familial mais nécessitant ponctuellement des soins dont la technicité est impossible en libéral, dans le cadre d'actions d'éducation thérapeutique ou d'adaptation d'appareillage.

Les prises en charge en hospitalisation complète sont réservées aux pathologies orthopédiques ou traumatologiques complexes pour lesquelles elles permettent une poursuite de la scolarité.

Affections du système nerveux

Ces établissements concernent les enfants et les adolescents dont l'état nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation spécialisée non envisageables en secteur libéral en raison de leur caractère spécifique et pluridisciplinaire.

Comme pour les affections de l'appareil locomoteur, les prises en charge en hôpital de jour seront privilégiées pour les pathologies les moins lourdes, une prise en charge en hospitalisation complète avec poursuite de la scolarité étant nécessaire pour les pathologies les plus complexes.

Les enfants porteurs d'handicaps neurologiques ou neuromusculaires lourds, reçus en transfert d'un service de neurochirurgie infantile, neuro pédiatrie ou réanimation, souvent instables et nécessitant à la fois des soins médicaux lourds (ventilation assistée, cathéters centraux, alimentation parentérale, médicaments onéreux) et une rééducation pluridisciplinaire complexe, justifient une prise en charge en hospitalisation complète dans une Unité de Haute Technicité (UHT) dans laquelle sont privilégiées la qualité du plateau technique et la spécialisation des professionnels plutôt que la proximité. Lorsque ces enfants ont présenté un état comateux en phase aigüe, leur transfert devrait pouvoir intervenir dans l'UHT précocement, dès la phase d'éveil, la durée de séjour dans l'UHT étant limitée à la phase d'éveil et à l'acquisition d'une reprise d'autonomie alimentaire, respiratoire et cognitive.

Pour les enfants lourdement handicapés stabilisés, polyhandicapés et état végétatif persistent (EVP) qui ne relèvent pas ou plus de SSR mais nécessitent des soins médicalisés de longue durée et qui se situent à la frontière entre le sanitaire et le médico social, il serait souhaitable de pouvoir disposer au plan régional d'une ou deux structures médico sociales à « médicalisation renforcée » susceptibles de prendre en charge cette patientèle.

Affections respiratoires

La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil respiratoire s'adresse aux patients présentant des affections bronchopulmonaires sévères, notamment ceux atteints de bronchopneumopathies obstructives chroniques de stades 3 et 4, d'asthme difficile (nécessité d'un bilan pneumologique préalable montrant que l'enfant présente un asthme sévère, instable, non contrôlé par un traitement médical bien conduit) ou d'autres pathologies respiratoires nécessitant une rééducation complexe et intensive.

Sur les quatre établissements autorisés à délivrer cette prise en charge spécialisée, trois sont situés sur le territoire des Hautes Alpes. Cette localisation a l'avantage de proposer des facteurs environnementaux favorables (conditions climatiques, éviction de nombreux allergènes et de la pollution) mais constitue un facteur limitant au développement de l'hospitalisation de jour et impose souvent des séparations familiales au long cours qui impliquent, dès l'entrée, une évaluation pédopsychiatrique ou psychologique par des professionnels de santé attachés à l'établissement.

Outre les éléments de la fiche D annexée à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la formation continue du personnel à la prise en charge des insuffisants respiratoires sévères (soins de trachéotomie, aspiration bronchique, administration d'aérosols, mesures des gaz du sang...) ainsi qu'à la gestion des appareils d'assistance respiratoire ;
- la mise en place d'aide au retour à domicile ;
- la mise en place de protocoles d'éducation thérapeutique ;
- la mise en place d'activité de réentrainement à l'effort ;
- la mise en place d'une information anti tabac ;
- la participation à des actions de prévention en coopération avec la PMI et la médecine scolaire.

Affections du système digestif, métabolique et endocrinien

Cette prise en charge spécialisée en SSR pédiatrique relève des mêmes préconisations qu'en SSR adulte, mais nécessite en outre d'intégrer l'accompagnement de la famille et l'investissement sur le plan éducatif et scolaire (enseignant, éducateur spécialisé, moniteur éducateur).
Il conviendra également de développer des actions de coopération avec les médecins de santé scolaire et la PMI dans le cadre de la prévention et du dépistage, ainsi qu'avec les services spécialisés de court séjour et les autres établissements de SSR pédiatriques.

Prise en charge des brûlés

Il est préconisé de maintenir le site autorisé en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour dans le Var qui assure, pour l'ensemble de la région, la prise en charge des enfants en s'appuyant sur les compétences du site adulte spécialisé avec lequel il est conventionné.

Prise en charge des troubles du langage et des apprentissages

Un établissement de SSR pédiatrique récemment implanté dans les Alpes Maritimes assure cette prise en charge. Elle doit être réalisée préférentiellement en hospitalisation à temps partiel et en lien étroit avec les centres de référence régionaux.

Prise en charge « non spécialisée » des enfants de moins de six ans (ex pouponnières)

Une hospitalisation à temps partiel pourrait être mise en place à titre expérimental, afin de permettre la réinsertion familiale de cas particulièrement lourds et complexes.

4.7.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

L'adaptation et la complémentarité de l'offre de soins en soins de suite et réadaptation s'inscrit dans les recommandations précédemment décrits en matière d'organisation de la filière de soins afin de répondre aux besoins de population concernée sur le territoire correspondant.

Sur l'ensemble des territoires où le taux moyen de recours standardisé SSR est supérieur au taux moyen de recours standardisé national (5279 journées/an) et où le taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale, toute suppression d'une implantation, par transformation, regroupement, délocalisation ou fermeture n'affecte pas la réponse aux besoins de la population compte tenu de la densité de l'offre.

<u>Dans le territoire des Alpes de Haute-Provence</u> :

Maintien de la situation actuelle.

Dans le territoire des Hautes Alpes :

L'évaluation des besoins de la population conduit à la disparition d'un site autorisé en soins de suite et réadaptation Adultes et un site autorisé pour la prise en charge des enfants en Hospitalisation Complète. Ces suppressions sont sans incidence sur la réponse aux besoins de la population compte tenu de la densité de l'offre sur ce territoire en SSR.

Dans le territoire des Alpes Maritimes :

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée, avec la disparition de 2 sites autorisés en soins de suite et réadaptation Adultes en hospitalisation complète. Cette suppression est liée à 2 regroupements de 2 structures existantes sur ce même territoire sans impacter la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Dans le territoire des Bouches du Rhône :

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée, avec la disparition de 3 sites autorisés en soins de suite et réadaptation adultes en hospitalisation complète. Cette réorganisation est réalisée :

- par conversion d'un établissement titulaire d'une autorisation en soins de suite et réadaptation en structure de médecine spécialisée en soins palliatifs
- par regroupement de 2 établissements titulaires d'une autorisation en soins de suite et réadaptation,
- par conversion d'une activité en soins de suite et réadaptation en extension de l'autorisation existante de soins de longue durée pour adapter la prise en charge aux patients effectivement accueillis.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Dans le territoire du Var :

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée, avec la disparition deux sites autorisés en soins de suite et réadaptation adultes en hospitalisation complète. Cette réorganisation est réalisée :

- par transfert et regroupement d'un SSR spécialisé dans la PEC des affections respiratoires avec un SSR des Bouches du Rhône, ce qui, compte tenu de l'offre varoise, n'a pas d'incidence sur la réponse aux besoins de la population,
- et regroupement de 2 SSR sur le Var sans incidence sur l'offre de soins.

Prise en charge des enfants et adolescents :
- la suppression d'un site n'a pas d'incidence sur la réponse aux besoins de la population.
- délocalisation d'un site et sa transformation en hospitalisation à temps partiel de jour sur le territoire des Bouches-du-Rhône.

Dans le territoire du Vaucluse :

Il est prévu la création en hospitalisation complète adulte :

- d'une mention affections du système nerveux ;
- d'une mention affections liées aux conduites addictives ;
- de deux mentions affections de la personne âgées polypathologique.

Il est prévu la création en hospitalisation partielle de jour adulte :
- de trois sites d'hospitalisation partielle de jour ;
- de deux mentions affections de l'appareil locomoteur ;
- d'une mention affections du système nerveux ;
- d'une mention affections du système digestif métabolique et endocrinien ;
- d'une mention affections liées aux conduites addictives.

Prise en charge des enfants et adolescents :
Il est prévu la création d'un site en hospitalisation partielle de jour avec une mention affections de l'appareil locomoteur.

4.7.4 Objectifs quantifiés par territoire

Activités de soins de suite et de réadaptation

Territoire de santé	Activité		Implantations 2011		Implantations 2016	
			Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Hautes Provence	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte**		**14**	**2**	**14**	**3**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	3	1	3	2
		Affections cardio-vasculaires	0	1	0	1
		Affections du système nerveux	1	0	0	0
		Affections respiratoires	0	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	0	0	0	0
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	0	0
Hautes	**soins de suite et de réadaptation - prise en**		**12**	**3**	**11**	**3**

Alpes	**charge adulte**					
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2	2
		Affections cardio-vasculaires	1	2	1	2
		Affections du système nerveux	1	1	1	1
		Affections respiratoires	2	2	2	2
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	0
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	0	3	0
Alpes Maritimes	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte**		**35**	**6**	**33**	**9**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	6	5	6	6
		Affections cardio-vasculaires	2	0	2	2
		Affections du système nerveux	4	4	4	4
		Affections respiratoires	1	0	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	2	1	2	2
		Affections onco-hématologiques	0	0	1	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	0
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	0	9	0
Bouches-du-Rhône	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte**		**57***	**20**	**54***	**27**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	15*	11	15*	14
		Affections cardio-vasculaires	6*	5	6*	6
		Affections du système nerveux	9*	7	9*	8
		Affections respiratoires	3*	2	3*	2
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	5	2	5	4
		Affections onco-hématologiques	1	0	1	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	2	0	2	1
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	13	0	14	0
Var	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte**		**25**	**9**	**23**	**13**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	6	5	6	7
		Affections cardio-vasculaires	2	3	2	4
		Affections du système nerveux	4	3	4	4

		Affections respiratoires	2	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	0	1	1
		Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	1
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	0	8	0

- dont hôpital d'instruction des armées

Vaucluse	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte**		**16**	**3**	**16**	**6**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	4	2	4	4
		Affections cardio-vasculaires	1	1	1	1
		Affections du système nerveux	1	1	2	2
		Affections respiratoires	1	0	1	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	0	0	1	1
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	4	0	6	0
Total Région de sites autorisés en soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte			**159**	**43**	**151**	**61**

Territoire de santé	Activité		Implantations 2011		Implantations 2016	
			Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour	Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Hautes Provence	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**0**	**2**	**0**	**2**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	1	0	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	1	0	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0

Hautes Alpes	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**4**	**0**	**3**	**2**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	3	0	3	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
Alpes Maritimes	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**2**	**2**	**2**	**3**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	1
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
Bouches-du-Rhône	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**1**	**2**	**3**	**4**
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	1	2	2	2
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	1	2	2	2
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	1	2
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
Var	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**6**	**4**	4	3
	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	2	2	1	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	2	2	2	2
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	2	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
Vaucluse	**soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents**		**0**	**0**	**0**	**1**

	Dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
Total Région de sites autorisés en soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents			**12**	**10**	**12**	**15**

4.7.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d'autorisation (sur les trois dernières années) :

- nombre d'admissions par unité (SSR polyvalent, par spécialité, hospitalisation complète, HDJ) ;
- nombre par unité, d'admissions directes ;
- nombre par unité, d'admissions ayant transité par le ROR SSR ;
- nombre par unité, d'admissions par mutation intra établissement ;
- nombre par unité, d'admissions hors région ;
- délai moyen, par unité, entre la date de la réception de la demande et la date d'admission ;
- nombre d'admissions directes en HDJ ;
- nombre d'admissions en HDJ après une hospitalisation complète en SSR
- DMS pour chaque unité ;
- nombre de transferts vers un autre SSR, pour chaque unité ;
- nombre de transferts en établissements pour personnes âgées, pour chaque unité ;
- nombre de transferts en établissements pour personnes handicapées, pour chaque unité ;
- nombre de retours à domicile ou substitut de domicile, pour chaque unité ;
- nombre de ré hospitalisations en SSR dans les 60 jours suivant la sortie ;
- nombre de bénéficiaires de la CMUC ;
- % de journées avec facturation de supplément pour chambre particulière.

SOINS DE LONGUE DUREE

4.8 Soins de longue durée

Les missions, les modalités de prise en charge, et les moyens de fonctionnement des unités de soins de longue durée (USLD) sont précisés par l'arrêté du 12 mai 2006 et par l'annexe 2 de la circulaire DHOS 02/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007.

Les USLD prennent en charge des patients, soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit venant directement du domicile, et visent à :

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

L'articulation des USLD avec les autres structures de soins constitue un axe clé, dont les obligations réciproques doivent être formalisées par voie de convention. Il est précisé que les USLD ont vocation à participer au fonctionnement de la filière gériatrique, afin d'assurer notamment une meilleure continuité et fluidité du parcours des patients.

4.8.1 Bilan de l'existant

Le SROS III 2006-2011 a défini des objectifs en termes d'implantations de ces unités, et d'objectifs quantifiés de l'offre de soins exprimés en journée.

Implantations 2011 :

Territoire	Implantations 2011
Alpes Sud	2 sites : Aiglun, Manosque.
Alpes Nord	4 sites : Briançon, Embrun, Gap, Laragne.
A.M. Est	7 sites : *Antibes*, Vallauris, Menton, Tende, Nice (2), *Roquebillière.*
A.M. Ouest	3 sites : Cannes, Grasse, Le Cannet.
BDR Nord	4 sites : Aix (2), Pertuis, Salon de Provence.
BDR Sud	8 sites : Aubagne, Allauch, *La Ciotat*, Marseille *(4)*, Martigues.
Var Est	4 sites : Draguignan, Le Luc en Provence, Fréjus, St Tropez.
Var Ouest	7 sites : Brignoles, Nans les Pins (2), Hyères *(2)*, Toulon, La Seyne sur Mer.
Vaucluse-Camargue.	7 sites : Tarascon, *Arles,* Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange.
TOTAL	**46 sites**

Capacités et taux d'équipement 2011 :

Territoire	Capacités au 1 janvier 2010	Taux d'équipement pour 1000 PA 75 ans et +
Alpes Sud	71	4.74
Alpes Nord	135	7.92
A.M. Est	247	2,66
A.M. Ouest	118	3,49
BDR Nord	172	2,94
BDR Sud	320	2,70
Var Est	145	3,94
Var Ouest	285	3,80
Vaucluse Camargue	230	3,74
TOTAL	**1723**	**3,47**

L'évaluation des besoins ne peut se baser sur la seule référence à la moyenne nationale[33], et nécessite d'être corrélée avec l'ensemble de l'offre sur un territoire (équipement en SSR, EHPAD, et offre libérale) en tenant compte de l'évolution démographique des populations.

4.8.2 Les objectifs

4.8.2.1 Les objectifs et indicateurs de suivi 2011-2016 des USLD

Qualité et efficience

Les orientations régionales préconisées pour la période 2011-2016, s'inscrivent dans le cadre de la démarche de certification des établissements et dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
La certification des établissements à partir de la table des indicateurs de la V2010 permettra de disposer, à échéance du prochain schéma en 2016, d'une évaluation qualitative exhaustive de l'ensemble des établissements.

Une attention particulière sera portée aux **coopérations développées entre les USLD et les établissements, services et acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, et ambulatoires**. La place des USLD au sein des filières gériatriques sera, en particulier, suivie à travers la déclinaison opérationnelle des modes de collaboration. L'enjeu est d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne et de favoriser la continuité des soins qu'elle reçoit et de son projet de vie.

Il s'agira, d'une part, de favoriser l'accès aux soins de longue durée dans la proximité, en lien direct avec les différents maillons de la filière gériatrique (court séjour gériatrique, Equipe Mobile de Gériatrie, SSR gériatriques, hôpital de jour gériatrique), l'EHPAD ou le médecin traitant, et d'autre part, d'anticiper et d'organiser, entre les structures de soins de longue durée et les établissements médico-sociaux ou les services de prise en charge à domicile, les conditions de transferts ou de retour de la personne sur son lieu de vie, dans les meilleures conditions possibles.

Il conviendra pour l'USLD de veiller sur son territoire d'implantation à :

- développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les réseaux de santé ;
- favoriser la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social ;
- promouvoir un projet de soins associé à un projet de vie personnalisé, dans le respect et les choix de la personne soignée ;

[33] Environ 6 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

- favoriser les liens et les échanges interprofessionnels et inter-établissements afin de renforcer l'acquisition et la transmission des savoirs et des pratiques communes.

Les USLD s'attacheront également à renforcer les liens avec les intervenants en soins palliatifs et à favoriser le développement de la culture palliative auprès de leur personnel (sensibilisation/formation des équipes soignantes).

Il convient de rappeler que la création de lits USLD ne peut pas être envisagée par transformation des lits d'EHPAD, c'est-à-dire à partir des crédits médico-sociaux qui y sont rattachés. En effet, l'article L1434-13 du code de la santé publique issu de la loi HPST précise que «les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code ».

4.8.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

L'analyse des besoins conduit à maintenir la situation actuelle sur l'ensemble de la région.

4.8.4 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Autorisation d'activité de soins de longue durée

Activité de soins de longue durée			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Soins de longue durée	2	2
Hautes Alpes	Soins de longue durée	4	4
Alpes Maritimes	Soins de longue durée	10	10
Bouches-du-Rhône	Soins de longue durée	13	13
Var	Soins de longue durée	11	11
Vaucluse	Soins de longue durée	6	6
Total Région		**46**	**46**

4.8.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Le référentiel d'organisation des USLD (annexe 2 de la circulaire DHOS/02/DGAS/ DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007) définit des indicateurs annuels de suivi :

- le nombre de journées réalisées ;
- le nombre d'admissions ;
- la durée moyenne de séjour ;
- le taux d'occupation ;

- la composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein ;
- la composition de l'équipe paramédicale en équivalent temps plein ;
- la répartition des modes d'entrée ;
- la répartition des modes de sortie ;
- le GIR Moyen Pondéré ;
- le PATHOS Moyen Pondéré.

4.8.6 Les unités d'hébergement renforcées en USLD (mesure 16 du plan Alzheimer)

La mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Il est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension des places nouvelles.
Il s'agit d'un lieu de vie identifié dans l'USLD qui fonctionne nuit et jour, et qui propose aux résidents sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques.

Il a été fixé, comme objectif pour la région PACA, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, la **création de 12 unités d'hébergement renforcées (UHR)**.

En mai 2011, il reste 10 UHR en USLD à mettre en place, avant l'échéance du plan.
Au regard des objectifs à atteindre en terme de créations, il n'est pas préconisé de répartition départementale précise de ces unités. Toutefois, les lieux d'implantation qui seront proposés devront être cohérents en termes d'accessibilité et d'articulation avec la filière gériatrique, ainsi qu'avec l'offre médico-sociale Alzheimer.

Pour la durée du SROS-PRS, il conviendra de rattraper le retard de la région dans l'installation de ces structures et d'en poursuivre le développement conformément aux préconisations du futur plan pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

4.9 Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

4.9.1 Le contexte en région PACA

4.9.1.1 L'offre

Pour l'angioplastie, les centres autorisés sont au nombre de 20.

Pour l'électrophysiologie interventionnelle, les centres autorisés sont au nombre de 16.

Pour les cardiopathies de l'enfant, un site sur Marseille, à vocation régionale, regroupe auprès de la chirurgie cardiaque infantile et l'activité interventionnelle. Ce centre de référence unique a aussi en charge l'enseignement et la recherche.

Territoire	Nombre de sites autorisés		
	Angioplastie	Electrophysiologie interventionnelle	Cardiopathie de l'enfant
Alpes-Maritimes	5	6	
Bouches du Rhône	10	6	1
Var	3	2	
Vaucluse Camargue	2	2	
Région PACA	**20**	**16**	**1**

4.9.1.2 L'activité

Pour l'angioplastie (sans l'HIA de Ste-Anne)

En région PACA, le taux de recours à l'angioplastie est bien plus élevé que pour le reste de la France, alors que celui du recours au pontage aorto-coronaire est inférieur à la moyenne nationale.

Une enquête diligentée par l'ARH PACA réalisée en 2010 dans tous les centres autorisés à pratiquer les angioplasties coronaires a montré en outre que :

- la participation des centres à la prise en charge des urgences est très inégale ;
- les pratiques des différentes équipes sont hétérogènes.

En 2010, l'activité d'angioplastie en nombre d'actes montre sur l'ensemble de la région une très légère augmentation d'activité globale essentiellement portée par les Bouches du Rhône et les Alpes Maritimes.

Territoire	Nombre d'actes d'angioplastie		
	2009	2010	Evolution en %
Alpes-Maritimes	2 718	2 874	+ 5,74
Bouches du Rhône	7 228	7 931	+ 9,73
Var	2 930	2 722	- 7,10
Vaucluse Camargue	2 440	2 360	- 3,28
Région PACA	**15 316**	**15 887**	**+ 3,73**

Pour l'électrophysiologie interventionnelle (sans l'HIA de Ste-Anne)

L'activité d'électrophysiologie interventionnelle régionale a augmenté de 10% entre 2009 et 2010. Cette augmentation était prévisible compte tenu de l'extension des indications.

Territoire	Nombre d'actes d'ablation (actes soumis à seuil)			Nombre d'actes d'implantation de défibrillateur et de resynchronisation		
	2009	2010	Evolution en %	2009	2010	Evolution en %
Alpes-Maritimes	975	1 330	+ 36,41	254	254	0
Bouches du Rhône	1 291	1 300	+ 0,70	647	754	+ 1,7
Var	319	302	- 5,33	98	84	- 1,4
Vaucluse Camargue	409	369	- 9,78	156	194	+ 2,4
Région PACA	**2 994**	**3 321**	**+ 10,92**	**1155**	**1286**	**+ 1,1**

L'activité d'implantation de défibrillateurs et de resynchronisation est en augmentation. En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a revu à la hausse l'estimation des besoins en matière de défibrillateur, notamment, du fait de l'élargissement des indications à la prévention primaire. La population cible, tous types de défibrillateurs confondus et remplacements de boîtier inclus, serait comprise entre 200 et 300 par million d'habitants et par an.

4.9.2 Les objectifs

4.9.2.1 Améliorer la prise en charge de l'urgence

La participation de tous les centres d'angioplasties à l'urgence est indispensable pour garantir une réponse adaptée qualitativement et en termes de délai.

Un engagement de chaque centre à décrire les modalités d'accès direct à l'angioplasticien ainsi qu'au plateau technique interventionnel telles que précisées dans le répertoire opérationnel de ressources (ROR) pourra figurer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Avec la diminution attendue du nombre de cardiologues, l'exercice exclusif des professionnels dans des centres regroupés est recommandé afin de garantir, mieux qu'aujourd'hui, un fonctionnement permanent des sites.

4.9.2.2 Améliorer l'organisation de la filière

La qualité d'un centre dépend de l'expérience de ses équipes.
Il est indispensable, au sein d'un même territoire, d'éviter la dispersion des sites afin qu'ils atteignent une masse critique optimale dans le respect de la qualité.

Pour les centres d'angioplastie

Le centre doit disposer d'un nombre suffisant de cardiologues interventionnels pour assurer une permanence le jour et une astreinte opérationnelle la nuit, le week-end et les jours fériés. Cette astreinte doit être exclusive pour le centre.
Pour tenir leurs engagements, les établissements s'attacheront à mettre en place une organisation permettant d'avoir l'accès à une table d'angioplastie dans les délais recommandés[34].

Pour les plateaux techniques pratiquant les actes électrophysiologiques

Les centres suivront les recommandations françaises et internationales, notamment en matière de formation et d'environnement spécifique.

Dans l'évaluation de leur activité les établissements organisent le recueil des données et les transmettent au registre national STIDEFIX

La Société Française de Cardiologie (SFC) a émis fin 2009 des recommandations concernant les conditions de compétence, d'activité et d'environnement requises pour la pratique de l'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle.

Ces recommandations précisent les niveaux d'activité des centres d'électrophysiologie interventionnelle. Le respect de ces recommandations permet de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Pour les plateaux techniques pratiquant les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant

Cette activité très spécialisée est développée par un pôle de référence universitaire unique sur la région regroupant la chirurgie cardiaque et l'activité interventionnelle infantiles.

Ce centre doit répondre aux recommandations françaises et internationales notamment en matière de formation et d'environnement spécifique.

Pour fluidifier le parcours du patient, des conventions et protocoles de prise en charge doivent être établis entre les structures pédiatriques de la région et ce centre régional de référence.

Pour l'implantation des stimulateurs cardiaques conventionnels

La pratique de cette activité n'est pas soumise à autorisation pour autant une prise en charge de qualité implique un respect des recommandations de la SFC en termes d'activité, d'équipement, d'organisation, d'évaluation. Elle doit aussi satisfaire aux critères de remboursement des dispositifs de la Liste des Produits et Prestations (LPP).
Cette activité fera l'objet d'une contractualisation dans le CPOM.

4.9.2.3 Améliorer les pratiques

Pour l'angioplastie

La SFC a introduit des recommandations de qualité de pratique individuelle reposant sur des notions de volume d'activité. Ainsi tout cardiologue interventionnel doit être en mesure de fournir ses données

[34] 90 mn entre l'appel au centre 15 et la réception sur table

globales d'activité nécessaire à l'évaluation. Le cardiologue veillera au respect des indications actuellement validées par les Sociétés Savantes françaises et européennes.

Mise en place d'un registre
Devant la variabilité des pratiques en angioplasties et pour permettre l'évaluation de l'activité, seront mis en place un registre et un comité de suivi. La participation des centres à ce registre sera traduite par un engagement dans les CPOM.

Concertations médico chirurgicales
Une prise en charge sécurisée et de qualité justifie des concertations médico chirurgicales. Ces concertations doivent pouvoir s'envisager de manière régulière, physiquement ou à défaut, par contact téléphonique et transmission des images. Cet engagement sera repris dans les CPOM avec des indicateurs spécifiques de suivi.
Des revues de dossiers réunissant physiquement des cardiologues et des chirurgiens cardiaques sont souhaitables (4 à 6 fois par an).

Pratique isolée de la coronarographie
Au vu des recommandations professionnelles de bonne pratique, la réalisation de coronarographies dans des centres non autorisés n'est pas souhaitable.

Place du scanner coronaire
Le scanner coronaire ne peut pas être considéré aujourd'hui comme un examen de dépistage de l'ischémie coronarienne. C'est un examen de confirmation d'une absence d'atteinte des artères coronaires.

Place de la mesure de la Fraction de Flux de Réserve (FFR) coronaire
La mesure de la FFR est un outil diagnostique précieux permettant d'éviter un nombre important d'angioplasties.
Les formalités de sa prise en charge par l'assurance maladie sont étudiées.

Pour l'électrophysiologie interventionnelle

Les techniques ablatives sont des actes complexes donnant lieu à des interventions longues et difficiles. L'expérience des équipes est primordiale, les recommandations de la SFC, parues fin 2009, doivent orienter la pratique de l'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle.

La décision thérapeutique lors des cas complexes justifie de discussions pluridisciplinaires (chirurgiens cardiaques, angioplasticiens, électrophysiologistes) organisées dans tous les centres.

Lorsque des actes de cathétérisme trans-septal, actes d'ablation dans les cavités gauches sont réalisés, l'intervention immédiate d'un chirurgien pouvant effectuer un drainage péricardique ou traiter une plaie cardiaque ou vasculaire doit être possible.

Pour la pose de défibrillateurs et stimulateurs triple chambre (DCI – STC) l'activité doit être évaluée. L'activité doit être réalisée en s'appuyant sur les recommandations. La réactivation d'un registre national est opportune et l'engagement des structures à le renseigner sera prévu dans les CPOM.

Par ailleurs pour l'activité d'implantation des DCI-STC les établissements doivent mettre en œuvre une astreinte en rythmologie 24 heures sur 24 par un médecin satisfaisant aux critères de formation recommandés par la SFC

Pour la pose des stimulateurs conventionnels

Les professionnels doivent être attentifs aux recommandations des sociétés savantes. Il est recommandé que les cardiologues qui contrôlent périodiquement ces stimulateurs soient « qualifiés ».

Il est recommandé que tous les médecins pratiquant des implantations de stimulateurs et que tous ceux impliqués dans le suivi des patients porteurs de stimulateurs cardiaques suivent une formation continue régulière.

4.9.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Après une réduction sensible du nombre de centres d'angioplastie en 2011, l'évaluation des pratiques sera une nécessité absolue pour en permettre une harmonisation et une amélioration dont l'enjeu est la qualité et la sécurité optimales des soins délivrés aux patients

En fonction des bilans quantitatif et qualitatif de l'évaluation, l'effort de regroupement des centres d'angioplastie sera poursuivi en saisissant toutes les opportunités de partenariat et de mutualisation des équipes. Une nouvelle réduction du nombre d'implantations d'angioplasties à 15 sera envisagée ultérieurement afin d'améliorer l'efficience de l'organisation globale.

Les deux territoires alpins devront s'appuyer sur les centres les plus proches. Une évaluation de ces activités notamment en électrophysiologie pourra conduire, si le besoin est objectivé, à envisager de revoir le nombre de sites.

Dans le Var une complémentarité étroite avec à terme un partage d'activité est à mettre en œuvre entre l'HIA et les établissements autorisés afin que ces centres atteignent une masse critique d'activité permettant des soins sécurisés, de qualité et pérennisant la permanence des soins.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

4.9.4 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Activité d'électrophysiologie 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

Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Actes d'électrophysiologie 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	0	0
Hautes Alpes	Actes d' électrophysiologie 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	0	0
Alpes Maritimes	Actes d'électrophysiologie 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	6	6
Bouches-du-Rhône	Actes d'électrophysiologie 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	6	6

Var	Actes d'électrophysiologie 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	2*	2*
Vaucluse	Actes d'électrophysiologie 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	2	2
Total Région		**16**	**16**

Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Hautes Alpes	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0

Alpes Maritimes	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Bouches-du-Rhône	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	1	1
Var	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Vaucluse	Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Total Région		**1**	**1**

Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0
Hautes Alpes	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0

Alpes Maritimes	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	5	5
Bouches-du-Rhône	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	10	10
Var	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	3*	3*
Vaucluse	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Total Région		**20**	**20**

*dans le cadre d'un GCS avec un HIA

4.9.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d'autorisation (sur les trois dernières années).

Indicateurs relatifs aux actes d'angioplasties coronaires

Chaque établissement doit renseigner le registre des activités d'angioplastie qui comporte les items suivants :

- nombre total de patients pris en charge (code géographique PMSI, âge) dans l'année
- nombre de procédures réalisées par patient dans l'année
- nombre total de stents implantés (actifs et non actifs) par patient et par an
- nombre d'actes d'angioplasties par an
- mode d'entrée des patients relevant d'un acte d'angioplastie :
  - répartition selon l'urgence, l'accès direct en salle de cathétérisme, urgence différée, réglée ;
  - répartition selon le motif : reprise pour complication, reprise programmée ;
- nombre de séjours (et durée) en unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) par type d'actes interventionnel et nombre total de séjours (et durée) ;
- nombre d'actes non programmés réalisés pendant les heures d'ouverture et en période de permanence des soins ;
- nombre annuel d'angioplasties coronaires en phase aiguë d'IDM ST+ (<12h, primaire ou après thrombolyse) ;
- nombre de coronarographies isolées ;
- nombre de procédures d'angioplastie réalisées dans la foulée de la coronarographie diagnostique ;
- nombre de coronarographies réalisées par un cardiologue n'effectuant pas de manière régulière des procédures d'angioplastie ;
- répartition des procédures d'angioplastie par indication clinique (distinguer l'indication initiale et les indications ultérieures en cas de multi procédures) :
  - angor stable ;

- ischémie silencieuse ;
- SCA avec sus décalage de ST ;
- SCA sans sus-décalage du segment ST (avec ou sans élévation de la troponinémie).

Deux indicateurs complémentaires sont mis en place :

- taux d'infections nosocomiales liées à l'activité d'angioplastie ;
- nombre de tables de coronarographie ;
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité, les radiations ionisantes.

Ces données doivent être également fournies par site d'implantation.

Indicateurs relatifs aux actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle et d'implantation de stimulateurs et défibrillateurs

- nombre total de patients pris en charge : origine géographique - classe d'âge ;
- ventilation des actes ;
- ventilation des indications ;
- nombre de séjours comprenant une reprise ;
- taux de mortalité hospitalière lié à cette activité ;
- taux d'infections nosocomiales liées à cette activité ;
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité, les radiations ionisantes ;
- tableau d'astreinte en rythmologie interventionnelle ;
- nombre et identification des chirurgiens présents sur place ayant compétence à assurer la prise en charge des complications vitales (tamponades).

MEDECINE D’URGENCE

4.10 Médecine d'urgence

Dans le contexte de recomposition de l'offre de soins et de regroupement des plateaux techniques, il est plus que jamais indispensable de garantir l'accès aux soins d'urgence dans de bonnes conditions. Les enjeux sont donc, à l'instar des volets « urgence » des SROS précédents, d'assurer un maillage permettant de garantir l'équité d'accès aux soins non programmés, mais également d'améliorer la coordination des principaux intervenants et notamment :

- l'articulation de la médecine ambulatoire et de l'offre hospitalière ;
- la mise en œuvre d'une organisation territoriale des urgences dont les réseaux territoriaux d'urgence sont les pivots. Ces réseaux regroupent l'ensemble des établissements de santé contribuant à la prise en charge des urgences et de leur suite. Cette organisation doit permettre, en lien avec les Services d'Incendie et de Secours et les transporteurs sanitaires, l'orientation des patients vers la structure la plus adaptée à leur prise en charge.

4.10.1 Bilan de l'existant

4.10.1.1 Structures de prise en charge des urgences hospitalières et préhospitalières

L'OFFRE

Au total, la région dispose de 56 sites d'accueil de soins de médecine d'urgence (y compris les 2 sites des Hôpitaux d'Instruction des Armées) dont 7 sites spécialisés d'accueil pédiatrique. La répartition des sites permet à 99% de la population d'accéder à un site d'accueil en moins de 45 minutes (et 85% en moins de 15 minutes).

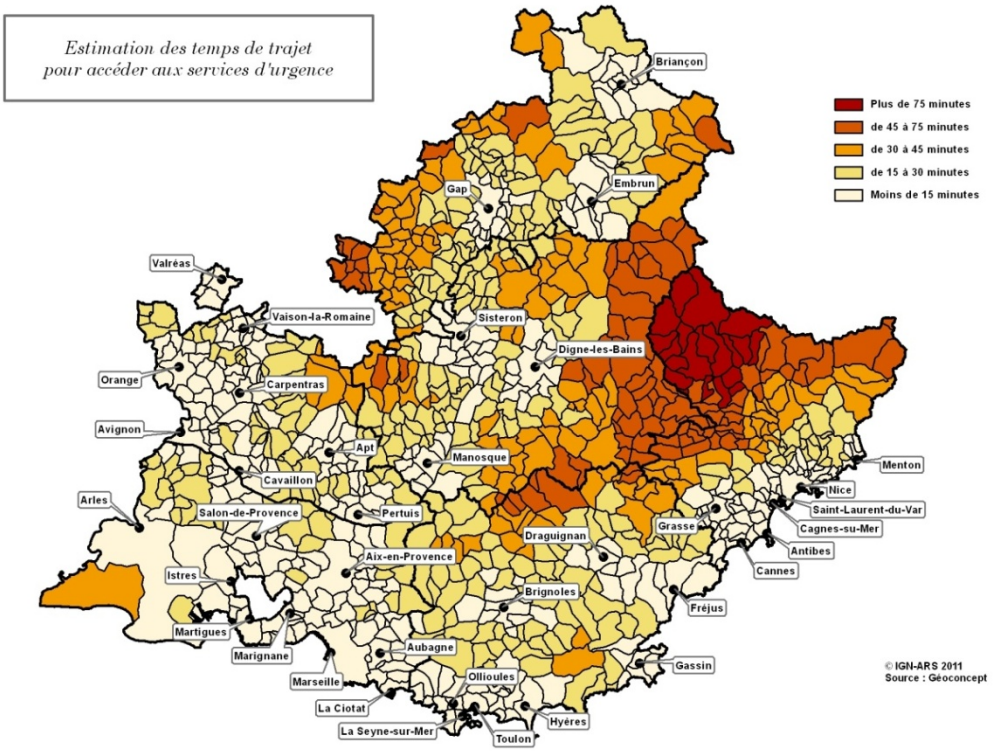
Deux projets de regroupement sont en cours de réalisation à Marseille. La couverture géographique apparaît satisfaisante.

Les SAMU sont implantés dans chaque chef lieu de département et sont donc au nombre de 6.

Le nombre d'implantations des SMUR est de 25 sites auxquels se rajoutent 4 antennes permanentes et une antenne saisonnière. A noter que, outre ces moyens, les SDIS avec leur Service de Santé et de Secours Médical, concourent à cette organisation.

TERRITOIRES	ACCUEIL D'URGENCE	ACCUEIL PEDIATRIE	SAMU	SMUR
ALPES DE HAUTE PROVENCE	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)		Digne (1)	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)
HAUTES ALPES	Briançon (1) Embrun* (1) Gap (1)		Gap (1)	Briançon (1) Gap (1)
ALPES MARITIMES	Antibes (1 Cagnes (1) Cannes (1) Grasse (1) Menton (1) Nice (3) St Laurent du Var (1)	Nice (1)	Nice (1)	Antibes (1) Cannes (1) Grasse (1) Nice (1) Menton (antenne de Nice)
BOUCHES DU	Aix (2)	Aix (1)	Marseille	Aix (1) Arles (1) Aubagne (1)

RHONE	Arles (1) Aubagne (2) Istres (1) La Ciotat (1) Marignane (1) Marseille** (7+1 HIA) Martigues (1) Salon (1)	Marseille (3)	(1)	Marseille (1) Martigues (1) Salon (1)
VAR	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1) La Seyne (1) Ollioules (1) Toulon (1+1 HIA)	Toulon (1)	Toulon (1)	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1 et 1 antenne saisonnière) Toulon (1)
VAUCLUSE	Apt (1) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (1) Vaison* (1) Valréas* (1)	Avignon (1)	Avignon (1)	Apt (antenne d'Avignon) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (antenne d'Aix) Vaison (antenne d'Orange)



A noter que 99,3 % de la population habite à moins de 45 minutes d'un service d'urgence.

L'ACTIVITE

- **Structures d'accueil des urgences**

Activité des services d'urgence 2010

	04	05	06	13	83	84	PACA
total de passages	54357	49181	320883	552588	271522	179239	1427770
passages Patients < 1 an	1279	754	8202	26187	7344	6824	50590
passages Patients >= 75 ans	7066	6072	44228	56994	38678	22422	175460
Hospitalisations hors UHCD	5890	10229	37534	70665	33164	21196	178678
Hospitalisations en UHCD	4611	2596	22252	32437	33460	12844	108200
Transferts vers un autre établissement	1527	636	5384	6908	8081	4519	27055

*source serveur régional de veille et d'alerte

L'activité des structures d'urgence, qui a augmenté de 5.9% en 4 ans, est relativement stable sur les 2 dernières années :

- 1 348 083 en 2007,
- 1 368 476 en 2008,
- 1 421 571 en 2009,
- 1 427 780 en 2010.

La mission prioritaire des services d'urgence reste la prise en charge des urgences lourdes médicales, chirurgicales et psychiatriques. Leur nombre n'a pas subi ces dernières années d'évolution significative. Ce ne sont donc pas elles qui expliquent l'augmentation d'activité des services d'urgence notée ces dernières années.

C'est beaucoup plus la réponse à un besoin de soins inopinés, qui n'est pas la vocation première de ces services, qui génère cette croissance d'activité. Ce besoin relève davantage d'une prise en charge ambulatoire. Il entraîne un surcroît d'activité préjudiciable à la disponibilité des équipes et donc à l'efficacité du service pour assurer sa vocation.

Si les services se sont adaptés à cette croissance constante pour y faire face, elle génère néanmoins une fragilité importante. En effet, les services des urgences fonctionnant à flux tendu, ont des difficultés pour s'adapter aux variations quotidiennes, hebdomadaires ou saisonnières d'activité. De ce fait, le « moindre grain de sable » dans le dispositif entraîne une saturation complète du service.

Malgré ces difficultés, les urgences lourdes font l'objet d'une prise en charge initiale adaptée. Par contre la suite des soins en aval de celle-ci, que ce soit au sein des établissements ou après une demande de transfert, est parfois plus difficile à mettre en œuvre.

- **Urgence pré hospitalière**

Sur les dernières années, on note une augmentation de l'ensemble du nombre de transports, qu'ils soient ou non médicalisés. Les causes sont multifactorielles et les éléments disponibles ne permettent pas d'affiner l'analyse.

Evolution de l'activité d'urgence pré hospitalière

	2007	2008	2009	2010
Nombre d'appels	1521756	1544147	1366875	1534123
Nombre d'affaires	803346	821552	879863	842371
Conseil médical	188358	190506	222251	193244
Ambulance privée	66305	71923	72799	74532
Consultation médecine générale	29697	29062	30554	27552
Visite médecin généraliste	47153	50543	53293	50844
Envoi d'un VSAB (hors SMUR	126293	135468	160701	174612
Moyen médicalisé par le SDIS	5861	5928	5263	4139
SMUR primaire	48437	47502	51601	53960
SMUR inter hospitaliers	12618	12000	13481	13967

*source serveur régional de veille et d'alerte

Rapportées à la population de chaque département, ces données mettent en évidence de grandes disparités dans le recours de celle-ci au Centre 15 par département et dans la réponse apportée par ce dernier à cette demande. La réponse est largement dépendante de la disponibilité des moyens.

activité urgence préhospitalière 2010 par département

	04	05	06	13	83	84	PACA
Nb appels	73126	59331	382304	550843	358353	110166	1534123
Nb total affaires	36639	47434	226387	314118	158212	59581	842371
Conseil médical	9793	8583	39036	88180	37599	10053	193244
Ambulance privée	4990	4833	15246	17657	23396	8410	74532
Consultation médecine générale	4700	3960	15900	878	0	2114	27552
Visite médecin généraliste	1441	1049	11824	20730	3333	12467	50844
Envoi d'un VSAB (hors SMUR)	7597	1924	19488	79152	59670	6781	174612
Moyen médicalisé par le SDIS	84	97	2002	1409	474	73	4139
SMUR primaire	1507	2119	7258	20643	9217	13216	53960
SMUR inter hospitaliers	236	390	2861	4984	2939	2557	13967
TIH Médicaux Néo-natals	1	0	276	344	104	115	840
TIH Infirmiers	0	3	421	0	746	0	1170

*source serveur régional de veille et d'alerte

A noter que ces données doivent être interprétées avec prudence car les définitions comme les modalités de recueil restent encore disparates entre les différents SAMU.

- **La régulation**

L'organisation d'une régulation mixte, hospitalière et libérale, permet d'apporter une réponse spécifique suivant la nature de l'appel (permanence des soins, aide médicale urgente ….).
L'ensemble des établissements sièges de SAMU a signé une convention avec une association de médecins libéraux. Cette convention garantit la présence de médecins libéraux au sein des Centres 15. Cette organisation a permis d'améliorer l'articulation entre la permanence des soins et l'aide médicale urgente.
Il est souhaitable que les Services d'Incendie et de Secours y participent également, ce qui n'est le cas dans notre région, que dans 2 départements (Bataillon des Marins Pompiers pour Marseille dans les Bouches du Rhône et SDIS dans le Vaucluse).

- **Les transports médicalisés**

Le bilan de l'organisation globale des urgences pré hospitalières fait apparaître un maillage suffisant en termes d'implantation des SMUR.
Cependant pour la couverture de certaines zones fragiles, il est nécessaire d'améliorer la coordination entre les SMUR terrestres ou héliportés (hélicoptères sanitaires et hélicoptères d'Etat) et les moyens de secours des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS).

- **L'articulation SAMU-SDIS-transporteurs sanitaires**

L'interconnexion 15/18 est effective dans tous les départements.
Le développement d'Antares permettant l'interopérabilité des services publics participant aux missions de la Sécurité Civile facilitera encore davantage la communication entre les SAMU et les SDIS.
Le déploiement est en cours dans la région et déjà opérationnel dans 3 départements
Les conventions bipartites (SAMU/ SDIS et SAMU/Transporteurs sanitaires), en cours de révision, doivent intégrer les principes d'organisation des référentiels communs Secours à personne / Aide Médicale Urgente (arrêté du 24 avril 2009) et SAMU / Transporteurs sanitaires (arrêté du 5 mai 2009).

Les difficultés sont objectivées par les indisponibilités ambulancières qui se définissent par le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés constaté par le Centre 15 lorsque ce dernier les sollicite pour des interventions relevant de leurs missions.
Le Centre 15 doit alors mobiliser le Service d'Incendie et de Secours pour faire effectuer le transport.
Les interventions réalisées par les SIS dans ce cadre font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements sièges de SAMU.

Interventions SDIS par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés

Département	Siège de SAMU	enquête 2008 nombre d'interventions déclarées	enquête 2009 nombre d'interventions déclarées
04	**CH Digne**	61	250
05	**CH GAP**	300	350
06	**CHU NICE**	4 919	2 525
13	**AP-HM**	6 550	6 448
83	**CHI TOULON**	2 073	1 800
84	**CH AVIGNON**	295	349
Région	**PACA**	**14 198**	**11 722**

*source enquête annuelle DGOS

Le taux d'indisponibilités ambulancières est élevé en région PACA par rapport à la moyenne nationale. Cependant il est très différent selon les départements. Il est indispensable d'harmoniser, dans les conventions SAMU/SDIS et SAMU /Transporteurs sanitaires, la définition réglementaire des indisponibilités ambulancières.

L'information réciproque entre la régulation médicale et les services d'incendie et de secours, pourtant réglementaire, reste insuffisante pour garantir une bonne articulation entre le déclenchement des transports sanitaires privés et les services d'incendie et de secours. Elle diminue de ce fait la performance de l'ensemble du dispositif même dans les zones urbanisées disposant de moyens de transports sanitaires privés importants.

4.10.1.2 Permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires, mission de service public, consiste à mettre en place une organisation territoriale articulée en amont de l'arrivée aux urgences pour apporter une réponse à une demande de soins non programmée aux heures de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé. Elle se distingue de l'aide médicale urgente qui répond à un besoin mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
Le dispositif s'appuie sur la régulation médicale des appels.

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) est organisée sur l'ensemble des territoires de santé de la région, dans le cadre de cahiers des charges départementaux. Les CODAMUPS se réunissent au moins une fois par an et des ajustements de secteurs ou de couverture horaire ont été régulièrement mis en œuvre.

Les modalités de définition des secteurs de gardes (distances, population couverte et offre de soins) ne sont pas homogènes d'un département à l'autre ; il en est de même concernant la réponse apportée selon les tranches horaires.

Lorsque la PDSA est organisée en nuit profonde (de 0h à 8h), l'activité est souvent extrêmement faible, à l'exception des zones urbaines côtières. En revanche, l'activité des dimanches et fériés est soutenue sur la plupart des secteurs.

En zone urbaine, la désaffection des médecins généralistes installés en cabinet pour participer à la PDSA est partiellement compensée par la présence d'associations de type « SOS médecins ».

Les maisons médicales de garde apparaissent comme un facteur structurant et mobilisateur ; Il en existe actuellement 18 qui répondent au cahier des charges régional. Le développement de ces structures a été notamment encouragé à proximité immédiate des services autorisés à l'accueil des urgences.

	Nombre de secteurs avant minuit	**Nombre de secteurs après minuit**	**Nombre de secteurs samedi après midi**	**Nombre de secteurs dimanche et fériés**
Alpes de Haute Provence	22	16		21
Hautes Alpes	10	7		13
Alpes Maritimes	52	48	55	55
Bouches du Rhône	50	29	65	65
Var	19	8	19	19
Vaucluse	10	2	31	31
PACA	163	110	170	204

4.10.2 Orientations stratégiques

L'ensemble des orientations vise à répondre à quatre objectifs :

1°) Améliorer l'accès aux soins et faciliter l'orientation des patients directement vers le plateau technique adapté à la pathologie :

- en améliorant l'articulation entre la médecine libérale et la régulation médicale ce qui passe par la présence de médecins libéraux au sein du C15 et sur le terrain (PDSA) ;
- par la disponibilité et la coordination des moyens de transports qu'ils soient sanitaires ou de secours, médicalisés ou non (développement de logiciels de géo localisation, régulation de l'engagement des moyens, information en temps réel sur leur disponibilité) ;
- grâce à l'accessibilité des plateaux techniques et des services destinataires adaptés (Répertoire Opérationnel des Ressources, gestion anticipée des tensions hospitalières)

2°) Fédérer les moyens disponibles sur un territoire de santé : ambulatoires, hospitaliers, SIS, transporteurs sanitaires :

- par la signature de conventions SAMU/SDIS et SAMU/Transporteurs Sanitaires. La mise en cohérence de leurs référentiels respectifs nécessite de fixer des objectifs communs qui doivent être inscrits à l'identique dans chacune des conventions ;
- par le respect de la réglementation hospitalière lors de la participation des médecins hospitaliers aux missions de secours médicalisé

  Un bon équilibre du partage des moyens médicaux entre les établissements de santé et les SIS passe par une définition, conforme aux exigences règlementaires des règles d'engagements des personnels médicaux partageant leur activité entre services hospitaliers et missions de sapeur-pompier volontaires. Ces règles doivent faire l'objet d'une convention entre les établissements de santé et les SDIS ;
- par la poursuite du déploiement d'Antares et son utilisation opérationnelle par les différents acteurs concernés.

3°) Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- par le développement de l'informatisation et la saisie exhaustive des données médicales ;
- par la sécurisation du parcours des patients grâce à la régulation et au suivi de leur prise en charge pré hospitalière.

4°) Améliorer la performance et l'efficience du dispositif pré hospitalier :

- par la coordination des moyens disponibles sanitaires et de secours (articulation SROS/SDACR)[35] ;
- par la poursuite de la réflexion sur le bon dimensionnement du parc et la bonne utilisation des moyens héliportés (hélicoptères sanitaires et hélicoptères d'Etat) ;
- par l'harmonisation des conditions d'engagement des moyens par la régulation médicale et par les services d'incendie et de secours et l'amélioration de l'information réciproque sur ces engagements.

[35] Schéma départemental de couverture des risques

4.10.2.1 La Permanence des soins ambulatoire (PDSA)

4.10.2.1.1 L'organisation régionale

La loi HPST a transféré du préfet de département à l'Agence régionale de santé la responsabilité d'organiser la permanence des soins ambulatoires. Le pouvoir de réquisition reste de la compétence du préfet, sur proposition de l'ARS.
L'ARS est également compétente pour fixer le tarif de l'astreinte et de l'heure de régulation des libéraux, dans le cadre d'une enveloppe régionale annuelle fermée.

Cette nouvelle organisation est consignée au sein du cahier des charges régional, complété par des annexes départementales qui précisent le découpage des territoires de permanence des soins, l'organisation des effecteurs et de la régulation des appels et le montant de la rémunération de ces deux activités.

L'organisation de la PDSA doit pouvoir s'organiser au sein des espaces de santé de proximité (cf. schéma régional de l'organisation des soins ambulatoires), partant du principe que l'organisation et la coordination diurne doivent pouvoir trouver une continuité la nuit et le week-end. Néanmoins, la transition entre les anciens secteurs de gardes et les nouveaux territoires de PDSA, doit se faire de manière concertée et progressive. Certaines exceptions restent possibles, notamment en ce qui concerne les territoires de PDSA interdépartementaux.

Sur un territoire de PDSA un ou plusieurs effecteurs peuvent être mobilisés, avec une grande souplesse dans l'organisation. La complémentarité des acteurs sera toujours recherchée, afin de répondre au mieux aux besoins de la population ; cette démarche doit être particulièrement encouragée sur la période minuit-8h.

Le développement des maisons médicales de garde à proximité immédiate des services d'urgence dans les établissements autorisés à cette activité sera encouragé. Cette organisation doit permettre de fluidifier les passages aux urgences et de recentrer chaque acteur sur ses missions.

En milieu rural, s'il existe des maisons de santé pluriprofessionnelles, la création de maisons médicales de garde devra s'appuyer sur ces structures.

La régulation des appels de PDSA est organisée au sein des centres 15. Des dispositifs de régulation libérale, hors des murs des centres 15, peuvent être proposés, dès lors qu'ils auront fait la preuve de leur plus value. Ils doivent être interconnectés avec le centre 15. En tout état de cause, il n'existe qu'une seule régulation libérale par département.

Le montant des forfaits d'astreinte et de régulation libérale est fixé par le cahier des charges régional de la PDSA, dans le respect de l'enveloppe régionale. Le tarif est unique en tout point du territoire. Pour la régulation libérale, il peut varier selon les tranches horaires.

4.10.2.2 La régulation

L'amélioration de la réponse apportée par la régulation des Centres 15 passe par la mise en œuvre des priorités suivantes :

- garantir une réponse adaptée par le maintien de plateformes de régulation mixte hospitalière et libérale.
  Le règlement intérieur de la salle de régulation devra être conforme à un règlement type. Celui-ci définira précisément les principes d'organisation et le rôle de chacun (notamment Assistant de Régulation Médicale, médecin hospitalier et médecin libéral) ainsi que les conditions de leur articulation.

- optimiser les ressources engagées :

- en ajustant les moyens aux besoins qualitativement (présence de la médecine libérale et hospitalière) et quantitativement notamment lors des pics d'activité saisonniers ou hebdomadaires ;
- par la mutualisation des ressources disponibles dans les différents SAMU en s'appuyant sur leur interconnexion, en cas d'indisponibilité de l'un d'entre eux.
- Cette interconnexion permet d'échanger les dossiers de régulation. Les données devront également pouvoir être transférées aux SMUR et aux structures d'urgence.
- La mise en place de partage des ressources doit être réalisée entre les SAMU 04 et 05 pour lesquels la mutualisation des Centres de Réceptions et de Régulation des Appels (CRRA) demeure une priorité déjà prévue dans le SROS 3.

- sécuriser et diversifier la réponse apportée :
  - par le recours au débordement d'appel pour permettre la prise en charge des appels à un CRRA par un autre, lorsque le premier n'est pas en mesure de prendre l'appel ;
  - par la mise en service de la plateforme d'information régionale en santé pour informer la population sur des questions de santé ;
  - en apportant une réponse adaptée aux « patients remarquables » nécessitant, en cas d'urgence, une prise en charge spécifique (assistance respiratoire…). En effet, certains patients nécessitent d'être connus par la régulation avant tout appel au 15. La déclaration de ces patients au SAMU devra être réalisée directement par les professionnels qui en assurent le suivi sur un outil accessible sur internet.

- sécuriser les Centres 15
  Les recommandations nationales doivent être mise en œuvre dans chaque structure. En matière de téléphonie, l'installation doit être sécurisée (sécurisation des autocommutateurs, des serveurs et des liaisons) de façon à éviter, lors d'évènements imprévisibles, une perte complète de réception des appels.

- garantir la performance du dispositif régional de régulation par l'harmonisation des pratiques de régulation et le partage des dispositifs d'évaluation de l'activité des SAMU-centres 15,
  Les indicateurs d'activités doivent pouvoir être mis en ligne en temps réel. Cette préconisation doit être appliquée à tous les départements. Elle sera utilisée pour le plan «hôpital en tension».

4.10.2.3 Les SMUR

Principes organisationnels généraux

Les implantations actuelles des SMUR permettent de répondre de manière adaptée aux besoins de la population. Aussi aucun nouveau site d'implantation n'est envisagé.

Cependant des améliorations du dispositif sont nécessaires, notamment en matière de coordination, d'optimisation des moyens engagés et de qualité des pratiques ainsi que pour renforcer l'égalité d'accès de la population aux soins urgents en moins de 30 minutes, conformément aux dernières orientations nationales

- Optimisation des moyens engagés :
  - par la définition du périmètre d'intervention des SMUR sur la base des délais d'intervention. Les secteurs d'intervention de chaque SMUR sont précisés dans la liste des communes de 1er appel (cf. annexe «communes de rattachement des SMUR») ;
  - par la connaissance en temps réel de la disponibilité et de la localisation des moyens. A ce titre, la géo localisation des moyens SMUR est une priorité. Elle sera réalisé au moyen du réseau Antares ;
  - par la rationalisation des moyens disponibles dans chaque établissement

La mutualisation entre équipe de SAMU, d'urgence et de SMUR d'un même établissement ou d'établissements voisins est une priorité.

- Sécurisation des moyens engagés
  - une intervention SMUR primaire ou un transport inter-hospitalier doit toujours être régulé par le SAMU de référence ;
  - les modalités de l'organisation des transports inter hospitaliers doivent être définies dans chacun des territoires.

- Amélioration de la qualité des soins

L'analyse de la qualité des pratiques passe par la connaissance de l'activité réalisée. Or, l'information portant sur l'activité des SMUR reste encore insuffisante.

A ce titre, il faut promouvoir une informatisation régionale commune à tous les SMUR et antennes.

Le cas particulier des transports héliportés

- L'offre régionale héliportée
  Elle est importante puisque la région dispose de 5 hélicoptères sanitaires et de la participation des hélicoptères d'Etat aux missions sanitaires.

  L'intérêt des transports héliportés est de garantir un transfert plus rapide que par voie terrestre. Cette condition n'est garantie que si des hélisurfaces sont présentes sur les établissements sanitaires à plateaux techniques lourds ainsi que sur les établissements isolés géographiquement sollicitant des transferts urgents.
  Il est indispensable que ces établissements disposent d'une zone de posé aux normes (hélisurface ou hélistation selon l'importance de l'activité héliportée et aire de stationnement pour les établissements disposant d'un hélicoptère sanitaire)

- La coordination régionale
  Une coordination régionale de l'ensemble des moyens héliportés sanitaires disponibles est indispensable. Confiée au SAMU 13, elle permet de connaître en permanence les moyens disponibles sur la région afin de déterminer le vecteur à engager sur la base d'arbres décisionnels.

  Les objectifs essentiels sont :
  - d'éviter toute redondance des moyens engagés sur une intervention ;
  - d'engager l'hélicoptère sanitaire sur les indications médicales justifiées ;
  - d'anticiper le placement du patient en service spécialisé ;
  - de gérer en temps réel les mouvements aériens régionaux ;
  - de sécuriser les conditions d'intervention et de vol.

- L'organisation des hélicoptères sanitaires

Une réflexion sur la distribution des hélicoptères sanitaires en coordination avec les hélicoptères d'état est en cours de finalisation. Les conclusions de cette réflexion devront guider les évolutions nécessaires.

Les médecins correspondants de SAMU

Les médecins correspondants du SAMU sont formés à la prise en charge de l'urgence vitale.
Ils constituent des relais utiles, en liaison permanente avec le SAMU, dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR.

Ils ne sont nécessaires que dans les zones isolées. Ils sont déclenchés par le Centre 15 en même temps que le SMUR, lorsque son délai d'intervention est jugé trop long. Ils ont alors pour fonction de

permettre un accès en moins de 30 minutes aux soins urgents pour les populations de ces zones. Il faut donc poursuivre leur développement pour ces zones isolées.

Les transferts infirmiers inter-hospitaliers

Les transports infirmiers inter hospitaliers sont insuffisamment mise en œuvre. Appartenant en propre à des établissements hospitaliers leurs moyens peuvent être mis à disposition par voie de convention. Des protocoles précis définissant les indications retenues et les modalités de surveillance et les liaisons avec les services de référence doivent en garantir la sécurité et faciliter leur développement.

4.10.2.4 Les transports sanitaires non médicalisés régulés par le Centre 15

Ils sont destinés notamment au transport de patients qui, sur décision du Centre 15, doivent être orientés vers un établissement hospitalier dans les conditions prévues par la convention SAMU/Transporteurs sanitaires.
La présence d'ambulanciers au sein du centre 15 et l'existence de moyens de connexion entre les centres 15 et les transporteurs sanitaires pourraient permettre de réduire les indisponibilités ambulancières.
La mise en place d'une géo localisation des moyens ambulanciers permettra d'améliorer la connaissance de leur disponibilité.

4.10.2.5 L'accueil des urgences

L'objectif est d'adapter le nombre de sites d'accueil nécessaire pour couvrir les besoins de la population.
Dans les plus grandes agglomérations, le nombre de structures d'accueil des urgences reste excessif. De ce fait leurs regroupements doivent être encouragés.
Le regroupement d'autorisations précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation.

4.10.2.5.1 Accessibilité

Accessibilité

Elle doit être géographique, mais également sociale et financière. L'accessibilité financière par une application stricte des tarifs opposables doit être garantie pour les soins facturés aux urgences ainsi que lors de l'hospitalisation suivant le passage aux urgences. Dans les établissements publics, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) doit permettre l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Accès à l'imagerie en urgence

L'accès à l'imagerie conventionnelle doit être possible en permanence, de même que l'accès à l'échographie. L'accès au scanner H24 tous les jours de l'année doit être garanti.
L'accès à l'IRM 24h/24 est recommandé pour les sites possédant une unité neurovasculaire (UNV).
En effet, il est recommandé que tout patient présentant un AVC puisse bénéficier d'un examen IRM dans les 4 heures 30 suivant le début des symptômes de jour comme de nuit, 7 jours sur 7 sur tous les sites disposant d'une unité neurovasculaires. Afin d'optimiser le diagnostic et la prise en charge des patients, la télé expertise doit être organisée sur ces sites disposant d'une unité neurovasculaire.

Accès aux produits sanguins labiles

La disponibilité en produits sanguins labiles (concentrés de globules rouges et plasmas frais congelés) en urgence vitale, c'est-à-dire en moins de 30 minutes, devra être assurée selon les conditions définies dans le Schéma d'organisation de la transfusion sanguine.

4.10.2.5.2 Le réseau territorial des urgences (RTU)

Le réseau territorial des urgences (RTU) a pour mission de coordonner les moyens de chaque établissement de la région pour optimiser la prise en charge en urgence des patients en leur assurant un accès à des compétences, des techniques et des capacités d'hospitalisation.
L'organisation régionale s'appuie sur l'Instance collégiale régionale de réseaux d'urgence.
Toutes les structures d'urgence doivent transmettre les RPU en temps réel. Ils sont indispensables à l'évaluation du fonctionnement de l'organisation des urgences. Elles permettent par ailleurs d'identifier les circonstances qui justifient l'activation du plan « hôpital en tension ».

4.10.2.5.3 Filières de soins

Plateaux techniques lourds en accès direct

Il s'agit d'activités ou de plateaux techniques spécialisés nécessairement accessibles directement, sans passage par un service d'urgence. Ils répondent à des situations cliniques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

Les activités ou plateaux techniques spécialisés concernés sont exclusivement :

- réanimation adulte et pédiatrique ;
- Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) ;
- cardiologie interventionnelle ;
- UNV (comprenant obligatoirement des lits de soins intensifs de neurovasculaire) ;
- neurochirurgie ;
- neuroradiologie interventionnelle ;
- prise en charge des traumatisés sévères ;
- traitement des hémorragies par embolisation d'hémostase ;
- chirurgie cardiaque ;
- chirurgie de réimplantation des membres ou des doigts ;
- traitement des grands brûlés ;
- oxygénothérapie hyperbare.

Ils justifient la mise en place de zone de posé d'hélicoptère sur site.

Filières spécifiques

Urgences neurovasculaires (AVC)
L'accident vasculaire cérébral est une pathologie aigue, nécessitant une prise en charge en extrême urgence. En PACA, l'objectif pour l'AVC à la phase aigue consiste à mettre en place une prise en charge s'appuyant sur la télémédecine avec thrombolyse si nécessaire, puis transfert vers l'UNV

Syndrome coronarien aigu
Toute douleur thoracique suspecte de syndrome coronarien aigu doit faire l'objet d'un appel au CRRA-centre 15. Les modalités de prise en charge et les protocoles sont définis par les professionnels au sein d'une filière de soins. Cette dernière inclue la participation à un registre spécifique permettant l'évaluation des pratiques et la régulation des transports.

Chirurgie de réimplantation des membres

L'amputation traumatique d'un doigt ou d'un membre est une urgence chirurgicale qui doit être adressée sans délai vers un centre spécialisé par le CRRA-centre 15.

Populations spécifiques

Prise en charge des enfants et adolescents aux urgences

Le maillage des urgences pédiatriques correspond à 3 types de structures :

- Les établissements sans service de pédiatrie (proximité),
- Les établissements avec service de pédiatrie (recours),
- Les établissements avec pédiatrie, chirurgie pédiatrique, réanimation pédiatrique (référence).

Cette organisation devra être déclinée au niveau de chaque projet médical de territoire qui définit des moyens en regard de ces trois niveaux de soins permettant aux services d'accueil d'un territoire de disposer d'une réponse aux besoins en pédiatrie aussi bien sur le plan médical que chirurgical. Pour un territoire dépourvu de moyens pédiatriques de recours, l'organisation doit s'appuyer sur les territoires voisins.

Pour les structures d'urgence sans unité d'accueil spécifique pédiatrique, l'accueil initial est assuré au minimum par un médecin urgentiste disposant de protocoles médicaux et chirurgicaux pédiatriques.
Le volet chirurgie du SROS PRS prévoit la mise en place d'une organisation régionale en réseau de chirurgie pédiatrique qui participe également au principe de gradation des soins hospitaliers

Cette gradation suppose une contractualisation pragmatique et formalisée entre ces trois types de structures (proximité, recours, référence : un avis doit pouvoir être demandé à tout moment au centre spécialisé ou de référence concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, transmission d'images…). Cette formalisation prendra la forme d'une annexe opérationnelle de la convention constitutive du réseau des urgences.

Prise en charge des personnes âgées

Actuellement, plus de 12% des passages aux urgences concernent des personnes âgées de plus de 75 ans (alors qu'elles représentent seulement 10% de la population totale) et 5,5% pour les plus de 85 ans. Près d'un quart d'entre elles fait 2 passages ou plus par an. Par ailleurs, ces personnes âgées ont une durée de séjour aux urgences ou en UHCD plus longue, et posent des difficultés pour l'hospitalisation

Aussi, il faut limiter les hospitalisations évitables :

- en facilitant la liaison directe entre le médecin traitant et le médecin hospitalier ;
- en développant des modes de prise en charge en amont des urgences, pour y éviter un passage inapproprié : il s'agit de faciliter l'accès à l'HAD, y compris en EHPAD, hôpital de jour pour la réalisation de bilans et traitements) ;
- en déclinant de manière complète et opérationnelle des conventions entre EHPAD et établissements autorisés à la médecine d'urgence permettant un accès facilité aux services de l'hôpital en dehors de la structure d'urgences ;
- en identification des appels itératifs au 15 qui relèvent plus de problématiques sociales afin de les réorienter vers des prises en charge adaptées.

Il faut également raccourcir la durée de passage et faciliter la prise en charge aux urgences :

- En établissant des fiches de liaison à destinations des structures d'urgence pris en charge en HAD ou EHPAD.
- En faisant intervenir les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) de préférence dès l'accueil dans la structure d'urgence. L'EMG doit également assurer la liaison avec des équipes de ville pour les patients faisant des passages itératifs aux urgences.

Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit accessible dans les établissements à forte activité d'urgence.

La fluidité de la filière sera améliorée par une diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, permettant la libération plus rapide des lits d'hospitalisation destinés aux personnes âgées. Le module SSR du ROR permet une orientation plus rapide dans un SSR adapté.

Prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques

L'activité de la psychiatrie aux urgences représente 10 à 15% de l'activité totale des urgences médicales. Un diagnostic spécialisé en psychiatrie est demandé par les urgences générales dans 5 à 6% des cas. L'activité des urgences psychiatriques est en constante augmentation dans tous les établissements.

Les Centres d'Accueil Permanents (CAP) sont prévus pour répondre à l'urgence psychiatrique. Ils organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, la mise en œuvre des premiers soins nécessaires. Ils peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures (CAP 48) et sont situés dans la structure d'urgence.

Trois types d'urgences psychiatriques peuvent se présenter, avec des problèmes différents :
Les urgences psychiatriques correspondant à une décompensation d'une affection préexistante. Une réflexion est à mener sur ces patients connus des circuits de soin de manière à mieux gérer en amont, les urgences « attendues », par rupture de prise en charge ou de traitement.
Les urgences intriquées de type médico-psychiatrique (tentative de suicide, psycho traumatisme, troubles liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies).
Les situations de crise et de détresse psychosociale réalisant des états aigus à expression émotionnelle intense.

Des consultations post-urgence devraient être organisées pour ces patients, afin d'éviter une hospitalisation ultérieure.

4.10.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Mutualisation des centres de réception et de régulation des appels (CRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Mutualisation des centres de réception et de régulation des appels (CRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences :

- La structure à faible activité doit s'inscrire dans une coopération étroite avec la structure à plus forte activité.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes-Maritimes

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle (y compris l'antenne de SMUR existante).

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique) :

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches-du-Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

Suppression de 2 sites par :

- Réorganisation d'un établissement multi-sites,
- regroupement d'activités dans le cadre de la création d'une structure nouvelle issue du regroupement de deux établissements.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique) :

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

4.10.4 Objectifs quantifiés par territoire

Activités de médecine d'urgence

Territoire de santé	Activité Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Hautes Alpes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Alpes Maritimes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Bouches-du-Rhône	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Var	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Vaucluse	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
Total Région		**6**	**6**

Territoire de santé	Activité Structure des urgences	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Structure des urgences	3	3
Hautes Alpes	Structure des urgences	3	3
Alpes Maritimes	Structure des urgences	9	9
Bouches-du-Rhône	Structure des urgences	18*	16*
Var	Structure des urgences	9*	9*
Vaucluse	Structure des urgences	8	8
Total Région		**50**	**48**

* dont HIA

Territoire de santé	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	3	3
Hautes Alpes	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	2	2
Alpes Maritimes	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4*	4*

Bouches-du-Rhône	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6*	6*
Var	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6**	6**
Vaucluse	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4***	4***
Total Région		**25**	**25**

Observations :
* + 1 antenne
** + 1 antenne saisonnière
*** + 2 antennes

Territoire de santé	Activité Structure des urgences pédiatriques	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Structure des urgences pédiatriques	0	0
Hautes Alpes	Structure des urgences pédiatriques	0	0
Alpes Maritimes	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Bouches-du-Rhône	Structure des urgences pédiatriques	4	4
Var	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Vaucluse	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Total Région		**7**	**7**

Territoire de santé	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR pédiatrique)	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	0	0
Hautes Alpes	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	0	0
Alpes Maritimes	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	1	1

Bouches-du-Rhône	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	1	1
Var	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	0	0
Vaucluse	Activité Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique (SMUR pédiatrique)	0	0
Total Région		**2**	**2**

4.10.5 Indicateurs de suivi

4.10.5.1 Activité de PDSA

- le nombre de prises en charge régulées par le CRRA C15 ;
- le nombre de consultations et le nombre de visites à domicile par créneaux horaires (nuit de 20h à 24h, nuit de 0h à 8h, samedi de 14h à 20h et dimanche et fériés de 8h à 20h) ;
- nombres de certificats de décès établis en journée.

4.10.5.2 Activité du SAMU et des SMUR

- nombre d'appels et nombre d'affaires régulées ;
- nombres de sorties par SMUR : SMUR primaires, Transports Inter Hospitaliers (TIH), TIH infirmiers, TIH néonataux et pour chacun des indicateurs le sous total héliporté ;
- nombre de transports réalisés par les VSAV des SIS (hors prompt secours et secours à personne), par indisponibilités des transporteurs sanitaires privés ;
- durée moyenne d'intervention par vecteur, jours et tranche horaire de déclenchement, de départ et d'arrivée sur zone (début de prise en charge), de départ et d'arrivée à l'établissement, (donc durée totale de la mission et durée de la prise en charge) ;
- nombre d'accès direct aux plateaux techniques, en fonction des spécialités définies, et nombre d'arrivées à partir d'une structure d'urgence.

4.10.5.3 Activité des structures d'urgence

- Nombre annuel de passages aux urgences, nombre de passages journaliers, nombre de patients admis en UHCD et leur durée de séjour,
- patients de plus de 75 ans, de moins de 1 an,
- temps moyens d'attente et durée moyenne du passage aux urgences par type de passage (sortie après soins, hospitalisation ou transfert),
- classification CCMU des patients,
- nombre de patients opérés la nuit, dimanche et fériés (avec les heures d'intervention),
- nombre de patients transférés hors de l'établissement d'accueil et motif,
- proportion de patients CCMU 1 reçus pendant les heures de PDS.

Ces indicateurs, complétés secondairement par des indicateurs qualitatifs, constitueront un tableau de bord régional qui sera renseigné annuellement par toutes les structures disposant d'une autorisation de médecine d'urgence.

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

4.11 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

4.11.1 Définition

La PDSES est à différencier de la continuité des soins :

- la PDSES est caractérisée par l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, les samedis après midi, les dimanches et les jours fériés ;
- la continuité des soins par contre se décrit comme l'obligation règlementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

L'objectif essentiel de ce schéma est de faire évoluer l'organisation depuis une « approche établissement » vers une «approche territoriale».
Il ne suffit pas que chaque établissement s'organise pour répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins, il faut rechercher une organisation territoriale permettant de répondre aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale.
La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.
Il convient d'éviter le maintien de permanences dès lors qu'elles ne sont pas nécessaires à la couverture des besoins de la population en soins spécialisés inopinés.
Une permanence (garde ou astreinte) ne répond pas forcément au besoin de cette population. Son maintien peut se justifier en raison des besoins propres à un établissement. Elle n'a pas alors à être intégrée dans le dispositif de PDSES puisqu'elle correspond à la mise en œuvre des obligations de continuité des soins que doivent assumer tous les établissements (leur financement est alors inclus dans les « tarifs des séjours » - GHS).

4.11.2 Obligations règlementaires de PDSES

4.11.2.1 Consécutives à la participation au dispositif régional de PDSES

- Inscription dans le CPOM de chaque établissement des engagements pris au titre de la PDSES en application du schéma dont les modalités opérationnelles devront figurer dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR);
- Evaluation de l'activité réalisée en urgence selon les modalités définies dans le CPOM ;
- Garantie, pour cette mission de service public, de l'accessibilité financière par une application stricte des taris opposables pour tout patient adressé par le SAMU, par une structure d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.

4.11.2.2 Consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDSES

Pour certaines spécialités, le fonctionnement 24h/24 et tous les jours de l'année est une des conditions de l'autorisation et donc imposé règlementairement. Pour autant, ce fonctionnement ne rend pas obligatoire son intégration dans le dispositif de la PDSES, dès lors qu'il n'est pas nécessaire à la réponse au besoin territorial.

4.11.3 Enjeux du schéma cible de PDSES

4.11.3.1 Améliorer l'accès aux soins

Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

4.11.3.2 Améliorer la qualité de prise en charge

Sécuriser les parcours de soins non programmés pour obtenir une prise en charge directe sur le plateau technique le plus adapté.

4.11.3.3 Améliorer l'efficience

- Optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif, ;

- Eliminer les doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSES.

4.11.4 Méthode

L'analyse repose sur trois approches complémentaires :

- un état des lieux constitué par les résultats de l'enquête DHOS de 2008 validés puis complétés ;
- une approche qualitative issue de la réflexion menée par l'ORU PACA sur les situations cliniques justifiant le recours aux spécialistes et/ou à un élément de plateau technique hospitalier (diagnostics critiques) à partir des données constatées dans les services d'urgences (selon thésaurus de CIM 10) après validation par un groupe technique constitué d'urgentistes et de praticiens exerçant dans la spécialité ou sur le plateau technique concerné ;
- une approche quantitative qui détermine le volume des appels, avec déplacement physique du professionnel dans les différentes structures d'urgences ou dans un service ou sur un élément du plateau technique, réalisés pour le compte de chaque spécialité.

Cette analyse multifactorielle permet de construire un arbre de décision propre à chaque spécialité à partir du niveau de criticité (fréquence, gravité potentielle et degré d'urgence) de chaque situation décrite. Cet arbre définit pour chacune des spécialités un temps d'accès au praticien ou à l'élément du plateau technique acceptable.
Cet arbre de décision permet ensuite de définir, pour chaque spécialité, un délai d'accès maximal à partir des sites d'urgences ou en accès direct.
Cette définition du « délai acceptable » permet d'introduire une approche territoriale. Est ainsi déterminé le territoire de couverture acceptable pour une permanence des soins hospitaliers spécialisée.

Ce travail d'analyse a permis de proposer une organisation cible qui a été soumise à l'avis de l'Instance Collégiale Régionale des réseaux territoriaux des urgences.
Ainsi, chaque ligne de permanence des soins existante (garde ou astreinte) est analysée pour juger de son utilité dans le dispositif régional de PDSES et aboutir :

- au maintien ou à la création des permanences jugées indispensables ;
- à la suppression des permanences inutiles.

Il est apparu nécessaire d'identifier des permanences mutualisées.

4.11.5 Schéma cible

4.11.5.1 Principes et objectifs généraux

L'élaboration du projet cible d'organisation de la PDSES repose donc sur :

- les caractéristiques du territoire : géo démographiques, offre de soins ;
- le bilan et l'analyse des permanences hospitalières existantes (nombre de « lignes par spécialité, localisations, activité…) ;
- l'analyse qualitative des recours à la PDSES.

4.11.5.2 Objectifs stratégiques

<u>Définition d'un délai acceptable</u>

L'approche qualitative permet d'aborder chaque spécialité sous l'angle d'un délai d'accès acceptable.
Si la réponse doit être immédiate, chaque fois que cela est envisageable, tout établissement qui accueille les urgences devra se doter, pour la spécialité concernée, d'une permanence de soins.

A l'opposé un certain nombre de spécialités ne relève jamais d'une permanence des soins hospitaliers mais toujours de la continuité des soins. Il s'agit de spécialités auxquelles les structures de prises en charge des urgences n'ont jamais besoin de recourir.
C'est notamment le cas de la médecine polyvalente et de la gériatrie. Pour ces spécialités, les médecins sont seulement appelés dans les services (de médecine ou de gériatrie) pour assurer, après une décision d'hospitalisation prise dans la structure d'accueil, la continuité des soins hospitaliers.

Tous les intermédiaires entre ces deux situations extrêmes sont possibles.

A noter que l'ensemble des activités qui relèvent d'un SIOS est intégré dans le dispositif de PDSES à l'exception des greffes qui font l'objet d'une organisation spécifique.

<u>Introduction d'une approche territoriale</u>

Cette définition du « délai acceptable » permet de déterminer le territoire de couverture acceptable pour une permanence des soins spécialisée.

Ce territoire peut donc :

- être limité à l'établissement lui-même lorsqu'aucun déplacement du malade n'est possible, en raison de sa gravité potentielle. Dans ce cas, seule une permanence partagée pour plusieurs établissements recevant des urgences dans cette agglomération est envisageable (déplacement du praticien auprès du malade non déplaçable) ;

- correspondre à un périmètre de la taille d'une agglomération lorsque le déplacement du patient est possible dans un délai compatible avec l'étendue de l'agglomération ;
- correspondre à la taille d'un territoire plus vaste encore, lorsque le délai est moins contraint mais relève encore le la PDSES ;
- correspondre à la région elle-même.

C'est le cas pour les spécialités définies dans les SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro radiologie interventionnelle, grands brûlés...) ;

C'est aussi le cas pour quelques rares spécialités, relevant de la télémédecine car ne nécessitent pas de contact direct entre le patient et le professionnel mais pour lesquelles un avis spécialisé à distance reste indispensable à une réponse adaptée au dispositif de permanence des soins.

Prise en compte de la fréquence de recours

Chaque spécialité induit un volume très spécifique d'activité pendant les nuits et les fins de semaines, aux horaires de permanence des soins.
Il faut donc ajuster, dans chaque territoire identifié, le nombre de permanences retenu en fonction du volume d'activité généré. Si l'activité est supérieure au potentiel réalisable par une équipe, et seulement dans cette circonstance, il faut introduire une deuxième, voir plusieurs permanences complémentaires pour répondre aux besoins de la zone concernée.

Spécialité relevant de la PDSES

Le schéma de la PDSES répond de fait à plusieurs types de situations. Il s'agit principalement de :

- PDSES répondant à la continuité d'aval des structures d'urgences ;
- ou PDSES justifiant d'un accès immédiat direct à une des spécialités ou éléments de plateau technique définis dans le chapitre du SROS relatif à la médecine d'urgence.

4.11.5.3 Objectifs opérationnels par territoire

Les principes d'organisation des PDSES par spécialité dans chaque territoire sont présentés dans le tableau en annexe.
Leur déclinaison par territoire et pour l'ensemble des spécialités, est précisée dans un cahier des charges régional revu annuellement. Ce cahier des charges décrit la contribution apportée au dispositif de PDSES, par chaque établissement et ceci par spécialité ou élément du plateau technique.

4.11.5.4 Suivi et évolution du schéma (cahier des charges)

Une Instance Collégiale Régionale de la PDSES est mise en place pour contribuer au suivi et à l'évolution du cahier des charges de la PDSES.

Elles regroupent des représentants des fédérations hospitalières et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux (URPS).

L'organisation de la PDSES est évolutive. Elle est définie dans le cahier des charges régional annuel.
Les évolutions peuvent concerner :

- toutes les formes de mutualisation de la PDSES entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du projet régional ; elles constituent en effet une priorité majeure pour l'ARS ;

- les évolutions réglementaires et techniques ;

- les modifications de l'organisation des soins dans un territoire ;
- les créations de nouvelles PDSES prévues dans le projet (UNV par exemple) ;
- d'autres créations de PDSES, si nécessaire.

Lorsqu'un établissement considère qu'il contribue à la PDSES pour une ou plusieurs des activités non encore identifiées dans le dispositif, mais inscrite(s) dans le ROR, il devra procéder au recueil prospectif de l'activité réalisée en période de PDSES, et ce pendant une période significative. L'ARS vérifiera a posteriori la légitimité de cette demande.

Certaines activités essentielles ne figurent pas dans le dispositif initial. Après analyse, elles viendront compléter le dispositif de PDSES. Il s'agit notamment de la psychiatrie, de la biologie et de la pharmacie.

Afin de prendre en compte les évolutions nécessaires, le schéma de la PDSES fera l'objet d'une révision annuelle.

4.11.6 Tableau de bord de suivi de l'activité

Pour chaque établissement, nombre et motifs de recours à la PDSES* :

- par spécialité ;
- par jour et plage de PDSES ;
- et pour chaque recours, suites données pendant les heures de PDSES (consultations, actes…) figurant au dossier médical.

Les modalités de recueil et de validation seront définies par l'ARS en lien avec les fédérations de l'hospitalisation et l'URPS.

*nuits de 20h à 8h, samedis à partir de 12h, dimanches et jours fériés

Spécialités	Stratégie régionale
Anatomie et cytologie pathologiques	Cette spécialité n'induit pas une obligation de PDSES, en dehors de l'activité de greffe qui fait l'objet d'une organisation spécifique (cf 4-11-5-2)
Anesthésie-réanimation adulte	Chaque site disposant d'une PDSES pour une activité chirurgicale ou obstétricale devra disposer d'une PDS-ES d'anesthésie. La simultanéité d'une activité obstétricale de plus de 2000 naissances et d'une activité chirurgicale retenue dans le schéma de la PDS ES justifie un double dispositif de garde et d'astreinte pendant les périodes de double inscription dans la PDS ES.
Anesthésie-réanimation pédiatrique	La PDSES est retenue dans les unités de chirurgie pédiatriques.
Cardiologie	Il est souhaitable que toute structure d'urgences puisse faire appel à un cardiologue. Cette spécialité doit être prise en charge dans le cadre des complémentarités et être traitée en recourant à la télémédecine. En première analyse, dans les zones sans plateau technique interventionnel, le maintien d'une permanence dans l'établissement développant une activité d'urgence significative se justifie pour éviter d'inutiles transferts vers des établissements plus éloignés.
Cardiologie : Electrophysiologie et Rythmologie	Le volume d'activité réalisé en urgence, aux horaires de PDSES, ne justifie pas l'indentification d'une ligne d'astreinte sur tous les sites. Les astreintes sur les sites des 2 établissements hospitalo-universitaires couvrent les besoins régionaux.
Cardiologie interventionnelle	Les PDSES est retenue sur tous les sites autorisés à la pratique de l'angioplastie coronaire.
Chirurgie infantile	Les PDSES sont retenues dans les unités de chirurgie pédiatriques.
Chirurgie Thoracique	Ces PDS-ES doivent pouvoir être mises en place dans les sites assurant une mission de recours d'urgence pour leur environnement et pour cette spécialité et réalisant une forte activité d'urgence en volume et en diversité. Cette problématique régionale devra prendre en compte les difficultés de recrutement.
Chirurgie cardiaque	Les PDSES sont retenues dans les centres *autorisés quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence*
Chirurgie de la main	Les PDSES concernent d'abord les centres garantissant l'accès à la chirurgie de réimplantation 24h/24(les 2 établissements hospitalo-universitaires). Par ailleurs, compte tenu des volumes d'activité validés, le dispositif peut être complété par des permanences en période de Week-end et jours fériés dans les grandes agglomérations.
Chirurgie orthopédique et traumatologie	La politique régionale vise à favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut, sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'un périmètre préalablement défini dans le cahier des charges. La solution alternative consiste en un partage de la PDS-ES entre les différents établissements de l'agglomération
Chirurgie plastique et reconstructrice	Les PDS-ES sont retenues dans les 2 établissements hospitalo-universitaires. Ces permanences pourront, le cas échéant, être communes avec celle mise en place en chirurgie de la main. Le nombre d'interventions réalisé durant les périodes de PDSES est, en effet, compatible avec une telle organisation.

Spécialités	Stratégie régionale
Chirurgie urologique	La politique régionale vise à favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées sur les grandes agglomérations. La permanence des soins doit être positionnée dans l'établissement de référence ou de recours réalisant une forte activité d'urgence en volume et en diversité. Cet établissement dispose par ailleurs d'une unité de réanimation, de compétences en ortho-traumatologie, en néphrologie et en infectiologie en raison des caractéristiques des patients requérant le plus cette spécialité
Chirurgie vasculaire	Ces PDS-ES doivent pouvoir être mises en place dans les sites assurant une mission de recours d'urgence pour leur environnement et pour cette spécialité et réalisant une forte activité d'urgence en volume et en diversité. Cette problématique régionale devra prendre en compte les difficultés de recrutement.
Chirurgie viscérale et digestive	La politique régionale vise à favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut, sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'un périmètre préalablement défini dans le cahier des charges. La solution alternative consiste en un partage de la PDS-ES entre les différents établissements de l'agglomération.
Endocrinologie	Cette spécialité n'induit pas un besoin de PDS-ES.
Gastro-entérologie et hépatologie	La politique régionale a pour objectif de garantir qu'une équipe soit disponible pour répondre au besoin notamment dans les grandes agglomérations. De plus, il convient de maintenir une offre en gastro-entérologie dans les villes éloignées des établissements de recours.
Gériatrie	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.
Grands brûlés	Les PDSES sont retenues dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS
Hématologie	Une PDSES peut être retenue dans les établissements de recours et référence, dès lors qu'ils participent de manière effective et significative à cette mission.
Gynécologie-obstétrique	Les PDSES sont retenues dans les établissements participant effectivement et significativement à cette mission de service public.
Infectiologie	Cette activité requiert un recours à distance hautement spécialisé. On retient donc le principe d'une astreinte régionale constituée à partir notamment à partir des 2 établissements Hospitalo-universitaires, Elle utilisera des outils de télémédecine pour répondre en urgence aux besoins des autres établissements. L'implication de médecins d'autres établissements est recommandée.
Médecine polyvalente, gériatrique ou interne	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.

Spécialités	Stratégie régionale
Médecine légale	La permanence répond à une organisation régionale répondant à des objectifs spécifiques. Elle est l'objet d'un financement propre. Elle est donc hors champ de la PDSES
Médecine vasculaire – Angiologie	Cette activité ne justifie pas, compte tenu de la fréquence des sollicitations nécessaires, de mise en place de PDSES
Soins intensifs de néonatalogie	Ces permanences sont retenues en fonction de la nature de l'autorisation.
Néphrologie – hémodialyse	Cette spécialité n'induit pas une obligation de PDSES, les urgences (insuffisance rénale aiguë) relèvent d'une prise en charge en réanimation.
Neuro radiologie interventionnelle	Les PDSES sont retenues dans les centres *autorisés quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence*
Neurochirurgie	Les PDS-ES sont retenues dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS Le recours aux astreintes régionales pourra s'appuyer sur les outils de la télémédecine.
Neurologie	Les PDSES ne sont retenues que dans les Unités Neurovasculaires
Ophtalmologie	Il est indispensable de disposer d'une réponse de haute spécialité dans les établissements hospitalo-universitaires répondant 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année au besoin de l'ensemble de la région. La politique régionale vise à mettre en place une PDSES dans chaque territoire notamment les week-ends et jours fériés.
ORL et chirurgie maxillo-cervico-faciale	Il est souhaitable que toute structure d'urgence puisse accéder à l'expertise d'un ORL dans chaque territoire notamment les week-ends et jours fériés. Il est par ailleurs nécessaire d'organiser une PDS-ES en chirurgie maxillo-faciale dans les2 établissements hospitalo-universitaires.
Oxygénothérapie hyperbare	La priorité régionale est de garantir une PDS ES sur les 2 établissements hospitalo-universitaires et HIA.
Pédiatrie	La permanence est retenue dans les sites disposant d'une maternité. Par ailleurs, des sur spécialités pédiatriques sont nécessaires dans les 2 établissements hospitalo-universitaires
Pneumologie	Le recours en urgence à la PDS-ES de pneumologie est rare. Elle est retenue sur 1 site dans les territoires à forte densité de population.
Psychiatrie	Ces permanences relèvent actuellement d'un financement spécifique (inclus dans la DAF). Toutefois leur identification reste indispensable. Un travail d'analyse complémentaire est nécessaire.

Spécialités	Stratégie régionale
Radiodiagnostic et imagerie médicale	L'accès à l'imagerie est nécessaire dans tous les établissements de santé disposant d'un service d'urgence. L'objectif régional est de favoriser l'accès 24H/24H aux examens d'échographie (Urgences), de scanner (urgences) et d'IRM (UNV) et de développer les mutualisations par l'intermédiaire de la télémédecine. L'implication des professionnels libéraux est indispensable.
Radiologie interventionnelle périphérique	La priorité régionale est de garantir l'accès à cette discipline, au minimum, sur les territoires à forte densité de population (06, 13, 83 et 84). Partout ailleurs, là où une organisation rationnelle permet de garantir une permanence effective 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année, elle sera intégrée dans le dispositif en raison de l'urgence de la mise en oeuvre de ces techniques invasives.
Réanimation adulte	Les PDSES sont retenues dans les unités autorisées quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence.
Réanimation néonatale	Les PDSES sont retenues dans les unités autorisées quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence.
Réanimation pédiatrique	Les PDSES sont retenues dans les unités autorisées quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence.
Stomatologie et chirurgie dentaire – odontologie	La PDSES peut s'appuyer sur une organisation régionale. Pour les besoins de proximité l'organisation pourra s'articuler avec la PDS libérale.
Surveillance continue pédiatrique	Ces astreintes peuvent être communes avec celles des unités de soins intensifs de néonatalogie.
UNV (Unité Neuro Vasculaire)	La politique régionale est de concentrer en garde sur place la permanence des neurologues sur les Unités Neuro Vasculaire (UNV) . Elles répondent, notamment par la télémédecine, aux besoins de prise en charge des autres établissements. L'accès à l'IRM 24h/24h est indispensable sur ces sites.
USC (Unité de Surveillance Continue)	L'astreinte n'est pas réglementairement spécifique de ces unités. Elle peut être partagée avec la (ou les) astreinte(s) d'anesthésie présentes dans l'établissement en fonction du volume d'activité chirurgicale et de la dimension de l'unité.
USI (Unité de Soins Intensifs)	Les PDSES sont retenues dans les unités autorisées quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence.
USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques)	Les PDSES sont retenues dans les unités autorisées quand elles sont nécessaires à la réponse aux besoins de prise en charge en urgence.
Commentaires généraux	Concernant les Hôpitaux d'Instruction des Armées, leur dispositif de financement est spécifique et fixé nationalement ; l'organisation en place ne fait pas l'objet d'un financement mais simplement d'une prise en compte. Ils participent activement à certaines des permanences pour lesquelles leur présence nous est véritablement nécessaire. Bien évidemment, en cas d'intégration dans un dispositif régional elles seront prises en considération au même titre que les autres établissements.

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

4.12 Réanimation soins intensifs et surveillance continue

4.12.1 Références

Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art. D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art. D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP art. D.6124-117 à 120).

Décrets n°2002-72 et n°2006-74 du 24 janvier 2006, relatifs à la réanimation pédiatrique.

Arrêté du 23 août 2003.

Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006, relative à l'application des décrets n°2002-72 et n°2006-74 du 24 janvier 2006, relatifs à la réanimation pédiatrique.

La règlementation concernant l'activité de réanimation n'a pas évolué depuis la date du dernier schéma. Il convient donc de poursuivre la démarche visant à organiser ces prises en charge dans un contexte national redéfini.

4.12.2 Définitions

Il convient de définir les niveaux de soins qui sont communément agrégés sous le terme de « réanimation » et qui comprennent :

- l'activité de réanimation proprement dite, visant à suppléer des défaillances multi-viscérales chez un patient ;
- l'activité de soins intensifs destinée à suppléer une défaillance mono-viscérale dont les « soins intensifs de cardiologie » constituent l'exemple le plus répandu ;
- l'activité de surveillance continue qui met en place une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

4.12.3 Orientation régionales

4.12.3.1 Accessibilité et proximité

Une unité de réanimation doit être accessible aux patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge du fait d'une défaillance pluri-viscérale. Les conditions techniques de fonctionnement étant particulièrement exigeantes en matière de ressources techniques et humaines, ces unités constituent des structures rares et donc fortement organisatrices des réseaux de soins.
Pour les nourrissons et les enfants, le petit nombre de patients concernés fait de la réanimation pédiatrique une structure très rare dont l'efficacité dépend fortement du bon fonctionnement des réseaux de soins.

Pour satisfaire aux objectifs de qualité et de sécurité des soins, les moyens mis à disposition des unités de réanimation qui mettent en œuvre une activité hautement spécialisée, doivent être regroupés et implantés dans des établissements qui disposent :

- d'un plateau technique très développé ;
- d'un personnel médical et paramédical extrêmement qualifié, expérimenté et en nombre suffisant ;
- d'un potentiel d'activité important :
  - bassin significatif de population ;
  - forte attractivité de l'établissement ;

- activités diversifiées générant des soins lourds ;
- activité d'accueil des urgences avec prise en charge des urgences médicales et chirurgicales les plus complexes.

Toutefois cet impératif ne doit pas faire obstacle au maintien d'une offre accessible à l'ensemble de la population de la région pour garantir l'équité de l'accès aux soins de réanimation.

La localisation actuelle des unités de réanimation autorisées en Paca permet une prise en charge dans des délais acceptables de l'ensemble de la population régionale, grâce notamment à la mobilisation du réseau des urgences. En effet, le maillage du territoire régional par les 50 services de médecine d'urgence accueillant des adultes permet à 99,3% de la population d'accéder à un site d'accueil des urgences en moins de 45 minutes et à 85% d'y accéder en moins de 15 minutes[36]. La répartition des 25 Smur et de leurs 5 antennes vient renforcer ce dispositif qui permet à toute la population de bénéficier, dans les délais les plus brefs, d'un accès à des soins de réanimation[37]. La dotation de la région en moyens de secours héliportés et leur répartition sur l'ensemble du territoire participent aux réponses apportées à cette légitime préoccupation[38].

La concentration des moyens nécessaires à l'exercice de l'activité de réanimation, ne va pas à l'encontre du rapprochement nécessaire du patient de son lieu de vie habituel. Des conventions entre les établissements disposant d'unités de réanimation et des établissements dotés uniquement d'unités de surveillance continue qui assurent une observation clinique et biologique répétée et méthodique, doivent être conclues. Elles permettent de garantir le transfert en réanimation, dans des conditions optimales de sécurité, de patients pris en charge dans une unité de surveillance continue dès lors que leur état s'aggrave ou qu'ils présentent ou risquent de présenter une décompensation multi-viscérale. Le retour dans l'unité d'origine doit être réalisé dès que l'état du patient est à nouveau compatible avec une prise en charge en surveillance continue, voire en hospitalisation complète ordinaire. Cette gestion permet de rapprocher le patient de son lieu de résidence, après la phase aiguë de son affection.

L'accessibilité aux unités de réanimation, par l'intermédiaire des services de médecine d'urgence si besoin, et la prise en charge de proximité par des unités de surveillance continue peuvent ainsi être assurées en toute sécurité dans le respect de la réglementation.

4.12.3.2 Qualité et sécurité

Le respect de la sécurité des soins repose sur :

- l'adaptation architecturale des locaux de soins, conformément aux prescriptions des circulaires n° DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, pour les adultes et n° DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006, relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique ;

- les équipements techniques et le matériel requis pour délivrer les soins, permettant de faire face à toutes les situations cliniques qui peuvent se présenter ;

- la disponibilité des personnels spécialisés, tant médicaux que paramédicaux, règlementairement prévus, en nombre et en qualification, pour garantir une prise en charge adéquate des malades ;

---

[36] Analyse –département observation – études de l'ARS (2011)

[37] Chaque service de médecine d'urgence a la capacité de prendre en charge les urgences vitales grâce à son équipement technique (salle de déchocage) et à ses compétences professionnelles spécialisées, ce qui permet de mettre en place sans délai les soins requis puis d'organiser, si besoin, le transfert du patient dans une réanimation

[38] La région Paca est dotée de 5 hélicoptères sanitaires exclusifs positionnés sur les sites hospitaliers de la Timone, du CHU de Nice, du CH d'Avignon, du CH intercommunal de Toulon La Seyne et à Gap, non exclusivement sanitaire pour le CH intercommunal des Alpes du Sud. Il faut y ajouter la participation aux missions sanitaires des hélicoptères de la protection civile et de la gendarmerie nationale

- une organisation de l'unité basée sur la disponibilité de protocoles de soins écrits et permettant l'échange d'informations entre soignants ;
- une surveillance protocolisée des évènements indésirables graves avec mise en place de démarches préventives et retours d'expérience sur ce domaine ;
- des revues de dossiers régulières pour partager les décisions thérapeutiques et les mettre en œuvre.

Pour les adultes, l'article R. 712-91 du code de la santé publique précise qu'une permanence médicale et paramédicale est organisée sur place à la disposition exclusive des unités de réanimation. Pour les réanimations pédiatriques, c'est l'article D.6124-34 du code de la santé publique qui indique l'obligation d'une permanence médicale organisée sur place par des médecins dont il précise les compétences[39].

L'équipe médicale doit être quantitativement suffisante et qualitativement spécialisée pour garantir la continuité des soins alors même que les perspectives de l'évolution de la démographie professionnelle laissent entrevoir une certaine raréfaction des spécialistes[40].
Les membres de l'équipe paramédicale doivent être en nombre suffisant pour permettre d'assurer, préalablement à une activité totalement autonome, un temps de formation théorique et pratique, indispensable aux agents nouvellement affectés en réanimation.

Il est donc essentiel d'optimiser les ressources humaines. La constitution d'équipes médicales et paramédicales étoffées et hautement spécialisées pour garantir la qualité et la sécurité des soins rend indispensable le regroupement des unités de réanimation. Il est souhaitable que celles-ci assurent une prise en charge mixte médico-chirurgicale[41].

L'adéquation optimale des patients aux unités de réanimation, nécessite que les transferts de patients, de ces unités vers les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète, soient facilement réalisables en toute sécurité. Il en va de même pour les structures d'amont qui participent à l'alimentation de la réanimation comme le SAMU et les services de médecine d'urgence. Il faut également formaliser les règles de transfert, dans un délai maximal de 48 heures, des patients hébergés en unité de soins intensifs lorsque la situation de décompensation mono-viscérale évolue vers une décompensation pluri-viscérale. Des conventions sont obligatoires quand les unités concernées sont localisées dans des établissements différents. Dans les établissements qui disposent des deux types de structures, le rapprochement physique des unités de surveillance continue et des unités de réanimation est préconisé. La mitoyenneté permet d'utiliser au mieux les capacités respectives en fonction des besoins évolutifs des patients, en favorisant l'adéquation permanente de leur état de santé et des besoins qui en résultent avec les ressources techniques et humaines nécessaires à cette prise en charge.

Afin d'obtenir une certaine fluidité entre les unités de réanimation et de surveillance continue, il est recommandé que les capacités de ces dernières soient au moins égales à la moitié de celles des unités de réanimation. Mais la pratique des soins conduit à majorer cette proportion pour assurer une meilleure adéquation de la prise en charge des patients à leur état clinique.

Il convient donc de favoriser :

- le regroupement des lits de surveillance continue qui seraient dispersés dans plusieurs services d'un même établissement ;

---

[39] Pédiatrie, anesthésie réanimation ou réanimation médicale avec expérience en néonatologie ou en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique et en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique spécialisée

[40] « La démographie médicale en région PACA - état des lieux au 1er janvier 2000 et perspectives » Jean Gaudart Mai 2002 - p. 28

[41] Ceci est de plus en plus le cas, hormis les 4 réanimations cardiaques de la région qui demeureront spécialisées

- l'adossement aux unités de réanimation de lits de surveillance continue sous une responsabilité médicale unique, en veillant au dimensionnement respectif de ces deux types d'unités ;
- la signature de conventions, entre les établissements disposant d'unités de surveillance continue (et/ou de soins intensifs) sans avoir d'unité de réanimation et ceux qui en sont dotés, définissant de manière précise les situations médicales justifiant un transfert et les modalités selon lesquelles il s'organise, mais également les conditions de retour dans l'établissement d'origine des patients lorsque les soins de réanimation ne sont plus nécessaires.

La qualité des soins implique aussi la prise en compte du risque infectieux particulièrement élevé dans les unités de réanimation. L'objectif de concentration des moyens ne doit pas augmenter ce risque en créant des conditions d'hébergement inadaptées à la lutte contre la dissémination des infections nosocomiales. Le contrôle de ces infections doit s'appuyer sur les recommandations émanant du comité technique national des infections nosocomiales et des comités de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, relayées localement par les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales. Cette vigilance passe par le respect permanent des procédures établies à cet effet et leur contrôle, régulièrement effectué par un binôme médecin – infirmière diplômée d'Etat, appartenant à l'équipe opérationnelle d'hygiène, selon un protocole établi en accord avec le chef de service de la réanimation.

La constatation d'un dysfonctionnement doit entraîner des mesures correctrices adaptées jusqu'au rétablissement d'un fonctionnement conforme au programme de prévention des infections nosocomiales. Toutes ces démarches doivent être consignées afin d'en assurer la traçabilité.

L'architecture de la zone d'accueil, de la zone technique et de la zone d'hospitalisation doit être conforme à la description précise qui en est faite dans la circulaire d'application des décrets. L'organisation de la circulation entre chacune de ces zones et à l'intérieur de celles-ci participe à la lutte contre la propagation des germes liés à l'hospitalisation.

La qualité des soins comprend également la qualité de l'accueil et le respect de la confidentialité, en particulier lors de la rencontre des familles qui doit se dérouler dans une salle réservée à cet effet, dans des conditions laissant un temps suffisant à l'échange d'information et à leur soutien leur permettant de surmonter cette difficile épreuve[42].

4.12.3.3 Efficience

Le premier volet du Sros-3 sur la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique a permis de reconnaitre l'activité de réanimation existant dans la région et d'identifier les établissements qui la conduisaient. A ce titre, il a essentiellement permis d'organiser des unités spécialisées avec un important travail sur leur mise aux normes architecturales, sur les ressources humaines qualifiées dont elles devaient disposer et sur leurs équipements techniques.

Pour les adultes, l'évolution de cette activité conduit, dans le cadre du Sros-PRS :

- à favoriser le regroupement de ces ressources rares pour garantir la disponibilité d'équipes médicales suffisantes, en nombre et compétences, dans la perspective de la réduction prévisible des effectifs de ces spécialistes ;
- à établir un réseau de communication efficace entre ces unités, de façon à faciliter les échanges d'informations et le partage de la prise en charge des patients, nécessaires pour garantir la qualité et la sécurité des soins, grâce notamment à l'utilisation et au développement de l'outil que constituent les réseaux de télémédecine ;
- à renforcer la régulation d'amont, assurée par les Samu – centres 15, interconnectés ente eux et appuyée sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR)[43] ;

[42] Ceci nécessite que l'unité dispose d'une salle réservée à cet effet
[43] Le ROR décrit la nature du plateau technique et les lits disponibles dans chaque établissement

- à assurer une gradation des soins qui prenne en compte les ressources les plus spécialisées afin de permettre l'accès direct à des soins adaptés aux besoins des patients ;
- à accroitre la taille des unités pour permettre la réponse aux besoins dans les meilleures conditions de sécurité.

Cette orientation doit se réaliser dans la durée du schéma, en liaison avec l'évolution de l'offre médico-chirurgicale des établissements.

4.12.3.4 Réseau de prélèvement d'organes

Le prélèvement d'organe est une priorité nationale, identifiée comme tel dans la loi de bioéthique du 6 août 2004. Cette loi institue que « tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés ou non *[à prélever des organes et des tissus]*, participent à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans les réseaux de prélèvement ».

L'attribution à la région Paca de postes de médecins coordonnateurs, d'infirmiers coordonnateurs et de techniciens d'étude clinique, dédiés au recensement et à la prise en charge des donneurs potentiels, a permis d'augmenter les prélèvements et de mettre en place deux réseaux de prélèvements :

- le réseau Paca Ouest et Corse du Sud regroupant 6 établissements autorisés à prélever organes et tissus, 1 établissement autorisé à prélever des organes et 1 établissement autorisé à prélever des tissus ;
- le réseau Paca Est et Haute Corse regroupant 6 établissements autorisés à prélever organes et tissus.

4 grandes recommandations sont formulées :

- Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place par l'Agence de la biomédecine.
- Une relation de travail au quotidien doit être instaurée avec la coordination hospitalière de prélèvement, facilitant ainsi son accès dans les services de réanimation et permettant d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique. Cette mesure permet de réduire le taux de refus de prélèvement, taux qui reste encore trop élevé.
- Tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 75 ans doit être signalé sans délai aux équipes de coordination hospitalière dans le cadre des réseaux de prélèvement ou au service de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine. Ce service est à la disposition 24h/24h des équipes de réanimation, des équipes du SAMU, des services des urgences.
- Les contre-indications éventuelles au prélèvement, l'appréciation de la qualité de chaque greffon, les limites de « prélevabilité » (âge du donneur, antécédents, état hémodynamique…) doivent être appréciées conjointement, au cas par cas, par le médecin coordonnateur du réseau, le médecin réanimateur en charge du donneur et le médecin du service de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine.

4.12.4 Réanimation adulte

4.12.4.1 Bilan de l'existant

Les sites

Le volet « réanimation adulte » du SROS-3[44], adopté le 11 avril 2006, prévoyait 40 **unités** de réanimation, hors celle de la Principauté de Monaco, qui sont à ce jour installés. Ils se répartissent selon le tableau suivant :

Territoires de santé	Agglomérations	Nombre de sites[45]
Alpes Nord	Briançon	1
	Gap	1
Alpes Sud	Digne-les-Bains	1
Alpes-Maritimes Est	Nice	4
	St-Laurent du Var	1
	Antibes	1
Alpes-Maritimes Ouest	Cannes	1
	Grasse	1
Var Est	Fréjus – St-Raphaël	1
	Draguignan	1
Var Ouest	Hyères	1
	Toulon*	2
	Ollioules	1
Bouches-du-Rhône Sud	Aubagne	2
	Marseille*	14
	Martigues	1
Bouches-du-Rhône Nord	Aix-en-Provence	3
	Salon-de-Provence	1
Vaucluse – Camargue	Avignon	1
	Arles	1
Région Provence-Alpes-Côte d'Azur		**40**

* y compris les unités de réanimations des deux hôpitaux d'instruction des armées

4.12.4.2 L'activité

L'analyse du PMSI confirme que les unités de réanimation actuelles prennent en charge, outre des patients de réanimation, des patients qui n'en relèvent pas et attestent, de ce fait, de la satisfaction des besoins. L'état actuel de l'offre existante couvre donc les besoins.

L'activité de réanimation ayant pour finalité de répondre aux besoins des habitants de la région, le taux de recours de cette population aux soins de réanimation quel que soit le lieu où ils ont été délivrés, constitue une bonne approximation de ces besoins, permettant d'estimer l'offre de soins nécessaire pour y répondre.

Le champ de l'analyse de l'activité de réanimation adulte, pour le SROS-PRS, porte sur les réanimations médicales, chirurgicales, polyvalentes, mais également neurochirurgicales et cardiaques, domaine du schéma interrégional d'organisation sanitaire[46]. En Paca, 35 établissements de santé sont autorisés à délivrer des soins de réanimation pour adultes dont les 2 hôpitaux d'instruction des armées de Marseille et Toulon.

---

[44] Ce volet ne comprenait ni les grands brûlés, ni les réanimations neurochirurgicales, ni les réanimations spécialisées pour l'accueil de la chirurgie cardiaque, toutes incluses dans le schéma interrégional d'organisation des soins

[45] Les sites correspondaient aux localisations géographiques, le même établissement pouvant disposer de plusieurs sites (2 pour le CHU de Nice et 5 pour l'AP-HM)

[46] Elle n'inclut toutefois pas la réanimation des grands brûlés qui relève également du SIOS

En 2009, 20 461 séjours ont été recensés en réanimation dans les établissements de la région : 18 599 concernent des résidents de Paca et 1 862 des résidents d'autres régions (9.1%). Par ailleurs, 526 résidents de la région ont été pris en charge dans une réanimation située hors région (2.8%). (voir tableau III - 1 sur l'attractivité des réanimations de Paca).
Rapportés à la population globale de Paca en 2009[47], le taux de recours de la population résidente de Paca était de 51,4 séjours pour 10 000 habitants de 20 ans et plus cette année là.

Le nombre de suppléments de réanimation versés constitue un indicateur synthétique de l'activité de réanimation, en sachant qu'il n'est comptabilisé que lorsque la prise en charge quotidienne correspond à une activité de réanimation. La prise en charge des patients hospitalisés en réanimation et qui n'en remplissent pas les conditions[48], est valorisée par un supplément de soins intensifs.

Le tableau III - 2 retrace l'évolution sur les années 2007-10 du nombre de suppléments de réanimation produite par les 35 établissements autorisés. Pour les deux HIA, seule l'année 2009 est connue.
Les moyennes sont calculées après neutralisation de l'effet des nomenclatures et des modifications d'autorisation intervenues sur la période.
Globalement, entre 2007 et 2010 sur la région Paca, il n'est pas observé d'accroissement de l'activité de réanimation pour adultes. Comparativement aux projections d'activité du Sros-3 qui comprenait 5 réanimations de moins, l'activité est en baisse[49].

La population prise en charge se caractérise par une structure d'âge très concentrée sur les personnes de plus de 60 ans avec 62.8 % des séjours dont 18 % chez les plus de 80 ans (tableau III - 3). La moyenne d'âge s'établit à 63,5 ans et la médiane à 65,7, ce qui est inférieur à l'âge de l'échantillon de patients constitué pour estimer les besoins lors du Sros précédent[50].
La prévision de l'accroissement de la population, au cours de la période 2011-2016, produirait une augmentation mécanique de 534 séjours supplémentaires en 2016, toutes choses égales par ailleurs, soit 2.6% d'accroissement (moins de 2 patients supplémentaires par jour au niveau régional). Cette évolution mécanique n'est jamais constatée.

La prise en charge dans une unité de réanimation fait apparaître des séjours valorisés par des suppléments de réanimation ou de soins intensifs, selon l'intensité des soins dont les patients ont bénéficié. Cette distinction révèle le degré d'adéquation de l'unité de réanimation à sa mission[51].

Le tableau III- 4 indique cette répartition pour la moyenne des années 2007/09. Cette moyenne a été retenue après neutralisations des artéfacts liés aux évolutions tarifaires.

Y figurent, pour les suppléments de réanimation et de soins intensifs en réanimation :

- la moyenne retenue pour la période 2007-09, sauf pour les 2 HIA pour lesquels seule l'année 2009 est connue ;
- le nombre de lits occupés en moyenne annuelle pour les séjours de réanimation valorisés comme tel et les séjours en réanimation valorisés en soins intensifs ;
- la proportion des journées relevant réellement d'une prise en charge de réanimation, (pourrait être considéré comme une anomalie le fait d'en avoir moins de 75 à 80 %, la moyenne régionale se situant à 80.6 %) ;
- le nombre de lits occupés en moyenne annuelle dans l'unité pour l'ensemble des séjours ;

[47] Population estimée INSEE 2009
[48] Absence des gestes marqueurs de réanimation et IGS < 15
[49] Le volet réanimation du schéma 2006-10 estimait à 315 le nombre de patients devant être pris en charge simultanément à l'échéance du schéma, pour l'ensemble de la région, il est de 328 en 2010, y compris les patients des 4 réanimations cardiaques et de la réanimation neurochirurgicale de Nice, non incluses dans le précédent Sros
[50] Une enquête, réalisée en 2003 sur l'ensemble des unités de réanimation, hors neurochirurgie, chirurgie cardiaque et grands brûlés, a permis de constituer un échantillon de 1 164 patients adéquats à une prise en charge en réanimation sur les 1 685 présents dans les unités de réanimation, dont 52 % étaient âgés de 70 ans et plus
[51] Les séjours valorisés par des suppléments de soins intensifs peuvent également témoigner de la prise en charge de patients présentant des **risques de décompensation** poly-viscérale

- le nombre de lits nécessaires pour réaliser cette activité sur la base du nombre de suppléments de réanimation, majorés de 10 % pour intégrer les patients pris en charge dans l'unité mais qui n'en relèvent pas avec un coefficient d'occupation de 90%[52].

4.12.4.3 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Préconisations générales

Conformément à la réglementation en vigueur, toute unité de réanimation dont la capacité théorique reposant sur un taux d'occupation théorique de 90%, se révèle inférieur à 6 lits justifie d'une remise en question de son avenir.

Toute unité de réanimation dont la capacité avec un taux d'occupation théorique de 90%, se révèle inférieur à 7 lits doit se voir poser la question de son association à une autre structure.

La volonté d'optimiser les soins de réanimation conduit à favoriser la concentration de ces unités pour accroître la sécurité de leur fonctionnement et la qualité de leurs résultats.
Il semble se dessiner un consensus sur une taille de réanimation optimale autour de 12 lits. Par ailleurs, la gestion d'unités de réanimation au nombre de lits plus important offre plus de souplesse pour adapter leur fonctionnement aux patients pris en charge.
Même si ce format n'est pas le plus répandu dans la région où un grand nombre d'unités de plus petite taille prédominent[53], une orientation dans ce sens est proposée.

Ainsi, l'évolution de la prise en charge de patients en unité de réanimation devrait connaître, sur la durée du schéma ou un peu au-delà, une évolution notable.

Il doit être clairement indiqué qu'une organisation de l'activité de réanimation entre deux établissements proches ne doit pas conduire à une réduction des capacités globales de prise en charge en réanimation. La solution en est la constitution d'une équipe soignante unique, en charge de l'organisation des soins critiques sur les établissements qui partagent ce souhait de coopération. L'optimisation de cette gestion se fera spontanément, en développant sur un établissement les activités cliniques d'excellence qui nécessitent une activité de surveillance continue en aval des soins, et sur l'autre celles qui nécessitent une activité de réanimation, mieux dimensionnée dans sa capacité d'accueil.

Cette gestion unifiée de deux implantations différentes par une même équipe devra faire appel aux moyens modernes de communication à distance et permettra de retrouver de véritables marges de progression pour les établissements.
Afin de favoriser cette évolution, jugée inéluctable à terme, en en explicitant les motifs qui se manifesteront spontanément, la durée du schéma devrait permettre d'adopter une organisation des soins conforme au tableau III - 5.

---

[52] La traduction concrète pour une unité de réanimation de 10 lits est de 8 lits occupés par un patient relevant bien d'une prise en charge de réanimation, un patient qui n'en relève pas ou qui n'en relève plus et un lit vacant, disponible pour accueillir un nouveau patient
[53] Au 1er janvier 2011, 23 unités de réanimation de la région disposaient de 8 lits et 2 de 6 lits dérogatoires

Alpes de Haute Provence

L'isolement géographique, les difficultés d'accessibilité conduisent au maintien du site existant. Toutefois ce maintien est conditionné par la collaboration de l'établissement autorisé avec un établissement de recours au sein d'une communauté hospitalière de territoire.

Hautes Alpes

Le maintien d'un site de réanimation sur le territoire permet de répondre à l'isolement géographique du territoire compte tenu des moyens de transports sanitaires existants. Pour répondre aux besoins de proximité, le maintien, voire le développement, des unités de surveillance continue sera organisé en lien avec l'unité de réanimation du territoire.

Alpes Maritimes

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression de trois sites.

Ces suppressions font suite :

- à la réorganisation d'un établissement multi sites répondant aux exigences sécuritaires.
- à la fermeture d'un site à faible capacité sur une commune dotée d'une offre importante.
- au regroupement de 2 unités de 8 lits sur des zones géographiques très proches pour des impératifs de qualité et de sécurité des soins.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression de quatre sites.

Ces suppressions font suite :

- au regroupement d'activités dans le cadre de la création d'une structure nouvelle issue du regroupement de deux établissements.
- aux regroupements de 4 unités de 8 lits sur des zones géographiques très proches pour des impératifs de qualité et de sécurité des soins.
- à la réorganisation d'un établissement multi sites répondant aux exigences sécuritaires.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Afin de faire face à la pénurie des professionnels, d'optimiser les prises en charge et pérenniser la permanence des soins il est nécessaire de regrouper 2 sites existants proches géographiquement. Cette réorganisation des soins critiques interviendra au sein d'une communauté hospitalière de territoire.

Vaucluse

Maintien de la situation actuelle.

Compte tenu du temps nécessaire pour accompagner la réorganisation de l'offre de soins en réanimation, l'ARS prévoit une évolution en deux temps.
Dans une première étape, de 2012 à 2014, compte tenu des contraintes réglementaires, architecturales, démographiques et économiques, un rapprochement des équipes des réanimations proches géographiquement est indispensable.
La deuxième étape, de 2014 à 2016, conduira au terme du présent schéma à réorganiser l'offre de soins conformément au tableau ci-dessous.

Une concentration des lits renforçant la sécurité des soins, avec une augmentation des capacités d'accueil des unités, en réanimation comme en surveillance continue, permet d'assurer une plus grande souplesse et une meilleure adéquation des prises en charge, gage de qualité.
Il faut restituer à la surveillance continue toute sa place dans la prise en charge des patients fragiles.

4.12.4.4 Objectifs quantifiés par territoire

Autorisation de réanimation				
Activité de réanimation adulte				
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Objectifs à 2014	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Réanimation	1	1	1
Hautes Alpes	Réanimation	2	2	1
Alpes Maritimes	Réanimation	9	8	6
Bouches-du-Rhône	Réanimation	26*	25*	22*
Var	Réanimation	6*	6*	5*
Vaucluse	Réanimation	1	1	1
Total Région		**45**	**43**	**36**

* dont HIA

4.12.5 Soins intensifs

Les unités de soins intensifs ont vocation à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter des défaillances aiguës de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. (art. D.712-112 du CSP)
Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. (art. D. 712-113)

L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.

L'unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète. (art. D. 712-114)
Les établissements de santé qui ne disposent que d'unités de soins intensifs, sans unité de réanimation, doivent passer convention avec un établissement doté d'une telle unité.

27 unités de soins intensifs de cardiologie sont en activité dans la région mais d'autres activités ont été reconnues comme faisant l'objet d'une prise en charge en soins intensifs.

Il s'agit :

- de soins intensifs respiratoires pour lesquels une unité est reconnue à Nice,
- de soins intensifs de néphrologie pour laquelle une unité est reconnue à Marseille,
- de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux pour lesquels des unités de soins intensifs neurovasculaire sont reconnues à Marseille, Nice et Toulon,
- de la greffe de cellules souches hématopoïétiques pour lesquelles une unité protégée à air contrôlé existe à Nice, Marseille, Aix-en-Provence et Avignon.

Le tableau III - 6 indique l'activité des unités de soins intensifs de cardiologie.

- L'analyse des résultats des 13 établissements qui ont pu fournir des données sur les années 2007-2009, montre une stabilité du nombre de suppléments et de prises en charge produits avec une durée moyenne de séjour dans l'unité de l'ordre de 3,2 jours.
- L'évolution de cette activité conduit à s'interroger sur la persistance de certaines unités. Par ailleurs des rapprochements sont envisagés entre établissements.

Les autres activités ne sont pas remises en cause par le schéma qui prévoit :

- de conduire une réflexion sur le fonctionnement des unités protégée à air contrôlé, afin d'en valider les indications.
- de promouvoir une extension du réseau de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en lien avec l'organisation de la prise en charge des urgences et associée au développement de la télémédecine.

4.12.6 Surveillance continue

- Dans les établissements qui disposent d'unités de réanimation, une activité de surveillance continue y est associée. Elle permet de fluidifier la gestion des capacités de prise en charge de réanimation en adaptant les soins aux besoins des patients.

  Le tableau III - 754 présente l'activité de surveillance continue dans ces établissements.

  L'utilisation du PMSI ne permet pas de distinguer les suppléments de surveillance continue résultant strictement des unités adossées à une unité de réanimation de celles attribuées à des services de spécialités comme c'est le cas pour certains établissements qui disposent des deux types d'unités.

- Dans certains établissements de santé qui ne disposent pas d'unités de réanimation, une activité de surveillance continue a été reconnue en fonction de la nature des pathologies prises en charge.

[54] Séjours, DMS et suppléments - source PMSI 2009

Le tableau III - 8[55] présente l'activité de surveillance continue dans ces établissements qui ont l'obligation règlementaire de passer convention avec un établissement disposant d'une unité de réanimation.

Certaines cliniques, bien que disposant d'une reconnaissance contractuelle d'activité de surveillance continue, n'ont pas facturé de suppléments. La réalité de cette activité devra être vérifiée.

4.12.6.1 Evolution à 5 ans

- Evolution démographique
  La progression relative de la population est forte au delà de 60 ans (+ 3.7% pour les personnes de 60 à 74 ans et + 8 % pour celles de 75 ans et plus) mais beaucoup plus faible en dessous (+ 2 % pour les moins de 20 ans).

- Evolution de la démographie des anesthésistes-réanimateurs
  L'estimation de l'évolution du nombre des anesthésistes – réanimateurs[56] est présentée dans le **graphique N° 1 fourni en annexe**. Il apparait une forte réduction de leur nombre sur les 10 prochaines années. Sous les hypothèses élémentaires posées, l'effectif passerait de 1 069 au 1er janvier 2010 à 905 au 1er janvier 2015 (-15.3 %) et 772 au 1er janvier 2020 (-27.8 %)[57].

- Evolution de la lourdeur des prises en charge
  L'accroissement de la lourdeur des prises en charge est allégué par tous les réanimateurs. Sont mis en avant des patients plus âgés, porteurs de pathologies plus nombreuses, lourdes et intriquées. Pour autant il n'existe pas d'indicateurs précis et unanimement reconnus de ce phénomène dont ne témoigne ni l'évolution observée de l'âge, ni celle de la durée moyenne de séjour sur les dix dernières années.

- Evolution des techniques
  La diffusion des techniques de ventilation non invasives semble acquise. D'autres domaines seront identifiés ultérieurement à dire d'experts et selon les sujets abordés lors de congrès.

4.12.6.2 Programme de travail

Un certain nombre de domaines demandent à être investigués et devront faire l'objet de réflexions en groupes de travail associant des partenaires extérieurs au domaine de la réanimation stricto-census. Ils constituent la base des programmes de travail qui accompagneront la mise en œuvre des recommandations du schéma.

- La régulation d'amont associant les Samu-Centre 15 et les dispositifs de régulation libérale, les Smur, les services du SDIS et les transporteurs sanitaires, les services de médecine d'urgence et l'organisation de la permanence des soins libérale, est à définir de façon à orienter, à priori, le patient vers la bonne filière de prise en charge dans le respect des procédures d'accès direct aux plateaux techniques lourds[58].

---

[55] Séjours, DMS et suppléments - source PMSI 2009

[56] Les anesthésistes-réanimateurs ne sont pas les seuls spécialistes médicaux qualifiés pour intervenir en réanimation puisqu'il existe également des réanimateurs médicaux et des médecins d'autres spécialités mais disposant d'une expérience suffisante pour y exercer, attestée par le responsable de la réanimation

[57] Sous hypothèse de fin d'activité dans les deux genres à 65 ans et remplacement par les internes actuellement en formation, sans prise en compte de l'attractivité de la région au plan national. La prévision de réduction s'affiche supérieure à celle réalisée pour le précédent schéma (772 AR en 2020 pour 927 dans le schéma précédent)

[58] Sous réserve du choix du patient lorsqu'il s'agit d'un soin programmé ou qu'il peut exprimer sa volonté en situation d'urgence

- Des possibilités d'accueil en aval de la réanimation sont à organiser au moyen de conventions entre établissements. Le renforcement technique et humain de certains établissements de soins de suite est à soutenir. Le besoin d'une prise en charge pour des patients lourdement handicapés, pauci-réceptifs et fortement dépendants de techniques de suppléance, par des établissements spécialisés de soins de suite ou de longs séjours, est à estimer et à quantifier.
- L'organisation des transports sanitaires de patients entre les établissements est à structurer dans la logique de l'accès aux soins requis, de la délivrance des soins adéquats au plus près du lieu de résidence et de l'utilisation du vecteur de transport adapté aux besoins des patients.

  Une procédure de financement claire doit pouvoir être établie de façon à concilier les besoins des patients avec une utilisation rationnelle des ressources.
- La structuration du réseau des prises en charge des patients doit se réaliser en s'appuyant sur les coopérations entre établissements de santé, la création de réseaux de soins, le développement de la télémédecine qui sont à organiser avec les partenaires de ces divers champs.
- La formation continue des professionnels intervenant dans le champ des prises en charge de patients en soins critique doit pouvoir garantir leur adaptation à l'évolution technique de leur métier et aux modifications organisationnelles du dispositif de prise en charge.
- Le développement de la recherche appliquée aux soins de réanimation devrait pouvoir s'appuyer sur des essais thérapeutiques multicentriques, pharmaceutiques ou non.
- Une étude médico-économique de l'efficience des unités de réanimation est à conduire dans la région où toutes les capacités d'accueil existent, afin de dégager des modalités d'organisation permettant d'en réduire le coût de fonctionnement sans en réduire la qualité des prestations offertes et la sécurité des soins.
- La question de l'éthique et de l'accompagnement de fin de vie est posée dans les réanimations où des protocoles de limitation thérapeutique sont mis en place, ce qui s'avère une évolution récente de l'avis des réanimateurs. Une réflexion très large est à conduire compte tenu de l'accroissement du nombre de patients à l'état de santé très précaire, pris en charge par les services de médecine d'urgence puis transférés en réanimation et pour lesquels l'évaluation clinique de l'évolution de leur état de santé s'avère très sombre.

4.12.7 Réanimation pédiatrique

4.12.7.1 Bilan de l'existant

Le volet « réanimation pédiatrique » du Sros-3 prévoyait une réanimation sur Marseille et une sur Nice, ainsi qu'une réanimation pédiatrique spécialisée sur Marseille. Chacune de ces 3 réanimations devait être dotée d'une unité de surveillance continue.

En janvier 2011 :

- une réanimation pédiatrique de 3 lits, associée à 2 lits de prise en charge de grands brûlés pédiatriques et à 11 lits de réanimation néonatale est installé à l'hôpital Nord de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, dans un environnement technique adapté ; elle ne dispose pas de lits de surveillance continue[59] ;
- une réanimation pédiatrique de 5 lits s'est organisée, à Nice, par regroupement, dans un GCS de moyen expérimental, des 2 unités préexistantes ; elle dispose de 6 lits de surveillance continue ;
- une réanimation pédiatrique spécialisée de 12 lits a été installée à la Timone enfants, dans des locaux restructurés ; elle ne dispose pas de lits dédiés de surveillance continue[60] ;

[59] Bien que le schéma prévoyait une unité attenante de 4 lits
[60] Une unité de 10 lits était prévue par le SROS-III

- des unités protégées à air filtré pour la prise en charge d'enfants en onco-hématologie, permettant notamment la réalisation de greffes hématopoïétiques, existent sur les sites de la Timone enfants (AP-HM – 5 lits) et de l'Archet II (CHUN – 3 lits) ; cette activité est tarifée en soins intensifs ;
- la Timone enfants dispose également de 21 lits de surveillance continue intégrés à des services de spécialités pédiatriques (onco-hématologie, nutrition, cardiologie et chirurgie), de même que le CHU de Nice pour l'onco-hématologie ;
- l'installation de lits de surveillance continue avait été recommandée par le précédent Sros dans des établissements de soins disposant de lits de soins intensifs néonataux[61]. L'institut Saint-Joseph et les CH d'Avignon, d'Aix-en-Provence et de Toulon-La Seyne ont ouvert de telles unités[62].

4.12.7.2 Activité

Il n'y a pas de besoins de soins de réanimation pédiatrique pris en charge en dehors d'une unité de réanimation pédiatrique. La consommation de soins de réanimation de la population des nouveau-nés, nourrissons et enfants de la région traduit donc au mieux le besoin pour ce type de prise en charge.

Les taux de recours de la population résidente ont été utilisés pour fournir un estimateur acceptable de ce besoin, que les habitants de Paca aient été pris en charge par les établissements de la région ou en dehors.

Le **tableau IV-1** rend compte de l'attractivité de la région en ce qui concerne les soins de réanimation pédiatrique : attractivité de 20 %[63] et taux de fuite de 3.5 %.

4.12.7.2.1 Réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée

(Le champ comprend les grands brûlés pédiatriques de l'hôpital Nord.)

Pour l'année 2010, le regroupement des unités de réanimation pédiatrique du CHUN et de Lenval, le 3 août, a conduit à un recueil très partiel de l'activité sur le site hospitalier.

Le **tableau IV-2** retrace l'évolution de l'activité entre 2008 et 2010.
Le nombre de patients traités annuellement en région est étonnamment stable entre la période 2001/02 (1 390) et 2008/10 (1 477). Les deux sites de Marseille représentent 71 % des séjours, sur cette dernière période. La durée moyenne de séjour est plus élevée à l'hôpital Nord du fait de la prise en charge des grands brûlés pédiatriques.
Le nombre de lits occupés se maintient au dessous de 5 à l'hôpital Nord, sauf pour l'année 2009. Il est légèrement supérieur à 11 pour la Timone enfants et décline sur Nice, tant pour le CHU (de 2 à 1.2) que pour Lenval (de 3.7 à 1.9).

Le **tableau IV-3** présente la répartition par âge des patients soignés sur ces trois années. Les nouveau-nés[64] représentent une part notable des patients pris en charge quel que soit le site, de 16,4 à 19,7 %. Les nourrissons[65] représentent plus de 45 % des patients pris en charge et les plus de 18 ans, moins de 1 %. Ce sont les enfants âgés de 5 à 9 ans qui sont les moins nombreux, environ 10 %.

Le **tableau IV-4** présente l'origine géographique des patients traités.

---

[61] L'institut Saint-Joseph à Marseille, le CH intrecommunal de Toulon – La Seyne, les CH de Martigues, d'Avignon et du pays d'Aix-en-Provence
[62] 6 lits pour l'Institut Saint-Joseph, 4 pour les CHA, le CHPA et le CHITS
[63] 24,1 % pour Marseille et 9,4 % pour Nice
[64] Bébé de moins d'un mois
[65] Bébé de moins d'un an

80 % résident dans la région, un peu moins pour la réanimation de la Timone enfants (71 %). 16 % proviennent d'autre départements de métropole et 4 % de l'étranger. Pour la Timone enfants, ces chiffres sont respectivement de 24 et 5 % du fait de son attraction, liée à son rôle de réanimation pédiatrique spécialisée.

Les **tableaux IV-5** représentent les cases mix des catégories majeures de diagnostic pour lesquelles les séjours de réanimation ont eu lieu. Les typologies sont très différentes d'une unité de réanimation à l'autre.
Ainsi, pour la Timone enfants, la CMD 05[66] comprend près de 42 % des séjours, suivi de la CMD 01[67] avec 15,2 % puis les CMD 08[68] et 04[69] avec 9 et 8,3%.
Pour l'hôpital Nord, c'est la CMD 04 qui arrive en tête avec 20 % des séjours, suivie par la CMD 06[70] (14,5 %), 01 (13,6 %) et, logiquement la CMD 22[71] (9,9 % mais 11,2 % en 2009).
Pour le CHU de Nice, la CMD 01 est en première position avec plus de 21 % des séjours, suivie de la CMD 04 (14,8 %) et les CMD 15[72] et 06 (respectivement 11,2 et 10,8 %).
Enfin pour Lenval, la CMD 04 représente plus de 27 % des séjours de réanimation, suivie des CMD 08 (14,8 %), 06 (14,1 %) et 01 (8,3 %).

Globalement, du fait du poids de la Timone, la CMD 05 arrive en première position des séjours ayant nécessité un recours à la réanimation pédiatrique, avec 23,8 %, suivie par les CMD 01 et 04 avec respectivement 14,8 et 14,2 % des séjours, puis des CMD 08 et 06 à égalité avec 9,4 % des séjours. Ces 5 CMD regroupent 71,4 % des séjours ayant nécessité une prise en charge en réanimation pédiatrique.

4.12.7.2.2 Unités protégées à air contrôlé

Elles concernent la prise en charge de patients pour la réalisation de greffes hématopoïétiques. L'une de 5 lits est installée à la Timone enfants (AP-HM) et l'autre de 3 lits à l'Archet (CHUN).

Ces deux unités ont vocation à persister même si, du fait de la rareté des cas traités, un seul site sur Marseille, serait théoriquement suffisant. Cependant, la durée de la prise en charge hospitalière en chambre spécialement aménagées nécessite de maintenir au mieux les liens des enfants avec leurs familles. La disponibilité des compétences humaines, permet de maintenir en fonctionnement, dans des conditions de sécurité optimales, les deux localisations.

4.12.7.2.3 Surveillance continue

Certaines unités de surveillance continue doivent être associées à une activité de réanimation et d'autres peuvent l'être à des services spécialisés[73] ou à des services de pédiatrie dans des établissements disposant d'activité de néonatologie[74].

Concernant les activités de surveillance continue, conduites dans des services spécialisés de la Timone enfants, leur intégration aux soins spécialisés permet de sécuriser la prise en charge de patients nécessitant une surveillance majorée de l'évolution de leur état de santé, ce d'autant que la réanimation spécialisée de la Timone enfants ne dispose pas de lits de surveillance continue. Dans le cadre du futur BMT, celle-ci sera dotée d'une unité de surveillance continue adaptée.

---

[66] CMD-05 : appareil circulatoire
[67] CMD-01 : système nerveux
[68] CMD-08 : appareil musculo-squelettique
[69] CMD-04 : appareil respiratoire
[70] CMD-06 : appareil digestif
[71] CMD-22 : brûlures
[72] CMD-15 :affection de la période périnatale
[73] Tel qu'il apparaît pour quelques services de spécialités médicales ou chirurgicales de la Timone enfants
[74] Tel qu'il apparaît pour l'Institut Saint-Joseph, le CHA, le CHITS et le CHPA

Pour ce qui concerne la mise en place d'une activité de surveillance continue pédiatrique par les 4 établissements qui ne disposent pas d'une activité de réanimation, elle permet de conserver sur place des patients nécessitant un renforcement de leur protocole de prise en charge et de la surveillance qui lui est associée, sans avoir recours à un transfert en réanimation et en conservant une relation privilégiée avec leurs parents[75].

Dans la logique de l'amélioration de la prise en charge pédiatrique et dans l'hypothèse du regroupement de l'activité de réanimation pédiatrique de l'AP-HM, la création au centre hospitalier de Martigues d'une activité de surveillance continue pédiatrique constituerait un point d'équilibre pour l'organisation des soins pédiatriques dans la région.

4.12.7.3 Evolution à 5 ans

- L'organisation du pôle marseillais de réanimation pédiatrique doit permettre de disposer d'une réanimation pédiatrique spécialisée incluant la fonction de réanimation pédiatrique, dans un nouveau bâtiment, avec un secteur organisé pour la réanimation dédiée à la chirurgie cardiaque pédiatrique et dotée d'une unité conséquente de surveillance continue pédiatrique.

- L'évolution de la population régionale des 0-19 ans sur la période 2011-2016 est limitée à 2 % sur les 5 ans mais moins importante sur l'aire d'attraction de Nice (+ 0,51 % par an) que sur celle de Marseille (+0,97 % par an). L'accroissement constaté sera de peu d'effet sur l'évolution des effectifs accueillis.

- L'estimation de l'évolution de la démographie des pédiatres est à la baisse dans la région pour les dix années à venir (**Graphe n°2 en annexe**).

  Comme pour beaucoup de spécialistes, les pédiatres ont largement été formés par la voie du CES de pédiatrie qui a permis à un grand nombre de médecins d'accéder à cette qualification. L'internat comme voie unique de qualification est venu réduire de façon drastique l'accès à cette spécialité.

  Le modèle représente la régression des effectifs de pédiatres de la région Paca par le fait du vieillissement de leur effectif et des départs en retraite qui en résulte, en tenant compte des effets de la formation des internes de pédiatrie et de leur date prévisionnelle d'entrée en activité professionnelle.

- L'évolution de la gravité des cas de même que l'alourdissement de la charge en soins ne peut être approchée ni par l'allongement de la DMS qui n'a du reste pas été constaté, ni par aucun autre critère accessible en routine. Il sera donc nécessaire de consacrer une réflexion approfondie à cette question.

4.12.7.4 Programmes de travail

La mise en œuvre du volet « réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée » du Sros-PRS s'accompagnera d'un travail de réflexion sur certains domaines qui sont apparus d'une particulière importance lors de son élaboration. Certains sont identiques à ceux rencontrés pour la réanimation pour adultes, d'autres sont propres aux nouveau-nés, nourrissons et enfants.

---

[75] La mise en œuvre de cette activité, au sein du service de pédiatrie de l'Institut Saint-Joseph, démontre que l'association de la surveillance continue à la pédiatrie ne crée pas de déficit financier pour le service.

- Régulation d'amont : Samu-Centre 15 ; Smur pédiatrique ; services de médecine d'urgence pédiatrique. La réflexion n'est pas propre au monde de la pédiatrie et gagnera à être traitée par un groupe de travail mixte, adultes – enfants (voir volet « médecine d'urgence »).

- Places d'aval : conventions inter-établissements, possibilité de prise en charge pour des patients lourdement handicapés[76].
  La réflexion doit intégrer des caractéristiques propres à la population accueillie, du fait de l'âge des patients concernés mais peut être conduite par un groupe commun. Sont à identifier des structures permettant l'accueil de patients présentant des séquelles à l'issue de leur séjour en réanimation pédiatrique et nécessitant des soins chroniques dont la technicité constitue un facteur limitant à l'accueil par une structure de soins de suite classique.

- Organisation des transports pédiatriques : re-transferts des enfants de réanimation vers l'unité de surveillance continue ou le service de pédiatrie de l'établissement d'origine afin de permettre un rapprochement du domicile et de faciliter la présence des parents à leur côté.
  Elle se calque sur la réflexion élaborée pour les adultes mais ne pourra que partiellement être conduite par un groupe de travail mixte associant des représentants de ces deux domaines, l'âge des patients nécessitant que soient pris en compte la question des matériels utilisés et des ressources humaines mobilisées.

- Structuration du réseau des prises en charge pédiatriques : conventions réanimation pédiatrique spécialisée de l'AP-HM, réanimation pédiatrique du GCS niçois, surveillance continue des autres centres hospitaliers qui en sont dotés ; télémédecine (confirmations diagnostiques et conseils thérapeutiques distants, coopérations inter-établissements pour les sorties de réanimation).
  Réflexion largement commune aux domaines de l'enfance et de l'âge adulte qui devrait permettre de faire vivre un réseau de correspondants sur le domaine de la réanimation pédiatrique qu'il conviendra de dissocier pour la partie applicative.

- Approche médico-économique : étude du coût global des unités de réanimation tenant compte des activités réalisées.

- Recherche : protocoles de recherches conduits, élaboration de disposition permettant de faciliter le développement de la recherche sur les soins de réanimation pédiatrique.

- Ethique et accompagnement de fin de vie (protocole de limitation thérapeutique)

Aucune de ces trois dernières questions n'est propre au domaine de l'enfance et la réflexion pourra être conduite par un groupe de travail associant des représentants de réanimation pédiatrique et de réanimation adulte.

4.12.7.5 Objectifs quantifiés par territoire

Autorisation de réanimation

[76] Ce champ recouvre notamment les soins de haute technicité prévus pour la prise en charge de l'éveil des comas, les unités pour patients en état végétatif persistant, les structures de soins de suite disposant de ressources techniques renforcées

Activité de réanimation pédiatrique				
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Objectifs à 2014	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Réanimation	0	0	0
Hautes Alpes	Réanimation	0	0	0
Alpes Maritimes	Réanimation	1	1	1
Bouches-du-Rhône	Réanimation	2	2	1
Var	Réanimation	0	0	0
Vaucluse	Réanimation	0	0	0
Total Région		**3**	**3**	**2**

4.12.8 Tableau de bord de suivi de l'activité

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

Chaque année, dans le bilan d'activité, au moins :
- taux d'occupation, durée moyenne de séjour, origine géographique des patients,
- pourcentage de patients ventilés, type et durée de la ventilation,
- nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Pour le dossier de renouvellement quinquennal :
- modifications intervenues dans l'organisation architecturale des locaux (spécialisation de salles, nombre de lits, équipements …),
- liste nominative du personnel médical et paramédical avec attestation de qualification,
- planning des 3 derniers mois du personnel médical et non médical,
- activité de l'unité (extrait du PMSI centré sur les RUM de réanimation)

Données quantitatives : nombre d'entrées, de suppléments produits, durée moyenne et médiane de séjour en réanimation, origine géographique des patients, répartitions par modes d'entrée ;

Données qualitatives (évaluation médicale) : motif d'admission, âge moyen et médian, IGS II moyen/médian, nombre de patients décédés, nombre de patients sous assistance respiratoire invasive, nombre moyen de jours sous amines par patients, nombre total de jours d'épuration extra-rénale ;

Données qualitatives (évaluation du fonctionnement) :
- évaluation de la qualité des soins en réanimation,
- mise en place des protocoles de soins et accès à leur consultation (diffusion sur intranet),
- évaluation des risques (programme de gestion des risques utilisé et nombre d'évènements indésirables déclarés),
- nombre de revues de morbi-mortalité,
- nombre d'évaluations des pratiques professionnelles réalisées,
- nombre de réunions pluridisciplinaires réalisées en réanimation,
- rédaction du rapport annuel d'activité de la réanimation.

Pour les autres soins critiques, le suivi des CPOM pour les lits de soins intensifs et les lits de surveillance continue hors autorisation de réanimation : nombre de séjours hospitaliers MCO concernés.

Annexes

Tableau III- 1a : attractivité des réanimations de Paca (nombre de séjours)
Tableau III- 1b : suppléments de réanimation par établissements en 2009
Tableau III- 2 : évolution des suppléments versés 2007/2010
Tableau III- 3 : distribution des patients de réanimation par âge et départements (PMSI 2009)
Tableau III- 4 : occupation des capacités de réanimation
Tableau III- 6 : activité des unités de soins intensifs de cardiologie
Tableau III- 7 : activité des unités de surveillance continue (établissements avec réanimation)
Tableau III- 8 : activité des unités de surveillance continue (établissements sans réanimation)
Graphique n° 1 : évolution des effectifs d'anesthésistes – réanimateurs (2010-2020)
Tableau IV- 1 : taux d'attractivité et de fuite
Tableau IV- 2 : activité des réanimations pédiatriques
Tableau IV- 3 : distribution par âge
Tableau IV- 4 : origine géographique des patients
Tableau IV- 5 : distribution par CMD
Tableau IV- 6 : évolution démographique des moins de 20 ans par secteur géographique
Tableau IV- 7 : évolution liée à l'âge
Graphique n° 2 : évolution des effectifs de pédiatres (2010-2020)
Carte n° III- 1 : état des lieux de la réanimation adulte au 1er janvier 2011
Carte n° III- 2 : évolution de la réanimation adulte 2011-2016
Carte n° III- 3 : état des lieux des soins intensifs adulte au 1er janvier 2011
Carte n° III- 4 : évolution des soins intensifs adulte 2011-2016
Carte n° III- 5 : état des lieux de la surveillance continue adulte au 1er janvier 2011
Carte n° III- 6 : évolution de la surveillance continue adulte 2011-2016
Carte n° IV- 1 : état des lieux des soins critiques pédiatrique au 1er janvier 2011
Carte n° IV- 2 : évolution des soins critiques pédiatrique 2011-2016

Tableau III-1a : attractivité des réanimations de Paca (nombre de séjours)

Prise en charge en réanimation selon l'origine géographique (PMSI-2009)

	Paca	limitrophe	autres F	étranger	Total	Prop Paca
CH DIGNE	116	1	2	1	120	96,7%
CH DE BRIANCON	144	8	15	14	181	79,6%
CHICAS GAP-SISTERON	202	7	10	4	223	90,6%
INSTITUT ARNAULT TZANCK	1 539	31	71	16	1 657	92,9%
CH DE GRASSE	268	1	4	1	274	97,8%
CH D'ANTIBES	437	2	29	5	473	92,4%
CH DE CANNES	468	4	26	13	511	91,6%
C.H.U. DE NICE	1 601	38	57	95	1 791	89,4%
CLINIQUE LES SOURCES	203	1	1	1	206	98,5%
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	313	25	7	4	349	89,7%
HPC RESIDENCE DU PARC	302	4	4	0	310	97,4%
CH AIX EN PROVENCE	223	1	6	0	230	97,0%
CH D'AUBAGNE	264	2	5	1	272	97,1%
CLINIQUE LA CASAMANCE	474	3	10	2	489	96,9%
CH DE SALON	370	5	5	0	380	97,4%
CLINIQUE BOUCHARD	212	6	3	2	223	95,1%
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	1 100	147	27	8	1 282	85,8%
CLINIQUE BEAUREGARD	216	3	4	0	223	96,9%
HOPITAL AMBROISE PARE	254	3	4	1	262	96,9%
HOPITAL PAUL DESBIEF	179	1	3	1	184	97,3%
HOPITAL SAINT JOSEPH	1 093	80	19	13	1 205	90,7%
CLINIQUE VERT COTEAU	222	2	6	1	231	96,1%
AP-HM	4 044	333	182	79	4 638	87,2%
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	329	1	7	0	337	97,6%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	309	6	8	0	323	95,7%
CH D'ARLES	256	34	8	5	303	84,5%
CH DE MARTIGUES	288	1	4	0	293	98,3%
CLINIQUE AXIUM	239	2	5	0	246	97,2%
POLYCLINIQUE LES FLEURS	245	3	9	2	259	94,6%
CH DE DRAGUIGNAN	333	0	10	4	347	96,0%
CH DE HYERES	280	0	13	1	294	95,2%
CHI FREJUS	449	7	36	15	507	88,6%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	431	7	29	8	475	90,7%
CHI TOULON	678	7	37	10	732	92,6%
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	518	92	12	9	631	82,1%
Total Paca	18 599	868	678	316	20 461	90,9%
Proportion	90,9%	4,2%	3,3%	1,5%		

Attractivité Paca 2009	1 862
taux d'attractivité	9,1%
Fuite Paca 2009	526
taux de fuite 2009	2,8%
PEC totale résidents Paca	19 125
Population régionale en 2009 :	4887383

Tableau III- 1b : suppléments de réanimation par établissements en 2009
champs : réanimation pour adultes, médicale, chirurgicale, polyvalente, neurochirurgicale et cardiaque, hors grands brûlés

Raison sociale	**année 2009**
CH DIGNE	1 382
CH DE BRIANCON	1 038
CHICAS GAP-SISTERON	1 619
CH DE GRASSE	1 688
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	2 360
CH DE CANNES	2 753
C.H.U. DE NICE	8 837
CLINIQUE LES SOURCES	1 579
INSTITUT ARNAULT TZANCK	2 686
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	1 905
HPC RESIDENCE DU PARC	2 834
CH AIX EN PROVENCE	3 355
CH D'AUBAGNE	1 307
CLINIQUE LA CASAMANCE	1 710
CH DE SALON	3 014
CLINIQUE BOUCHARD	2 223
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	4 442
CLINIQUE BEAUREGARD	2 121
HOPITAL AMBROISE PARE	4 192
HOPITAL PAUL DESBIEF	2 112
HOPITAL SAINT JOSEPH	4 488
CLINIQUE VERT COTEAU	2 765
AP-HM	26 017
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	2 569
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	2 279
CH D'ARLES	1 939
CH DE MARTIGUES	2 448
CLINIQUE AXIUM	1 878
POLYCLINIQUE LES FLEURS	2 262
CH DE DRAGUIGNAN	1 939
CH DE HYERES	1 963
CHI FREJUS	2 228
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	3 640
CHI TOULON	4 033
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	5 044
TOTAL Paca	**118 649**
total Paca sans les 2 HIA	112 730

source : PMSI 2009

Tableau III- 2 : évolution des suppléments versés 2007/10
Etablissements PACA avec autorisation de réanimation (base nationale)

	Année					**Moyenne retenue***
Raison sociale	**2 007**	**2 008**	**2 009**	**2 010**	**Total**	**2007/10**
CH DIGNE	1 851	1 800	1 382	1 639	6 672	1 668
CH DE BRIANCON	1 093	910	1 038	1 133	4 174	1 044
CHICAS GAP-SISTERON	2 199	1 626	1 619	1 588	7 032	1 758
CH DE GRASSE	2 064	1 755	1 688	2 084	7 591	1 898
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	2 441	2 400	2 360	2 491	9 692	2 423
CH DE CANNES	2 804	3 080	2 753	2 423	11 060	2 765
C.H.U. DE NICE	7 634	7 666	8 837	9 018	33 155	8 289
CLINIQUE LES SOURCES	1 133	815	1 579	1 994	5 521	1 380
INSTITUT ARNAULT TZANCK	3 644	3 847	2 686	2 966	13 143	3 286
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	2 156	2 337	1 905	2 042	8 440	2 110
HPC RESIDENCE DU PARC	3 502	3 461	2 834	3 178	12 975	3 244
CH AIX EN PROVENCE	3 389	3 293	3 355	3 411	13 448	3 362
CH D'AUBAGNE	1 519	1 687	1 307	1 361	5 874	1 469
CLINIQUE LA CASAMANCE	5 557	5 421	1 710	2 223	14 911	1 967
CH DE SALON	1 479	2 644	3 014	3 058	10 195	2 549
CLINIQUE BOUCHARD	3 939	4 482	2 223	2 165	12 809	2 194
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	10 247	10 194	4 442	5 213	30 096	4 828
CLINIQUE BEAUREGARD	5 890	366	2 121	2 466	10 843	2 294
HOPITAL AMBROISE PARE	3 841	3 359	4 192	4 079	15 471	3 868
HOPITAL PAUL DESBIEF	1 798	1 872	2 112	2 557	8 339	2 085
HOPITAL SAINT JOSEPH	2 980	4 314	4 488	4 763	16 545	4 522
CLINIQUE VERT COTEAU	2 510	2 911	2 765	2 896	11 082	2 771
AP-HM	27 398	27 898	26 017	26 161	107 474	26 869
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	2 213	783	2 569	2 844	8 409	2 542
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN			2 279		2 279	2 279
CH D'ARLES	2 200	2 220	1 939	2 065	8 424	2 106
CH DE MARTIGUES	1 839	1 831	2 448	2 990	9 108	2 277
CLINIQUE AXIUM	1 919	2 009	1 878	2 202	8 008	2 002
POLYCLINIQUE LES FLEURS	1 210	1 354	2 262	2 661	7 487	1 872
CH DE DRAGUIGNAN	1 188	1 635	1 939	2 037	6 799	1 700
CH DE HYERES	1 832	1 912	1 963	2 389	8 096	2 024
CHI FREJUS	1 893	2 129	2 228	2 017	8 267	2 067
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE			3 640		3 640	3 640
CHI TOULON	4 244	4 008	4 033	4 040	16 325	4 081
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	4 918	5 074	5 044	5 584	20 620	5 155
TOTAL Paca	124 524	121 093	118 649	119 738	484 004	120 382
total Paca sans les 2 HIA	124 524	121 093	112 730	119 738	478 085	114 463

* moyenne expurgée des modifications de nomenclatures et de structures intervenues sur la période
Note : inclus les réanimations cardiaques de l'APHM, de l'Institut Saint-Joseph, de la clinique Clairval et de l'Institut Arnaud Tzanck, et également la réanimation neurochirurgicale du CHUN

Tableau III- 3 : Distribution des patients de réanimation par âge et départements (PMSI 2009)
Etablissements PACA (base nationale)

Classe âge	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Paca	%
< 20 ans	0	16	102	226	41	15	400	1,9%
20 à 39 ans	16	51	478	1 173	277	100	2 095	10,2%
40 à 59 ans	23	100	1 216	3 075	579	171	5 164	25,1%
60 à 79 ans	51	164	2 309	5 327	1 109	281	9 241	44,8%
80 ans et +	30	73	957	1 980	608	64	3 712	18,0%
Total	**120**	**404**	**5 062**	**11 781**	**2 614**	**631**	**20 612**	100,0%

Evolution population Paca 2011-16, par âge et département (source INSEE)

Population	Variation 2016/11						
0-19 ans	1,029	1,011	1,000	1,005	1,016	1,015	1,008
20-39 ans	1,032	1,014	1,004	1,009	1,019	1,014	1,011
40-59 ans	1,016	1,003	0,996	1,000	1,010	1,003	1,002
60-79 ans	1,090	1,089	1,046	1,049	1,070	1,068	1,058
80-99 ans	1,178	1,189	1,122	1,147	1,176	1,175	1,152
Total	1,049	1,036	1,018	1,020	1,038	1,031	1,026

Projection en 2016 du nombre de séjours de réanimation

classe âge	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Paca	%
< 20 ans	0	16	102	227	42	15	403	1,9%
20 à 39 ans	17	52	480	1 183	282	101	2 118	10,0%
40 à 59 ans	23	100	1 211	3 074	585	172	5 174	24,5%
60 à 79 ans	56	179	2 415	5 588	1 186	300	9 775	46,2%
80 ans et +	35	87	1 074	2 271	715	75	4 276	20,2%
Total	**126**	**419**	**5 154**	**12 017**	**2 713**	**650**	**21 146**	100,0%
variation 2016/11	6	15	92	236	99	19	534	2,6%

Tableau III- 4 : occupation des capacités de réanimation
source PMSI 2007-09

Etab. N°	Suppléments	Moyenne retenue 2007/09	lits occupés	% réa	Lits unité occupés	Capacité de l'unité* avec TOM de 90%
1	Réa SI	1 678 278	4,6 0,8	85,8%	5,4	5,6
2	Réa SI	1 014 418	2,8 1,1	70,8%	3,9	3,4
3	Réa SI	1 815 226	5,0 0,6	88,9%	5,6	6,1
4	Réa SI	1 836 461	5,0 1,3	79,9%	6,3	6,1
5	Réa SI	2 400 722	6,6 2,0	76,9%	8,6	8,0
6	Réa SI	2 879 359	7,9 1,0	88,9%	8,9	9,6
7	Réa SI	8 046 2 920	22,0 8,0	73,4%	30,0	26,9
8	Réa SI	1 356 264	3,7 0,7	83,7%	4,4	4,5
9	Réa SI	1 312 1 255	3,6 3,4	51,1%	7,0	4,4
10	Réa SI	2 133 1 271	5,8 3,5	62,7%	9,3	7,1
11	Réa SI	3 266 101	8,9 0,3	97,0%	9,2	10,9
12	Réa SI	3 346 122	9,2 0,3	96,5%	9,5	11,2
13	Réa SI	1 504 357	4,1 1,0	80,8%	5,1	5,0
14	Réa SI	1 710 1 377	4,7 3,8	55,4%	8,5	5,7
15	Réa SI	2 379 560	6,5 1,5	81,0%	8,1	8,0
16	Réa SI	2 223 200	6,1 0,5	91,7%	6,6	7,4
17	Réa SI	4 442 1 981	12,2 5,4	69,2%	17,6	14,9
18	Réa SI	2 121 67	5,8 0,2	96,9%	6,0	7,1
19	Réa SI	3 797 38	10,4 0,1	99,0%	10,5	12,7
20	Réa SI	1 927 48	5,3 0,1	97,6%	5,4	6,5
21	Réa SI	4 401 1 641	12,1 4,5	72,8%	16,6	14,7
22	Réa SI	2 729 86	7,5 0,2	96,9%	7,7	9,1
Etab.	Suppléments	Moyenne retenue	lits	% réa	Lits unité	Capacité de l'unité*

N°		2007/09	occupés		occupés	avec TOM de 90%
23	Réa SI	27 104 8 290	74,3 22,7	76,6%	97,0	90,8
24	Réa SI	2 391 180	6,6 0,5	93,0%	7,0	8,0
25	Réa SI	2 279 278	6,2 0,8	89,1%	7,0	7,6
26	Réa SI	2 120 386	5,8 1,1	84,6%	6,9	7,1
27	Réa SI	2 039 357	5,6 1,0	85,1%	6,6	6,8
28	Réa SI	1 935 223	5,3 0,6	89,7%	5,9	6,5
29	Réa SI	1 609 131	4,4 0,4	92,5%	4,8	5,4
30	Réa SI	1 587 365	4,3 1,0	81,3%	5,3	5,3
31	Réa SI	1 902 153	5,2 0,4	92,5%	5,6	6,4
32	Réa SI	2 083 865	5,7 2,4	70,7%	8,1	7,0
33	Réa SI	3 640 941	10,0 2,6	79,5%	12,6	12,2
34	Réa SI	4 095 313	11,2 0,9	92,9%	12,1	13,7
35	Réa SI	5 012 627	13,7 1,7	88,9%	15,4	16,8
Total	Réa SI	116 110 27 859	318,1 76,3	80,6%	394,4	**388,8**

= (nb lits réa occupés + 10% SI issus de réa) / 0,9

Tableau III- 5 : activité des unités de soins intensifs de cardiologie
Etablissements Paca (base nationale)

Etablissements	Données	Moyenne*
CHICAS GAP-SISTERON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	575 3,5 2 022
CLINIQUE SAINT GEORGE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	447 2,8 1 256
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	840 3,1 2 602
CH DE CANNES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	688 2,5 1 719
C.H.U. DE NICE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	2 194 4,4 9 761
CLINIQUE PLEIN CIEL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 088 2,8 3 087
INSTITUT ARNAULT TZANCK	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	700 3,6 2 513
CH AIX EN PROVENCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	993 3,6 3 526
CLINIQUE LA CASAMANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	847 3,1 2 586
CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	322 2,9 927
CLINIQUE BOUCHARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	869 2,4 2 051
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	702 4,1 2 888
CLINIQUE BEAUREGARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	914 5,1 4 650
HOPITAL SAINT JOSEPH	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 474 2,3 2 596
CLINIQUE VERT COTEAU	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	592 4,6 2 706
AP-HM (Timone et Hôpital Nord)	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	4 338 3,4 14 894

Etablissements	Données	Moyenne*
CENTRE CARDIO VASCULAIRE VALMANTE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	578 3,4 1 982
CH D'ARLES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	607 2,5 1 534
CH DE MARTIGUES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	383 2,4 909
CLINIQUE AXIUM	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 420 4,4 6 295
POLYCLINIQUE LES FLEURS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	765 3,2 2 413
CHI FREJUS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	771 2,5 1 965
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	456 2,4 1 097
CHI TOULON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 436 2,6 3 736
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 163 2,9 3 380
CLINIQUE RHONE DURANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	761 2,3 1 715
PACA	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	26 304 3,3 85 594

Pour mémoire

Suppléments produits pour une unité de 6 lits occupée à 85 %	1 862
Nombre de séjours pour une DMS moyenne de 3,3 jours	564

Tableau III- 6 : activité des unités de surveillance continue
Etablissements PACA avec réanimation (33 – hors HIA) *Base nationale*

Finess	Etablissements	Données	année 2009
040788879	CH DIGNE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	72 11,9 858
050000116	CH DE BRIANCON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	57 3,3 186
050002948	CHICAS GAP-SISTERON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	202 4,4 885
060780491 060794013	INSTITUT ARNAULT TZANCK	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1784 2,9 5093
060780897	CH DE GRASSE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	226 3,0 686
060780954	C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	578 3,4 1978
060780988	CH DE CANNES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	179 3,2 581
060785011	C.H.U. DE NICE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1548 4,2 6441
060791811	CLINIQUE LES SOURCES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	343 7,5 2561
130001647	INSTITUT PAOLI – CALMETTES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	385 4,8 1833
Finess	**Etablissements**	**Données**	**année 2009**
130037922	HPC RESIDENCE DU PARC	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	595 3,2 1884
130781040	CH AIX EN PROVENCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	509 5,3 2690
130781446	CH D'AUBAGNE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	121 1,6 198
130781479	CLINIQUE LA CASAMANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1141 5,5 6305
130782634	CH DE SALON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	140 4,4 611

130783327	CLINIQUE BOUCHARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	478 6,5 3116
130784051	POLYCLINIQUE CLAIRVAL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1142 5,4 6181
130784713	CLINIQUE BEAUREGARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	526 5,5 2917
130785355	HOPITAL AMBROISE PARE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	246 5,2 1290
130785363	HOPITAL PAUL DESBIEF	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	245 4,5 1109
130785652	HOPITAL SAINT JOSEPH	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	998 3,1 3126

Finess	**Etablissements**	**Données**	**année 2009**
130785678	CLINIQUE VERT COTEAU	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	626 11,0 6876
130786049	AP-HM	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1587 3,6 5781
130786361	POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	952 4,2 4075
130789316	CH DE MARTIGUES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	63 3,7 234
130810740	CLINIQUE AXIUM	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	466 6,0 2801
830100319	POLYCLINIQUE LES FLEURS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	385 4,7 1817
830100525	CH DE DRAGUIGNAN	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	321 4,4 1402
830100533	CH DE HYERES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	278 6,4 1768
830100566	CHI FREJUS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	471 2,4 1147
830100616	CHI TOULON	Nombre de séjours DMS dans l'unité	705 3,7

		Nb suppléments SRC	2600

Finess	Etablissements	Données	année 2009
840006597	CH HENRI DUFFAUT AVIGNON		1121
		DMS dans l'unité	2,8
		Nb suppléments SRC	3179
Total du nombre de séjours		Nombre de séjours	18 735
Moyenne de la DMS régionale		DMS dans l'unité	4,4
Total du nombre de suppléments SRC		Nb suppléments SRC	83 237

Tableau III- 7 : activité des unités de surveillance continue
Etablissements PACA sans réanimation *Base nationale*

Finess	Etablissements	Données	année 2009
040780215	CH MANOSQUE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	353 2,9 1037
060000528	CTRE ANTOINE LACASSAGNE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	221 7,2 1599
060780715	CLINIQUE SAINT GEORGE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	1131 4,2 4774
060781200	CLINIQUE SAINT ANTOINE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	110 8,7 953
060785219	CLINIQUE PLEIN CIEL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	721 0,8 584
060800166	CLINIQUE DE L'ESPERANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	415 3,8 1588
130782147	CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	442 4,4 1923
130783665	CLINIQUE DE BONNEVEINE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	173 3,6 622
130785512	CH DE LA CIOTAT	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	173 6,3 1095
130789159	CENTRE CARDIO VASCULAIRE VALMANTE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	445 3,1 1371
Finess	**Etablissements**	**Données**	**année 2009**
830100103	CLINIQUE STE MARGUERITE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	438 6,7 2943
830100251	CLINIQUE DU CAP D'OR	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	277 5,0 1385
830100392	NOUVELLE CLINIQUE NOTRE DAME	Nombre de séjours	336

		DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	3,9 1313
830100434	CLINIQUE SAINT JEAN	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	566 6,1 3443
830100459	CLINIQUE SAINT MICHEL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	99 6,4 635
830100517	CH DE BRIGNOLES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	400 4,1 1648
830200523	POLYCLINIQUE HENRI MALARTIC	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	135 2,7 369
840000046	CH DE CARPENTRAS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	110 7,2 795
840000087	CH LOUIS GIORGI D'ORANGE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	224 7,0 1578
840000285	POLYCLINIQUE URBAIN V	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	130 4,9 638
840000327	CLINIQUE DU DR MONTAGARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	168 2,4 401

Finess	**Etablissements**	**Données**	**année 2009**
840000400	CENTRE CHIRURGICAL ST ROCH	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	36 4,7 170
840004659	CHI CAVAILLON-LAURIS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	40 8,4 337
840013312	CLINIQUE RHONE DURANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	765 2,2 1653
Total du nombre de séjours Moyenne de la DMS régionale Total du nombre de suppléments SRC		Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	7 908 4,2 32 854

Graphique 1

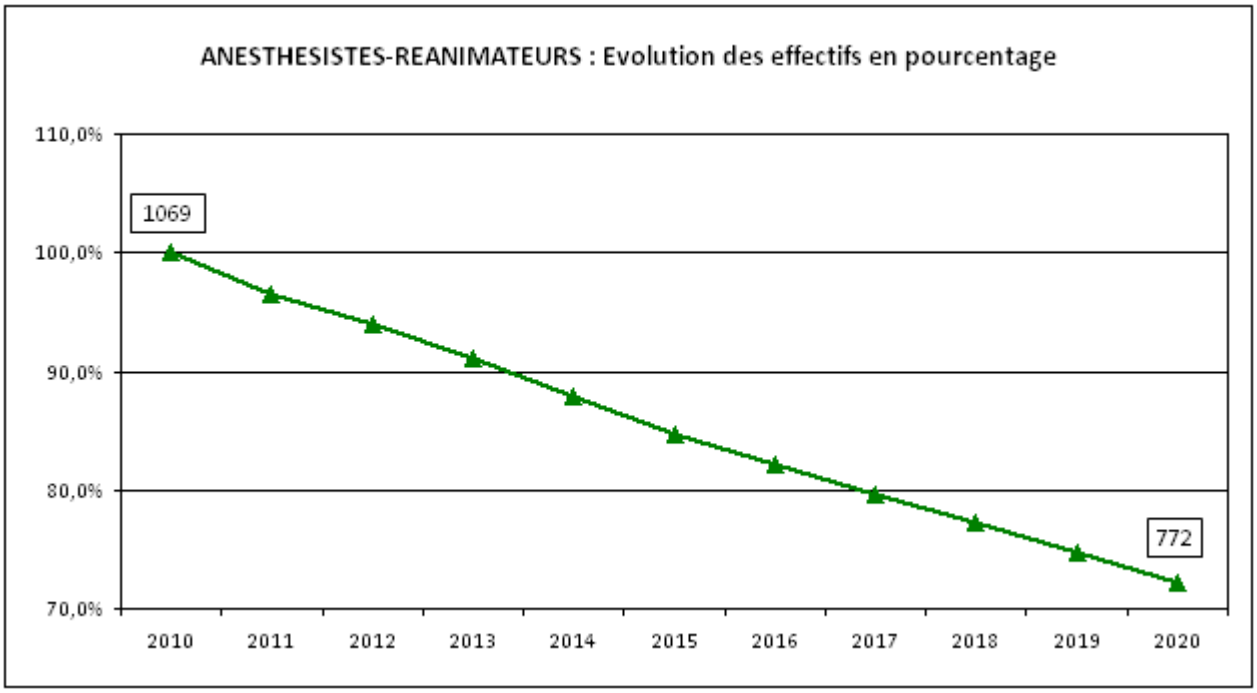


Tableau IV- 1 : Attractivité et fuites régionales (source PMSI – base nationale)

SITE	Origine patients	année de sortie			Total
		2008	2009	2010	
MARSEILLE	PACA	776	827	596	2 199
	Départements limitrophes	88	100	92	280
	Autres départements français	112	101	93	306
	Autres (hors France)	57	33	21	111
	Total	1 033	1 061	802	2 896
NICE	PACA	425	421	106	952
	Départements limitrophes	20	13	4	37
	Autres départements français	13	10	2	25
	Autres (hors France)	15	14	8	37
	Total	473	458	120	1 051
PACA	PACA	1 201	1 248	702	3 151
	Départements limitrophes	108	113	96	317
	Autres départements français	125	111	95	331
	Autres (hors France)	72	47	29	148
	Total	1 506	1 519	922	3 947

Tableau IV- 2 : activité des réanimations pédiatriques (source PMSI – base nationale)

		2008	2009	2010	Total
AP-HM hôpital Nord	Nb séjours	227	294	296	817
	DMS dans l'unité	5,9	7,6	5,5	
	Nb suppl. Réa	637	649	604	
	Nb suppl. SI	1 086	1 706	1 139	
	Nb lits occupés	4,7	6,5	4,8	
AP-HM Timone E	Nb séjours	756	767	807	2330
	DMS dans l'unité	5,0	4,8	4,5	
	Nb suppl. Réa	1 079	1 052	673	
	Nb suppl. SI	3 129	3 056	3 390	
	Nb lits occupés	11,5	11,3	11,1	
CHU de Nice	Nb séjours	248	214	120	582
	DMS dans l'unité	2,7	2,4	3,4	
	Nb suppl. Réa	464	364	277	
	Nb suppl. SI	254	172	170	
	Nb lits occupés	2,0	1,5	1,2	
Lenval	Nb séjours	225	244	160	629
	DMS dans l'unité	6,0	3,0	4,5	
	Nb suppl. Réa	884	573	440	
	Nb suppl. SI	467	176	263	
	Nb lits occupés	3,7	2,1	1,9	
Hôpitaux pédiatriques de Nice	Nb séjours	SO	SO	72	72
	DMS dans l'unité	SO	SO	6,2	
	Nb suppl. Réa	SO	SO	NC	
	Nb suppl. SI	SO	SO	NC	
	Nb lits occupés	SO	SO	NC	
Total régional					4 430

SO : sans objet (la structure n'étant pas créée)

Tableau IV- 3 : distribution par âge (source PMSI – base nationale)

	Age	2008	2009	2010	Total	%	Total
AP-HM hôpital Nord	< 1 mois	44	46	65	155	17,9%	155
	1 mois-1 an	70	71	75	216	24,9%	216
	1-4 ans	93	88	73	254	29,3%	254
	5-9 ans	24	28	29	81	9,3%	81
	10-17 ans	45	61	52	158	18,2%	158
	18-20 ans	1	0	0	1	0,1%	1
	> 20 ans	0	0	2	2	0,2%	2
AP-HM Timone Enfant	< 1 mois	131	149	178	458	19,7%	458
	1 mois-1 an	207	214	255	676	29,0%	676
	1-4 ans	167	148	158	473	20,3%	473
	5-9 ans	82	89	71	242	10,4%	242
	10-17 ans	163	159	140	462	19,8%	462
	18-20 ans	4	6	4	14	0,6%	14
	> 20 ans	2	2	1	5	0,2%	5
CHU de Nice	< 1 mois	42	40	19	101	17,4%	101
	1 mois-1 an	72	50	34	156	26,8%	156
	1-4 ans	64	42	36	142	24,4%	142
	5-9 ans	25	21	15	61	10,5%	61
	10-17 ans	43	59	16	118	20,3%	118
	18-20 ans	1	1	0	2	0,3%	2
	> 20 ans	1	1	0	2	0,3%	2
Lenval	< 1 mois	41	38	24	103	16,4%	103
	1 mois-1 an	59	58	37	154	24,5%	154
	1-4 ans	43	46	38	127	20,2%	127
	5-9 ans	20	22	16	58	9,2%	58
	10-17 ans	58	71	40	169	26,9%	169
	18-20 ans	3	5	3	11	1,7%	11
	> 20 ans	1	4	2	7	1,1%	7
Hôpitaux pédiatriques de Nice	< 1 mois			18	18	25,0%	18
	1 mois-1 an			16	16	22,2%	16
	1-4 ans			17	17	23,6%	17
	5-9 ans			9	9	12,5%	9
	10-17 ans			12	12	16,7%	12
	18-20 ans			0	0		0
	> 20 ans			0	0		0
TOTAL REGIONAL	< 1 mois	258	273	304	835	18,6%	835
	1 mois-1 an	408	393	417	1218	27,2%	1218
	1-4 ans	367	324	322	1013	22,6%	1013
	5-9 ans	151	160	140	451	10,1%	451
	10-17 ans	309	350	260	919	20,5%	919
	18-20 ans	9	12	7	28	0,6%	28
	> 20 ans	4	7	5	16	0,4%	16

Tableau IV- 4 : origine géographique (source PMSI – base nationale)

	Origine des patients	2008	2009	2010	Total	%
AP-HM hôpital Nord	PACA	246	245	259	750	86,5%
	départements limitrophes	16	20	15	51	5,9%
	autres départements	8	18	9	35	4,0%
	étrangers	7	11	13	31	3,6%
	total	277	294	296	867	100,0%
AP-HM Timone Enfant	PACA	519	573	562	1654	71,0%
	départements limitrophes	72	80	104	256	11,0%
	autres départements	106	82	115	303	13,0%
	étrangers	59	32	26	117	5,0%
	total	756	767	807	2330	100,0%
CHU de Nice	PACA	217	198	106	521	89,5%
	départements limitrophes	15	5	4	24	4,1%
	autres départements	5	3	2	10	1,7%
	étrangers	11	8	8	27	4,6%
	total	248	214	120	582	100,0%
Lenval	PACA	208	223	150	581	92,4%
	départements limitrophes	5	8	6	19	3,0%
	autres départements	8	7	2	17	2,7%
	étrangers	4	6	2	12	1,9%
	total	225	244	160	629	100,0%
Hôpitaux pédiatriques de Nice	PACA			70	70	97,2%
	départements limitrophes			0	0	0,0%
	autres départements			2	2	2,8%
	étrangers			0	0	0,0%
	total			72	72	100,0%
TOTAL REGIONAL		1	1	1	3	
	PACA	190	239	147	576	79,8%
	départements limitrophes	108	113	129	350	7,8%
	autres départements	127	110	130	367	8,2%
	étrangers	81	57	49	187	4,2%
		1	1	1	4	
	total	506	519	455	480	100,0%

Tableau IV- 5 : Distribution par CMD pour la région Paca (source PMSI – base nationale)

CMD	Libellé	2008	2009	2010	Total	%
01	Affections du système nerveux	218	222	213	653	**14,8%**
02	Affections de l'œil	5	6	8	19	0,4%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	25	20	27	72	1,6%
04	Affections de l'appareil respiratoire	204	219	204	627	**14,2%**
05	Affections de l'appareil circulatoire	338	329	383	1 050	**23,8%**
06	Affections du tube digestif	137	157	116	410	**9,3%**
07	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	20	25	21	66	1,5%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	136	155	124	415	**9,4%**
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	8	4	3	15	0,3%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	35	52	39	126	2,9%
11	Affections du rein et des voies urinaires	27	33	24	84	1,9%
12	Affection de l'appareil génital masculin	0	1	4	5	0,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	1	4	3	8	0,2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	77	86	68	231	5,2%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	26	23	19	68	1,5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	10	7	8	25	0,6%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	22	26	17	65	1,5%
19	Maladies et troubles mentaux	2	6	3	11	0,2%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	15	15	9	39	0,9%
22	Brûlures	24	15	19	58	1,3%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	32	54	43	129	2,9%
24	Séances et séjours de moins de 2 jours	48	9	4	61	1,4%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	37	7	1	45	1,0%
26	Traumatismes multiples graves	18	10	7	35	0,8%
27	Transplantations d'organes	32	31	30	93	2,1%
90	Erreurs et autres séjours inclassables	7	2	0	9	0,2%
total		1 504	1 518	1 397	4 419	100,0%

TOTAL CUMULE (en %)

CMD	Libellé	%
05	Affections de l'appareil circulatoire	23,8%
01	Affections du système nerveux	38,5%
04	Affections de l'appareil respiratoire	52,7%
08	Affections et trauma appareil musc-sq et du tis conj	62,1%
06	Affections du tube digestif	71,4%

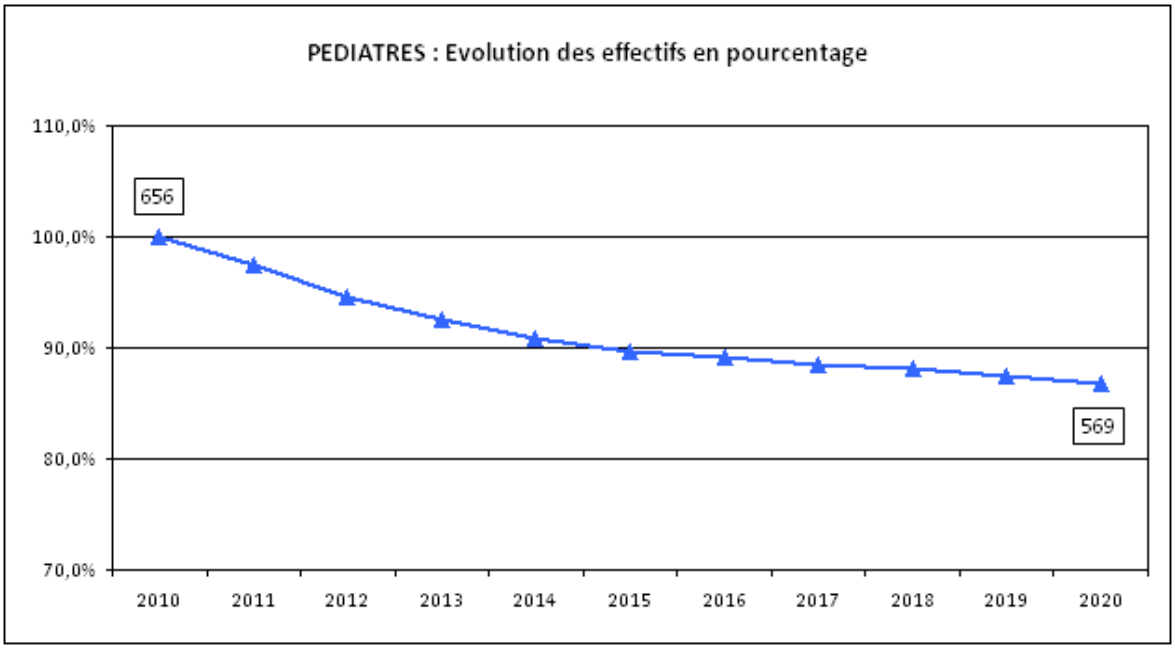
Distribution des parts d'activité (en %)

CMD	Libellé	Nord	TE	CHUN	Lenval	moyenne
01	Affections du système nerveux	13,6	15,2	**21,1**	8,3	14,8
04	Affections de l'appareil respiratoire	**20,0**	8,3	14,8	**27,3**	14,2
05	Affections de l'appareil circulatoire	2,2	**41,9**	4,5	4,5	23,8
06	Affections du tube digestif	14,5	5,5	10,8	14,1	9,3
08	Affections et trauma appareil musc-sq et du tis conj	6,3	9,0	9,8	14,8	9,4
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la pér périnat	7,5	3,4	11,2	3,3	5,2
22	Brûlures	9,9	0,0	0,9	0,3	1,3

Tableau IV- 7 : évolution des prises en charge en réanimation pédiatrique à l'horizon 2016

	Classes d'âges	activité constatée 2008-10	moyenne	Variation 2011-2016 en %	en séjours
Paca Ouest	< 1 mois	613	204		
	1 mois-1 ans	892	297	1.57 %	755
	1-4 ans	727	242		
	5-9 ans	323	108	0.94 %	109
	10-17 ans	620	207	1.02 %	209
	18-20 ans	15	5	0.42 %	5
	total Paca O	3 190	1 064	0.51 %	1069
Paca Est	< 1 mois	222	74		
	1 mois-1 ans	326	109	1.00 %	281
	1-4 ans	286	95		
	5-9 ans	128	43	0.49 %	43
	10-17 ans	299	100	0.44 %	100
	18-20 ans	13	4	0.16 %	4
	total Paca E	1 274	425	0.97 %	429

Graphique 2


PEDIATRES : Evolution des effectifs en pourcentage
110,0%
100,0%
90,0%
80,0%
70,0%
656
569
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) PAR EPURATION EXTRA RENALE

4.13 Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extra rénale

4.13.1 Contexte

4.13.1.1 Epuration extra rénale

L'épidémiologie de la maladie est suivie au niveau national par le « Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie » (REIN). La tenue de ce registre constitue une priorité régionale permettant de disposer des données épidémiologiques nécessaires au suivi des besoins de santé de la population.
Ces données, associées aux données déclaratives annuelles des structures, contribuent au suivi de la mise en œuvre du SROS.
L'étude de l'évolution des effectifs de patients dialysés, réalisée par le laboratoire de Santé Publique de la Faculté de médecine de Marseille de l'année 1995 à l'année 2010, soit sur 15 ans, atteste que la progression est linéaire et évaluée à 100 nouveaux patients par an en PACA ; ce constat rend compte du fait que les prévisions d'activité du SROS 3 étaient surévaluées par rapport au nombre de patients pris en charge en 2009. Le profil des patients dialysés s'aggrave compte tenu de leur vieillissement, du nombre de comorbidités associées, pour les plus de 75 ans, et de leur perte d'autonomie.

Implantations par territoire

Territoires	Total implantations	Centres	UDM*	UAD**
Alpes Haute Provence - 04	3	1	1	3
Hautes Alpes – 05	4	2	2	2
Alpes Maritimes – 06	12	6	2	6
Bouches du Rhône - 13	27	10	13	17
Var – 83	15	8	10	10
Vaucluse – 84	8	4	3	6
TOTAL	69	31	30	44

* : unité de dialyse médicalisée
** : unité d'autodialyse simple ou assistée

Activité par modalité et par territoire de santé
(données déclaratives communiquées par les établissements pour les activités de 2009)

Nombre de patients	Centre	UDM	UAD	DP*	HDD**	TOTAL
Alpes de Haute Provence - 04	68	9	17	0	0	94
Hautes Alpes – 05	65	0	13	1	1	80
Alpes Maritimes – 06	367	29	100	21	0	517
Bouches du Rhône - 13	1 055	44	402	42	5	1 548
Var – 83	444	70	163	47	20	744
Vaucluse – 84	318	35	52	28	4	437
TOTAL	2 317	187	747	139	30	3 420

*: dialyse péritonéale
**: hémodialyse à domicile
Sont exclues de ce tableau l'activité du centre d'hémodialyse de l'HIA Sainte Anne (Toulon) ainsi que celle des 2 centres de dialyse pédiatrique.

L'offre sur les territoires est globalement équilibrée :

- toutes les modalités de dialyse sont proposées dans chacun des territoires (à l'exception de la dialyse péritonéale dans les Alpes de Haute Provence) ;

- des Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) ont été autorisées sur chaque territoire conformément aux objectifs du précédent SROS en tenant compte de la nécessité d'une prise en charge de proximité mais aussi des ressources médicales disponibles ; cependant la plupart des unités n'a été mise en service qu'à partir de 2009 ;

- le développement de la dialyse péritonéale n'a pas atteint l'objectif prévu de 5%, bien que deux territoires dépassent ce taux.

Activité de dialyse pédiatrique

En 2009, l'activité de dialyse pédiatrique sur les 2 CHU a été de 13 patients à Marseille et 3 à Nice.

4.13.1.2 Greffe rénale

L'Agence de la biomédecine dresse chaque année le bilan de l'activité de greffe en PACA comparé au niveau national :

- le nombre de greffes réalisées en PACA en 2009 est de 167 dont 7 à partir de donneurs vivants ;

- les greffes rénales à partir de donneurs vivants (1,4% pour Nice et 6,5% pour Marseille) restent inférieures au taux national (7,9%) ;

- en 2010, la médiane d'attente avant inscription en liste pour les patients de moins de 60 ans est de 20,2 mois pour une moyenne nationale de 14,3 mois ;

- parmi les patients en dialyse de moins de 60 ans, 17,4% sont inscrits en liste d'attente, 24,4% sont en cours de bilan, ce qui laisse 58,2% de patients non inscrits (parmi lesquels 52% sont en contre indication médicale et 22% ont exprimé un refus) ;

- nombre de retours en dialyse après échec de greffe en région PACA en 2009 = 45 ;

- taux d'échec en région PACA en 2009 = 27%.

4.13.1.3 Prévention – dépistage de l'IRC

Des actions de prévention et de dépistage existent à l'initiative des établissements de santé et de la Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux (FNAIR) mais elles se révèlent insuffisantes.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est difficile à mettre en œuvre : pour les patients, elle se conçoit plus facilement pendant les séances de dialyse et pour les équipes, elle n'est efficiente que dans la mesure où tous ses membres se forment en même temps.

L'information des patients sur le choix des modalités de dialyse est insuffisante et non tracée.

4.13.2 Orientations générales

Le patient doit être mis au centre du dispositif et il doit avoir accès à la modalité de traitement la plus adaptée à son état de santé, choisie avec son accord. L'atteinte de cet objectif a pour conséquence la nécessité de diversifier les modes de prise en charge effectués par chaque équipe et de renforcer les conventions établies entre les structures.

4.13.2.1 Epuration extra rénale

4.13.2.1.1 Améliorer l'accès aux soins

Le nombre de centres d'hémodialyse installés, bien répartis dans chaque territoire, doit pouvoir répondre à la prise en charge des patients lourds.

Pour les modalités de dialyse hors centre, il importe de diversifier et renforcer l'offre de proximité en tenant compte de l'évolution des besoins de la population, des contraintes de la démographie médicale et de l'évolution des technologies :

- Les prises en charge en unité de dialyse médicalisée doivent se développer tant par le biais de la montée en charge des structures récemment mises en service que par la délivrance de nouvelles autorisations d'installation afin de compléter l'offre et de répartir au mieux les implantations,

- En ce qui concerne les unités d'auto dialyse (UAD), leur répartition permet de répondre à un besoin de proximité dans la plupart des territoires ; un ajustement ponctuel devrait permettre de compléter le dispositif,

- Le développement de la dialyse à domicile (hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale) constitue l'un des objectifs majeurs du volet relatif à l'insuffisance rénale chronique du SROS PRS, eu égard à son faible développement dans la région et grâce aux évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés).

  La réalisation de cet objectif nécessite une attitude volontaire de l'ensemble des acteurs lors de la mise en dialyse :
  - en l'absence de contre-indication, une information claire et précise doit être dispensée sur cette technique à tous les patients,
  - il convient d'inciter les structures non titulaires d'une autorisation de pratiquer la DP, à en faire la demande et à la mettre en œuvre,
  - si la structure offre les différentes modalités de dialyse, elle doit assurer la formation d'IDE aux manipulations spécifiques à la dialyse péritonéale.

  L'accès à la dialyse péritonéale dans les EHPAD peut constituer une possibilité de développement de cette modalité mais nécessite de :
  - développer la coopération ville hôpital, notamment avec les infirmiers en exercice libéral ;
  - former les IDE à la technique de dialyse péritonéale,
  - favoriser la communication et la coordination avec les structures médicosociales ; pour cela, il s'agit d'établir des conventions entre les structures de dialyse et les EHPAD afin de recenser le nombre de patients dialysés et hébergés en EHPAD et d'organiser une offre de prise en charge en DP ; la labellisation de certaines de ces structures en « EHPAD dédiés » pourrait ainsi être envisagée.

4.13.2.1.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Télémédecine

La télémédecine peut apporter une aide à la surveillance et à la décision thérapeutique, notamment en dialyse à domicile, en UAD et en UDM. Son développement permettra de faire face à la pénurie de

néphrologues. A cet effet, un groupe de travail mis en place à l'ARS dans le cadre du SROS PRS devrait permettre de définir les conditions de son développement.

Information et Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Le patient doit être informé, dès la phase initiale du diagnostic, de l'ensemble des modalités thérapeutiques existantes. Les propositions qui lui sont faites ainsi que les décisions prises doivent donner lieu à l'élaboration d'un document daté, signé, annexé au dossier du patient et éventuellement renouvelé.

La création d'une plateforme d'informations sur les maladies rénales par l'Association de néphrologues du Sud-est et de la Corse (ANSEC) serait aussi une aide précieuse tout autant que l'information soit mise en ligne sur le site de la Société Française de Néphrologie.
Dans le cadre de cette information, une place mérite d'être réservée à la greffe dont l'intérêt n'est plus à démontrer, notamment à partir de donneurs vivants, surtout dans la perspective des greffes préemptives. De plus les réunions organisées par le centre de transplantation pour les patients ayant un bilan pré-greffe pourraient se dérouler avec la participation des néphrologues traitants, ce qui permettrait de consolider l'information de tous.

Une éducation thérapeutique mutualisée (néphrologue, cardiologue, diabétologue et/ou pédiatre) devra se développer ; elle concerne les patients à partir du stade de pré dialyse et pourra s'organiser sous forme de séances collectives et/ou individuelles, formalisées et évaluées.

Dépistage et prévention

Les actions à mener pour une meilleure prise en charge des patients à risque d'IRC justifient de :

- constituer un groupe de travail pluridisciplinaire pour définir les actions à mettre en place dans la région et en évaluer les résultats par des indicateurs spécifiques ;

- favoriser, en coopération avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), la communication et la coordination avec les professionnels libéraux concernés : médecins généralistes, cardiologues, diabétologues et pédiatres, infirmiers libéraux afin d'optimiser les actions de prévention à engager à l'intention des patients à risque d'IRC (HTA, maladies athéromateuses, diabète, iatrogénie médicamenteuse, néphropathies familiales et génétiques, …) ;

Par ailleurs, il importe d'inscrire, dans le CPOM signé avec chaque structure de dialyse, des objectifs de prévention et d'en suivre les actions.

Par ailleurs, il convient de veiller à la vaccination adaptée des professionnels de santé prenant en charge des patients dialysés.

4.13.2.1.3 Améliorer l'efficience

Lorsqu'un établissement n'est pas en mesure d'offrir en propre toutes les modalités de dialyse, il doit établir des conventions avec d'autres structures, lesquelles seront formalisées, évaluées régulièrement et tenues à disposition de l'A R.S.

Ces conventions ont pour objet de définir les conditions de :

- l'accès aux quatre modalités de dialyse (hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée, en unité d'auto dialyse, dialyse à domicile),
- l'organisation de la permanence des soins (prise en charge en cas de survenue de complications, repli, réanimation).

Par ailleurs, il conviendra de réduire le nombre de dialyses débutées en urgence en favorisant suffisamment tôt le recours au néphrologue des personnes atteintes d'IRC pour lesquelles un traitement par épuration extrarénale doit être envisagé.

4.13.2.1.4 Hémodialyse pédiatrique

La région PACA offre deux sites de prise en charge des maladies rénales de l'enfant, les CHU de Nice et de Marseille.

En sus des critères de qualité de la prise en charge précédemment développés, notamment dans le cadre de la prévention de l'IRC et de l'ETP, des objectifs sont spécifiques aux enfants :

- l'intégration des composantes familiale et scolaire (intervention de l'éducation nationale sur le site de traitement de l'enfant) dans la prise en charge clinique ;
- l'amélioration des étapes de transition vers les centres d'adultes à la fin de l'adolescence.

4.13.2.2 Greffe rénale

4.13.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins

L'objectif principal est d'assurer aux patients un accès rapide et équitable à la greffe en réduisant les délais d'inscription et les délais d'attente sur liste et tenter d'aplanir les disparités entre les équipes. Le motif de non inscription sur liste doit être renseigné par l'équipe de néphrologie et figurer dans le dossier médical du patient.

Une information des patients et de leurs proches le plus tôt possible dans l'histoire de la maladie devra présenter le don d'organes comme une alternative de choix, notamment à partir de donneurs vivants.

Il importe d'intégrer l'accès à la greffe dans la filière de soins qui va du dépistage de l'IRC terminale à la prise en charge thérapeutique au long cours des patients. Pour ce faire des conventions de coopération sont nécessaires entre les structures de dialyse et les centres greffeurs.

4.13.2.2.2 Améliorer l'efficience

Il importe de favoriser l'augmentation de l'activité de greffe en facilitant l'organisation du prélèvement d'organes.

Il conviendra de structurer et formaliser les réseaux de prélèvement d'organes.

4.13.3 Objectifs quantifies par territoire

4.13.3.1 Implantations

4.13.3.1.1 Centre, dialyse médicalisée et autodialyse

Les propositions figurant dans le tableau ci-dessous sont établies à partir du nombre de sites autorisés en 2011 (y compris les 2 centres de dialyse pédiatrique et le centre de dialyse de l'HIA Sainte Anne) majoré en UDM et en auto dialyse afin de prendre en charge préférentiellement selon ces modalités et au plus près de leur domicile, les patients attendus à l'horizon 2016.

Territoires	Centre	UDM	Auto dialyse
Alpes Haute Provence (04)	1	3	3
Hautes Alpes (05)	2	2	2
Alpes Maritimes (06)	6	5	7
Bouches du Rhône (13)	10	13	17
Var (83)	8	11	10
Vaucluse (84)	4	4	7
TOTAL	**31**	**38**	**46**

4.13.3.1.2 Hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale

Les autorisations pour ces deux activités de dialyse à domicile sont délivrées pour l'une ou l'autre de ces deux activités ou pour les deux selon la formulation de la demande.
Chaque promoteur peut les mettre en œuvre sur toutes les structures qu'il détient quelque soit le site d'implantation sous réserve du respect des conditions règlementaires ; de ce fait elles ne peuvent être différenciées par territoire.

Toutefois le développement de la dialyse à domicile ne prendra toute sa dimension que si chaque équipe de néphrologues réalise, sur chaque territoire, cette activité en propre et non plus par convention avec une autre structure.
Ainsi l'offre de soins doit être complétée par une autorisation dans le territoire des Alpes de Haute Provence, une dans les Alpes Maritimes (hors Nice) et une dans le Var.

4.13.3.2 Répartition de l'activité par modalité de dialyse

L'activité de dialyse doit tendre, selon les modalités de dialyse, vers une proportion de 60% en centre d'hémodialyse et 40% hors centre dont 14% de dialyse médicalisée, 18% en autodialyse et 8% à domicile.

4.13.4 Tableau de bord de suivi de l'activité

4.13.4.1 Indicateurs épidémiologiques et d'activité issus du registre REIN

- données générales sur l'épidémiologie de la région : prévalence de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRC, incidence de l'IRCT, incidence et prévalence des patients en IRCT avec diabète associé ;
- bilan de l'activité de dialyse/greffe : répartition des patients par modalité de prise en charge, nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel, tableau des flux de patients ;
- indicateur de lourdeur de la comorbidité des patients traités ;
- indicateur d'accessibilité géographique (en temps de transport) ;
- indicateurs d'attractivité/fuites.

4.13.4.2 Indicateurs issus de la base de données des greffes de l'Agence de Biomédecine

- accessibilité : durée médiane de séjour sur liste d'attente ;
- activité : nombre de greffes réalisées, nombre de patients suivis, nombre de prélèvements pratiqués.

4.13.4.3 Indicateurs « objectif greffe »

- nombre de patients sur liste d'attente un jour donné ;
- ratio greffés/patients en IRCT traités ;
- délai entre début de dialyse et inscription, délai entre inscription et greffe ;
- % d'inscription en début de dialyse, % d'inscription à un an de dialyse ;
- % de patients inscrits par tranches d'âge ;
- % de patients présentant une contre indication temporaire à la greffe
- nombre de greffes préemptives par tranche d'âge
- nombre de greffes donneurs vivants ;
- taux d'échec ;
- nombre de retours en dialyse après échec.

4.13.4.4 Indicateurs d'activité transmis à l'ARS par chaque structure de traitement

Chaque établissement adresse un bilan annuel d'activité par structure et par modalité de dialyse permettant notamment d'établir la part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale et la part des patients suivis hors centre.

Ces indicateurs sont à remplir selon une fiche de recueil annexée au contrat d'objectifs et de moyens et à renvoyer à l'ARS avant le 31 mars de l'année N+1.
(modèle à annexer au SROS-PRS).

TRAITEMENT DU CANCER

4.14 Traitement du cancer

4.14.1 Bilan de l'existant

A/ ORGANISATION GENERALE

4.14.1.1 La démographie médicale

Les données de l'observatoire national de la démographie médicale en 2013 permettent de connaître la situation de la région Paca pour les professions impliquées en cancérologie.

Ainsi la densité médicale pour 100 000 habitants est-elle de :

2,9 anatomopathologistes (contre 2,3 au niveau national)
0,1 hématologue (même niveau national)
1,5 oncologue médical (1,2 au niveau national)
1,1 radiothérapeute (même niveau national)
5,5 chirurgiens (chirurgie générale non détaillée) (5 au niveau national)

Si la région dans son ensemble fait partie des régions les moins défavorisées, tous les départements ne sont pas égaux dans cette répartition, les plus fortes densités s'observant dans les départements côtiers.

Le nombre de postes d'internes offerts au choix dans la région évolue comme le montre le tableau suivant :

		Période 2011-2015	Période 2013-2017
Anatomopathologistes	Marseille	7	15
	Nice	5	5
Oncologues[77]	Marseille	27	30
	Nice	10	15
Chirurgiens	Marseille	118	113
	Nice	55	55

4.14.1.2 Le réseau régional de cancérologie et les centres de coordination en cancérologie (3C)

Le réseau OncoPaca-Corse a été « reconnu » par l'INCa le 22 novembre 2010. Ce réseau remplit les missions inscrites dans le référentiel des réseaux régionaux de cancérologie. Il travaille en concertation étroite avec les 3C (au nombre de 15 dans la région) qui assurent à une échelle plus fine l'organisation et la qualité de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP le développement du dispositif d'annonce et la remise au patient du programme personnalisé de soins (PPS). L'organisation des 3C a été redéfinie au travers d'une charte régionale en 2013 et les missions des 3C sont valorisées au travers d'un rapport d'activité lui aussi revu en 2013, qui met l'accent non seulement sur le recueil quantitatif des données mais aussi sur les évaluations qualitatives.

Le niveau de qualité des RCP est inhomogène, des chirurgiens ne participent qu'irrégulièrement à ces réunions, le rythme de certaines réunions est incompatible avec la mise en œuvre du traitement dans des délais acceptables.

---

[77] *A noter que la filière d'oncologie regroupe les trois options : oncologie médicale, oncologie radiothérapie et hémato-oncologie*

Dans le cadre du réseau, les cabinets et services d'anatomopathologie sont sollicités pour transmettre leurs données relatives à tout prélèvement cancéreux (biopsies, pièces opératoires) depuis 2005 au CRISAP (Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie Pathologique). Toutes les structures d'anatomie pathologique ne participent pas encore à ce recueil.

Le réseau s'investit tout particulièrement pour la diffusion d'informations et la facilitation de l'accès des patients à certains services. Ainsi, une plateforme régionale avec un numéro d'appel unique a été mise en place pour faciliter l'accès aux services des 2 CHU autorisés pour la préservation de la fertilité. Le réseau permet aussi l'accès sur son site aux informations relatives aux 2 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) dont l'objectif est de favoriser les décisions conjointes entre gériatres et oncologues afin de mieux adapter les traitements des personnes âgées atteintes de cancer.

4.14.1.3 Le pôle régional de cancérologie réseau

Organisé en Paca par le partenariat des deux CHU et des deux CLCC, le pôle régional assure l'accès au recours de certains cancers rares, l'accès à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes.

4.14.1.4 La recherche en cancérologie

Le développement de la recherche a pris son essor dans le domaine de la cancérologie grâce à la mise en place par l'Inca des cancéropôles. Le cancéropôle Paca a permis le rapprochement des CHU et des CLCC avec les universités, le CNRS et l'INSERM. Les tumorothèques ont été agréées pour la conservation d'échantillons biologiques et une équipe mobile de recherche clinique permet à différents établissements de la région de proposer aux patients leur inclusion dans des essais cliniques.

Enfin le CHU et le CLCC de Marseille participent au site de recherche intégrée en cancérologie (SIRIC), créé en vue d'accélérer le transfert des résultats de la recherche vers des applications médicales

B/ OFFRE DE SOINS

Les autorisations ont découlé dans un premier temps des obligations réglementaires, issues du décret n°2007-388 du 21 mars 2007 et de l'arrêté du 29 mars 2007, et notamment de celles qui ont été édictées pour la période transitoire. Il s'agissait d'un dispositif nouveau qui était en cours d'application lors de la publication du dernier SROS. Depuis des décisions de retraits d'autorisations ont du être prises afin de maintenir le niveau de qualité exigé par les textes et des établissements ont, de leur propre fait, abandonné la pratique de traitement du cancer ou procédé à des regroupements. Nous pouvons maintenant analyser les répercussions de ce dispositif en termes de planification, en tenant compte de l'accessibilité géographique et financière pour la population, de la démographie médicale et des restructurations en cours ou à venir, tout en maintenant les critères de qualité en vigueur pour les prises en charges des pathologies cancéreuses.

Ce dispositif repose en effet sur la nécessaire qualité des soins pratiqués dans un environnement de sécurité et la mise en œuvre des avancées techniques dont les bénéfices pour le patient sont démontrés. Il ne s'agit donc pas d'une offre de proximité immédiate. Pour certaines activités les patients devront se rendre dans un établissement autorisé à distance de leur domicile car c'est dans cet établissement que leur seront offertes les meilleures conditions de prise en charge de leur maladie, au regard des recommandations actuellement en vigueur. De même, pour pouvoir pratiquer certains actes, les professionnels et notamment les chirurgiens devront avoir accès à un plateau technique d'un autre établissement que celui dans lequel ils exercent pour les activités non carcinologiques.

Les données de séjours en cancérologie ont été analysées à l'aide des données du PMSI, 2011 et 2012, et quelques observations méritent d'être soulignées.

Des séjours pour cancer ont lieu en dehors de la région Paca pour des habitants de la région, cela représente 2,3% de l'ensemble des séjours pour cancer effectués au bénéfice de patients de la région, mais pour les habitants du Vaucluse, cette prise en charge hors Paca représente 11,3 % de l'ensemble de la demande. A contrario, on note que dans le Vaucluse 17,5% des séjours pour cancer sont effectués au bénéfice de patients résidants en dehors de la région.

Au sein même de la région, les plus forts taux de fuite en ce qui concerne l'ensemble des séjours pour cancers, que ce soit en chirurgie ou en chimiothérapie, sont observés dans les Alpes de Haute Provence et le Var.

Dans le 04, les fuites représentent 48 % de la demande.

Dans le Var, ce sont les habitants de la partie est du Var qui ont recours auprès d'établissements des Alpes Maritimes, les fuites représentent 52 % de la demande de séjours de cancérologie de cette partie du département. Pourtant dans son ensemble ce département n'est pas sous doté en sites d'implantations.

Enfin, dans les Bouches du Rhône, la zone d'Arles, distante des autres centres de traitement ainsi que de ceux du Vaucluse et même de la région Languedoc Roussillon, doit être consolidée. A cet égard et en complément des autorisations déjà accordées et mise en œuvre dans le cadre d'une offre de qualité, un projet de coopération en chirurgie carcinologique urologique pourrait être utilement formalisé.

4.14.1.5 La chirurgie des cancers

Les évolutions du nombre d'actes dans les 6 spécialités soumises à seuil sont rapportées ici pour la <u>période 2008-2012</u>.

La tendance générale de cette activité est relativement stable (évolution globale de - 0,4%) mais elle reste à observer avec prudence car elle dépend en partie de la méthodologie de groupage des séjours et des évolutions des différentes classifications, et elle varie selon les spécialités : chirurgie du sein (+ 2,8 %), chirurgie digestive (- 4%), chirurgie urologique (- 11,5 %), chirurgie gynécologique (+ 5,6 %), chirurgie ORL (+ 5,3 %) et chirurgie thoracique (+ 6,3 %).

Activité des 6 spécialités soumises à seuil dans les établissements autorisés en 2012

	Sein	digestif	urologie	gynécologie	ORL	thorax
Médiane	104	62	68	37	35	78
Minimum	22	21	24	13	20	3
Maximum	982	432	248	287	478	461
Seuils	30	30	30	20	20	30

Le tableau présenté ci-dessus indique :

- de gros plateaux techniques sont capables d'absorber un haut niveau de demande,
- sur l'année 2012, des établissements n'ont pas atteints le seuil, soit du fait d'évènement intercurrent, soit de façon tendancielle ou répétée. Ce constat est à moduler au regard de l'appréciation réglementaire des seuils d'activité sur les trois années écoulées.

On observe aussi un déploiement inhomogène et inconstant des critères de qualité transversale pour la prise en charge des patients atteints de cancer (dispositif d'annonce, accès aux soins de support, programme personnalisé de soins), ainsi 9 établissements de la région ne disposent plus d'une offre de soutien psychologique pour les patients qui pourraient en avoir besoin. Par ailleurs, la prise en charge ambulatoire se développe aussi en chirurgie carcinologique avec l'incitation à ce développement qui est promu en chirurgie générale et aussi grâce à l'évolution des techniques ; la mise en œuvre des critères transversaux de qualité de la prise en charge des cancers s'impose aussi dans ce secteur.
La tenue des réunions de morbimortalité n'est pas encore d'usage courant sur tout le territoire.

4.14.1.6 La chimiothérapie

35 établissements (+ 2 hôpitaux d'instructions des armées) ont reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie.
On observe des éléments témoignant de la qualité mise dans la fabrication des cytotoxiques : unité de reconstitution des cytotoxiques, logiciel spécifique au moins pour la chimiothérapie, permettant de tracer toutes les étapes de la prescription, la fabrication, la délivrance et l'administration. Des sites ne remplissent pas tous les critères d'agrément et/ou les seuils, au terme du délai réglementaire de mise en conformité.

Une très grande participation des pharmaciens aux réunions de concertation pluridisciplinaires est à souligner. Cette présence lors des décisions thérapeutiques leur permet de sensibiliser leurs confrères à la réglementation en vigueur pour les molécules.
L'usage des thérapies dites « ciblées » nécessite, pour s'assurer de son efficacité chez le patient, d'analyser des éléments du génome de la tumeur par la réalisation de test le plus souvent moléculaire. A cet effet 3 plateformes de biologie moléculaire ont été mises en place en Paca. Ce type d'analyse va se développer dans l'avenir et il faut être vigilant au maintien de la qualité des analyses et à leur accessibilité pour tous les malades du territoire.

La chimiothérapie intraveineuse est administrée en établissement, le plus souvent en ambulatoire dans les services d'hospitalisation de jour des établissements autorisés ou associés. Le développement de la chimiothérapie orale se poursuit avec une administration à domicile qui ne requiert pas en elle-même l'intervention d'une HAD.

Les travaux menés dans le cadre de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMéDIT PACA Corse) et du réseau Oncopaca-corse ont permis l'élaboration de fiches médicaments destinées notamment aux professionnels de santé libéraux de la région afin qu'ils puissent informer leurs patients sur les principaux effets indésirables du traitement qu'ils reçoivent.

Des établissements non autorisés, mais dits « associés », peuvent dispenser des soins de chimiothérapie en ayant passé une convention avec un établissement autorisé dans le respect des recommandations rédigées par l'INCa. Ce dispositif est mis en place pour permettre aux patients de bénéficier de leur traitement dans une proximité raisonnable de leur domicile, mais les conventions manquent le plus souvent d'actualisation. Ce dispositif répond tout particulièrement aux besoins du Vaucluse, département « éclaté » géographiquement, où il complète bien l'offre des établissements autorisés.

4.14.1.7 La radiothérapie externe et la curiethérapie

Radiothérapie externe

La pratique de la radiothérapie est exercée au niveau de 12 sites mais au travers de 11 autorisations. En effet, l'un des sites est dérogatoire du fait de son éloignement géographique et il est équipé d'un seul accélérateur de particules, son autorisation est détenue par un centre autorisé, tel que les textes l'exigent.

En 2007, il a été observé une diminution des traitements par radiothérapie comme partout en France. Depuis, l'activité de radiothérapie de la région a retrouvé sa place dans le traitement du patient. En région Paca, 12 centres sont autorisés pour le traitement du cancer par la radiothérapie et sont équipés de 35 accélérateurs dont un Cyberknife et un Tomothérapy.

Les progrès apportés en radiothérapie permettent une meilleure définition des volumes cibles en particulier par la fusion d'images produites par scanner, IRM et/ou TEP et une meilleure distribution de la dose délivrée notamment par la mise en œuvre de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI). Cette technique est en plein développement dans la région (6 centres la pratiquent déjà en routine et 5 centres sont en montée en puissance de cette technique). Elle peut être enrichie par la possibilité de rotation continue du faisceau qu'apportent l'arcthérapie volumétrique (utilisée dans 3 centres) et la tomothérapie hélicoïdale (utilisée par deux centres sur un site commun).

La radiothérapie guidée par l'image (IGRT) permet de tenir compte des variations anatomiques de la tumeur et de son environnement pendant la séance afin d'améliorer encore plus la dose délivrée de façon conforme à celle planifiée. 7 centres ont mis en œuvre l'IGRT et les autres centres l'ont inscrit dans leurs prévisions.

De plus dans la région sont mis en œuvre la radiothérapie de contact 50Kv dans un centre, les irradiations corporelles totales dans 3 centres et la radiothérapie per opératoire dans un centre dans le cadre d'un essai thérapeutique diligenté par l'Inca.

Les besoins régionaux sont par ailleurs couverts en radiothérapie pédiatrique pratiquée en relation avec les deux centres autorisés pour le traitement de l'enfant atteint de cancer.

La radiothérapie stéréotaxique extra crânienne ou intracrânienne sans contention invasive a eu un développement récent. Elle peut être faite à l'aide d'un accélérateur dédié (Novalis, Tomotherapy, Perfexion avec cadre non invasif) ou à l'aide d'un accélérateur robotisé type Cyberknife ou encore d'un accélérateur polyvalent de dernière génération.

Si la tendance vers une diminution des séances par traitement par radiothérapie venait à se confirmer, il faudrait s'interroger sur les modalités de poursuite d'activité et les coopérations envisageables dans la région.

Curiethérapie

Quatre centres sont autorisés pour cette technique dans la région, trois pratiquent la curiethérapie à haut débit et trois pratiquent la curiethérapie à bas débit. Depuis 2006, l'activité de curiethérapie dans la région est stable, prenant en charge environ 600 patients par an dont près des deux tiers sont des femmes traitées pour des cancers gynécologiques.

La stabilité de cette pratique ne démontre pas de besoin non couvert.

4.14.1.8 L'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

Le traitement des cancers de la thyroïde, de certains lymphomes et des métastases osseuses hyperalgiques requiert l'utilisation de radioéléments en sources non scellées. 6 sites pratiquent cette utilisation pour ce type de traitement dans la région. Les données colligées témoignent d'une activité stable et ne font pas ressortir de besoin supplémentaire.

4.14.1.9 Protonthérapie

L'activité thérapeutique liée à l'utilisation médicale du cyclotron est une activité soumise à autorisation délivrée au niveau régional. Deux appareils sont maintenant autorisés dans la région à Nice. L'un de 65 MeV permet le traitement des mélanomes de la conjonctive et quelques indications au niveau de la choroïde. Le second appareil délivrera une intensité de 235 MeV et couvrant des indications pour des tumeurs plus profondes. Les recherches dans ce domaine devraient permettre de confirmer l'extension des indications de ce type de thérapie. En fonction de ces résultats, pourra être étudié le développement de cette technique dans la région.

4.14.1.10 Traitement des cancers de l'enfant

Les différents critères requis pour pouvoir être autorisé pour le traitement des cancers des enfants ne sont réunis, dans la région Paca que dans les deux CHU. Des progrès dans les organisations sont encore à apporter pour améliorer les conditions de prise en charge des enfants à Nice. L'offre d'hébergement à proximité de ces centres pour les familles reste encore à optimiser.

4.14.2 Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

A/ ORIENTATIONS GENERALES SUR L'ENSEMBLE DE LA REGION

Améliorer la structuration et la lisibilité du recours avec le pôle régional de cancérologie et améliorer la traçabilité en retour pour les établissements qui confient des patients.

Poursuivre la coordination régionale à l'appui du RRC en impliquant les 3C dans leur rôle d'évaluation de la qualité.

Soutenir les coopérations inter-établissements et favoriser, lorsque c'est possible réglementairement, les participations de professionnels de santé aux plateaux techniques des sites autorisés, lorsque ces derniers exercent sur des sites ne disposant pas de l'autorisation de traitement du cancer concernant leur activité hors cancérologie.

Inciter les structures de référence au partage de connaissances, notamment au sein des RCP afin d'augmenter le niveau de qualité dans les prises de décisions.

Inciter et faciliter le partage de l'information entre la ville et l'hôpital tout au long du parcours du patient.

Poursuivre le déploiement des critères de qualité transversale : dispositif d'annonce, accès aux soins de support, remise d'un programme personnalisé de soins à tous les patients.

Accompagner la mise en œuvre du programme personnalisé de l'après cancer.

Poursuivre la mise en œuvre des réunions de morbimortalité selon les recommandations publiées en la matière et la pratique du recueil d'évènements graves, indésirables et/ou porteurs de risque.

Poursuivre l'implication des établissements dans le dépistage organisé par une manifestation au sein de l'établissement lors des journées nationales en faveur des dépistages organisés. Dans les établissements ayant une autorisation pour l'une des spécialités pour lesquelles un dépistage organisé est mis en place sur le territoire, il serait opportun qu'au moins un membre du personnel soignant identifié soit formé aux modalités précises de ce dépistage et en relation avec les structures de gestion de ces dépistages organisés.

Implantations des sites : La localisation des sites est faite de façon à offrir au public le plus d'accessibilité géographique à une prise en charge de qualité dans les différentes spécialités. Il ne pourra pas être déplacé de site relatif à une ou plusieurs spécialités si ce déplacement entache les garanties d'accès de la population.

Etablissements autorisés à la pratique de la chimiothérapie : Chaque établissement s'engage à respecter les référentiels de bon usage et la transparence des situations hors AMM. Dans ce cadre il est recommandé de participer aux enquêtes ou études sur le bon usage mises en œuvre par les institutions nationales et/ou régionales et de collaborer aux échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments (notamment hors GHS).

L'utilisation de certaines molécules ciblées, sera optimisée au travers d'un travail commun entre les centres de référence et les autres structures.

Mettre en place une amélioration des filières de prises en charge des leucémies aigues par la présentation des dossiers aux RCP de recours, notamment pour les cas relevant de greffes.

Etablissement associé en chimiothérapie : veiller à l'actualisation des conventions entre établissements autorisés et établissements associés comprenant des indicateurs de suivi afin de pouvoir établir et suivre le bilan de ces conventions. L'objectif de ce type d'établissement est de répondre aux besoins de la population qui se trouve à distance significative d'un site de chimiothérapie autorisé ou associé déjà existant.

En radiologie interventionnelle, des chimio-embolisations sont pratiquées parfois au sein ou à proximité d'établissements non autorisés en chimiothérapie.
Dans ces cas, il est recommandé :

- que la manipulation du produit cytotoxique (hors préparation pharmaceutique) soit faite dans les meilleurs conditions avec utilisation de dispositif sécurisé sécurisé de préparation de cytotoxique;
- et que les préparations pharmaceutiques, lorsqu'elles sont nécessaires, soient réalisées en URC dans un établissement autorisé à la pratique de la chimiothérapie. SI l'administration est faite de dehors de cet établissement, une convention type « établissement associé » sera à établir entre les deux établissements.

B/ DECLINAISON EN TERRITOIRES DE SANTE

Alpes de Haute-Provence

La démographie médicale et l'offre sanitaire se sont adaptés à la répartition étendue de la population qui pour de nombreux actes s'oriente vers les Bouches du Rhône.

Deux établissements participent au traitement chirurgical des cancers. L'un d'eux, initialement autorisé pour les pathologies mammaires et digestives, a choisi d'abandonner la prise en charge des cancers du sein. Les flux de population préexistants ne justifient pas du maintien d'un site pour une prise en charge de qualité et sécurisé.

Hautes Alpes

La pratique de la chirurgie des cancers est réalisée par trois établissements dont l'un ne réalise que la chirurgie hors seuil.

Les deux établissements qui pratiquent les actes dans les disciplines soumises à seuil ont progressé, des conventions ont été passées, des recrutements effectués et les résultats sont encourageants. Des coopérations structurées au sein du territoire devront encore améliorer le dispositif. Les spécialités exercées dans ce département permettent le traitement du cancer par la modalité de chirurgie pour les pathologies mammaires, digestives, urologiques, gynécologiques et ORL. Cette offre de prise en charge chirurgicale, qui conditionne aussi la qualité des autres modalités thérapeutiques, doit être maintenue afin de remplir cette mission d'offre de proximité tout en remplissant les conditions réglementaires. La chirurgie des pathologies thoraciques relèvent d'une prise en charge hors département du fait de l'absence de chirurgien thoracique sur place et du faible nombre de patients concernés. Seuls 34 séjours en unité de chirurgie ont eu lieu en 2011 et 26 en 2012 avec un diagnostic de cancer du poumon sans nécessairement aboutir pour chacun à un acte thérapeutique comptabilisé dans le seuil, ces séjours ont eu lieu pour l'essentiel dans les Bouches du Rhône.

La pratique de la chimiothérapie est autorisée sur un site.

En radiothérapie, une autorisation dérogatoire a été accordée afin de pouvoir traiter les patients par cette technique dans le département pour éviter des transports itératifs dans la mesure où la plupart des traitements comprennent encore des séances quotidiennes répétées sur plusieurs semaines. Cependant, l'autorisation est détenue par un centre des Bouches du Rhône dans la mesure où le centre des Hautes Alpes n'est doté que d'un seul accélérateur de particules et n'a pas une file active de patients suffisante pour être autorisé. Ainsi, les protocoles de traitement, les règles de sécurité sont les mêmes que celles du centre des Bouches du Rhône et le personnel de ce centre peut pallier, le cas échéant, à des absences ponctuelles du personnel des Hautes Alpes afin de maintenir les capacités nécessaires pour assurer des traitements de qualité. Les deux centres étant équipés

d'accélérateurs de la même marque, cela facilite la coopération et les échanges de paramètres et de protocoles de qualité entre les deux centres.

Alpes Maritimes

Dans les spécialités soumises à seuil, des établissements n'ont pas pu maintenir l'atteinte du seuil, et une décision de retrait d'activité a été prise. C'est le cas en chirurgie mammaire (1), en chirurgie ORL (1) et en chirurgie urologique (1).

L'offre de chirurgie des pathologies mammaires est large dans ce département qui détient 10 sites sur les 42 de la région. Ces sites pourront facilement absorber une activité supplémentaire, il n'est pas prévu de site supplémentaire dans cette discipline.

En chirurgie urologique, une part des séjours réalisés provient du département proche du Var où il serait préférable qu'elle soit prise en charge afin de diminuer le coût des transports et la fatigue inhérente des patients et de leur famille. Par conséquent il ne sera pas non plus laissé de site supplémentaire dans cette spécialité dans ce département qui détient 8 des 36 sites de la région.

Le traitement du cancer par radiothérapie est pratiqué par trois centres qui développent un bon niveau d'équipement prenant en compte les avancées techniques dans ce domaine.

Dans ce département deux structures sont autorisées pour l'utilisation thérapeutique des radioéléments et le traitement des enfants est autorisé dans un établissement.

Enfin c'est dans ce département qu'est développée une activité de protonthérapie avec un cyclotron à usage médical installé depuis 1991 et un synchrocyclotron en cours d'installation.

Bouches-du-Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Le défaut d'atteinte des seuils et le non respect des critères réglementaires de qualité transversale imposent une réduction du nombre de sites autorisés. Cette réduction du nombre de sites est mise en œuvre dès lors qu'elle n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population, du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Ces réductions conduisent à la suppression de :

- 2 sites de chirurgie hors seuil,
- 3 sites de chirurgie mammaire,
- 1 site de chirurgie digestive,
- 1 site de chirurgie gynécologique.

Par ailleurs des restructurations inter établissements amènent à des regroupements d'activité. Ces regroupements conduisent à la suppression de :

- 1 site de chirurgie hors seuil,
- 1 site de chirurgie mammaire,
- 2 sites de chirurgie digestive,
- 1 site de chirurgie ORL.

Ces regroupements au sein de mêmes plateaux techniques permettent de maintenir les équipes antérieures et seront en mesure d'assurer la même offre de prise en charge.
Des établissements ont renoncé à certaines pratiques avant même d'avoir développé une activité conséquente, donc sans effet sur les prises en charge populationnelle. Cela conduit à la suppression de :

- 1 site de chirurgie hors seuil,
- 1 site en chirurgie ORL.

18 établissements sont autorisés pour la pratique de la chimiothérapie. Le maintien des critères réglementaires de qualité exigés et le nombre de sites actifs justifient la suppression de deux sites. Les besoins restent couverts par l'ensemble des sites existants.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Le défaut d'atteinte des seuils et le non respect des critères réglementaires de qualité transversale imposent une réduction du nombre de sites autorisés. Cette réduction du nombre de sites est mise en œuvre dès lors qu'elle n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population, du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Ces réductions conduisent à la suppression de :

- 1 site de chirurgie hors seuil,
- 2 sites de chirurgie mammaire,
- 1 site de chirurgie gynécologique,
- 1 site de chirurgie digestive.

La faible activité de ces sites peut se reporter sur les autres sites sans poser des problèmes de prises en charge.

Vaucluse

Le défaut d'atteinte des seuils et le non respect des critères réglementaires de qualité transversale imposent une réduction du nombre de sites autorisés. Cette réduction du nombre de sites est mise en œuvre dès lors qu'elle n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population, du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Ces réductions conduisent à la suppression de :

- 1 site de chirurgie hors seuil,
- 1 site de chirurgie digestive.

La faible activité de ces sites peut se reporter sur les autres sites sans poser des problèmes de prises en charge.

Par ailleurs une restructuration inter établissements amène à un regroupement d'activité. Ce regroupement au sein d'un même plateau technique permet de maintenir les équipes antérieures et sera en mesure d'assurer la même offre de prise en charge.
Ce regroupement conduit à la suppression de :

- 1 site de chirurgie hors seuil.

4.14.3 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de soins du traitement du cancer

Chirurgie du cancer			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	1	0
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	0	0
	Pathologies gynécologique	0	0
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	0	0
	Pathologies thoraciques	0	0
	Chirurgie hors seuil	2	2
Hautes Alpes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	1	1
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	2	2
	Pathologies gynécologique	1	1
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	1	1
	Pathologies thoraciques	0	0
	Chirurgie hors seuil	3	3
Alpes Maritimes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	11	10
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	12	12
	Pathologies urologiques	9	8
	Pathologies gynécologique	9	9
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	6	6
	Pathologies thoraciques	4	4
	Chirurgie hors seuil	18	17
Bouches-du-Rhône	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	22	18
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	24*	21*
	Pathologies urologiques	14	14
	Pathologies gynécologique	14	14

	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	13*	11*
	Pathologies thoraciques	9*	9*
	Chirurgie hors seuil	33*	29*
Var	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	10	8
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	13*	12*
	Pathologies urologiques	9*	9*
	Pathologies gynécologique	7	6
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	5*	5*
	Pathologies thoraciques	2	2
	Chirurgie hors seuil	16*	15*
Vaucluse	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	5	5
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	7	6
	Pathologies urologiques	3	3
	Pathologies gynécologique	3	3
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	3	3
	Pathologies thoraciques	1	1
	Chirurgie hors seuil	9	7

*: dont HIA

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	1
Hautes Alpes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	1
Alpes Maritimes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	9	9
Bouches-du-Rhône	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	18*	16*
Var	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	6*	6*
Vaucluse	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	2	2
Total Région		37*	35*

Observations: *: dont HIA

Radiothérapie externe			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Radiothérapie externe	0	0
Hautes Alpes	Radiothérapie externe	1**	1**
Alpes Maritimes	Radiothérapie externe	3	3
Bouches-du-Rhône	Radiothérapie externe	6	6
Var	Radiothérapie externe	1	1
Vaucluse	Radiothérapie externe	1	1
Total Région		12	12

** : centre dérogatoire

Curithérapie			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Curithérapie à bas débit de dose	0	0
	Curithérapie à haut débit de dose	0	0
	Total	0	0
Hautes Alpes	Curithérapie à bas débit de dose	0	0
	Curithérapie à haut débit de dose	0	0
	Total	0	0
Alpes Maritimes	Curithérapie à bas débit de dose	1	1
	Curithérapie à haut débit de dose	1	1
	Total	2	2
Bouches-du-Rhône	Curithérapie à bas débit de dose	2	2
	Curithérapie à haut débit de dose	1	1
	Total	3	3
Var	Curithérapie à bas débit de dose	0	0
	Curithérapie à haut débit de dose	0	0
	Total	0	0
Vaucluse	Curithérapie à bas débit de dose	1	1
	Curithérapie à haut débit de dose	1	1
	Total	2	2
Total Région		7	7

Utilisation thérapeutique de radioélements en sources non scellées			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Hautes Alpes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Alpes Maritimes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2
Bouches-du-Rhône	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2
Var	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1
Vaucluse	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1
Total Région		6	6

Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2011	Implantations 2016
Alpes de Hautes Provence	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	0	0
Hautes Alpes	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	0	0
Alpes Maritimes	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	1	1
Bouches-du-Rhône	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	1	1
Var	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	0	0
Vaucluse	Activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans	0	0
Total Région		2	2

Equipements matériels lourds dans le traitement du cancer					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2011		Implantations 2016	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Hautes Alpes	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Alpes Maritimes	Cyclotron à utilisation médicale	1	1	1	2
Bouches-du-Rhône	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Var	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Vaucluse	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Total Région		1	1	1	2

4.14.4 Suivi du SROS

Le suivi du SROS s'effectue par la remontée d'informations relatives aux équipes et à l'activité :

- de façon semestrielle en ce qui concerne la chirurgie
- de façon annuelle pour la chimiothérapie et la radiothérapie-curiethérapie

En chirurgie, il devient utile de préciser :

- pour les « autres cancers » : nécessité de renseigner le diagnostic anatomopathologique précis
- pour chaque acte effectué dans un établissement non autorisé, pour la spécialité intéressée ou de façon générale, devra être détaillé de la part du chirurgien qui a opéré le patient : le diagnostic anatomopathologique précis, le détail des circonstances de la prise en charge et vers quel établissement autorisé la poursuite de la prise en charge a été orientée.

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (GENETIQUE POST-NATALE)

4.15 Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)

4.15.1 Bilan de l'existant

4.15.1.1 Les acteurs du domaine de la génétique post-natale

4.15.1.1.1 Les consultations

Les consultations sont réalisées par des praticiens notamment généticiens (cliniciens et biologistes) dans des centres le plus souvent adossés aux laboratoires. Ils peuvent être secondés par les conseillers en génétique qui exercent sous leur responsabilité.

La prescription des tests de génétique est donc majoritairement réalisée dans l'encadrement coordonné des centres de génétique, des centres de référence et de compétence. Les centres de consultation peuvent avoir été qualifiés centres de compétence ou de référence selon les critères et la labellisation faite par le « plan Maladies rares I ». Certains répondent à la notion de « centres de génétique clinique » s'ils présentent les critères spécifiques édictés au chapitre 3.1 infra.

De façon minoritaire, on constate que les prescripteurs des tests de génétique post-natale peuvent être des médecins libéraux, situés à plus ou moins grande distance du laboratoire, et dans certains cas, le prélèvement peut-être adressé, en sous-traitance, par un laboratoire non autorisé auquel le patient s'adresse. Il importe de rester vigilant sur la nécessité d'orienter alors ces patients vers un encadrement adapté pour bénéficier d'un conseil génétique.

4.15.1.1.2 Les laboratoires de biologie

Les analyses de génétique post-natale sont réalisées dans des laboratoires d'analyses publics ou privés autorisés par l'Agence régionale de santé pour une durée de 5 ans renouvelable. Les activités et les rendus de résultats sont placés sous la responsabilité de praticiens agréés par l'Agence de la Biomédecine pour 5 ans.

Les analyses portent sur les domaines suivants :

- la cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- la génétique moléculaire (analyse de gènes et recherche de mutations responsables de maladies héréditaires, mais aussi analyses HLA -hors greffe et don du sang ou groupage sanguin, pharmacogénétique et oncogénétique constitutionnelle qui est la recherche de prédispositions génétiques à l'origine de certains cancers héréditaires)

4.15.1.2 Les implantations actuelles

4.15.1.2.1 Les consultations de génétique

L'offre de consultations de la région est de deux types : d'une part des consultations relatives au cancer dites consultations d'oncogénétique et d'autre part des consultations en relation avec les autres pathologies (non malignes), ces consultations pouvant avoir une orientation générale ou plus spécifique, voire en relation avec un centre de référence maladies rares.

Ces consultations sont réalisées par les médecins spécialisés en génétique qui sont soit purement cliniciens, soit travaillent de façon conjointe dans un laboratoire de génétique. Les généticiens à

orientation principalement clinique (hormis les onco-généticiens) sont au total au nombre de 6 dans la région (3 à Marseille, 2 à Nice et 1 à Toulon).
Ainsi, les textes prévoient que certaines consultations peuvent dorénavant être réalisées par des conseillers en génétique, sous la responsabilité du médecin. Mais cette possibilité reste encore sous exploitée puisque le nombre de conseillers en génétique est encore faible dans les centres qui effectuent ces consultations. En effet seuls 6,5 ETP de conseillers en génétique sont actuellement en poste pour des consultations de génétique y compris les consultations d'oncogénétique.

On dénombre 3 centres de génétique clinique en PACA :

- 1 centre à l'hôpital de LA TIMONE de l'APHM
- 1 centre à l'hôpital l'ARCHET II du CHU de NICE
- 1 centre à l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille.

ONCOGENETIQUE		
Consultations sur place	Consultations avancées	Nombre moyen de consultations par an
Institut Paoli Calmettes Centre de génétique clinique	Hôpital Ambroise Paré CH de Gap, Aix en Provence, Draguignan (Ajaccio et Bastia)	1650
AP-HM	Hôpital St Joseph	500
Centre Antoine Lacassagne		500
Institut Sainte Catherine		400
Centre Hospitalier de Toulon		300

GENETIQUE HORS CANCER		
Consultations sur place	Consultations avancées	Nombre moyen de consultations par an
AP-HM TIMONE Centre de génétique clinique - Génétique générale - Maladies neurologiques et surdité - Centre de référence anomalies de développement - Centre d'exploration des maladies hémorragiques et thrombotiques	Centres Hospitaliers d'Avignon et de Martigues (Ajaccio et Bastia)	1300 300 850 1350
CHU de Nice - Centre de génétique clinique - Génétique générale - Maladies neurologiques	CAMSP de Cannes Service de pédiatrie du CH de Grasse	1100
CH de Toulon Génétique générale		800

4.15.1.2.2 L'activité des laboratoires comparée aux données nationales 2009 de l'Agence de la Biomédecine

En 2009, la région PACA comptait 19 autorisations réparties entre 16 laboratoires et représentait moins de 7 % de la totalité des laboratoires de France. L'offre est considérée comme suffisante.

4.15.1.2.3 Les laboratoires de génétique en 2011

En 2011, l'offre en région PACA est de 21 autorisations réparties sur 18 sites autorisés en génétique post-natale.
Un même laboratoire pouvant être autorisé pour exercer plusieurs activités (la cytogénétique et la génétique moléculaire par exemple), la répartition des « implantations » correspondra aux « autorisations d'activité » réparties sur les territoires et non pas à l'implantation stricte des laboratoires.

Cytogénétique : 6 autorisations

- 2 laboratoires (1 à Nice ; 1 à Marseille) pouvant exécuter des analyses de niveau 278 dans le domaine des maladies rares, équipés des plateformes de CGH Array adossés aux 2 centres de génétiques cliniques des CHU.

- 3 laboratoires (2 à Marseille, 1 à Toulon) pouvant exécuter des analyses de niveau 1.

- 1 laboratoire à Marseille ayant une autorisation limitée au diagnostic de la maladie de Fanconi – analyse de niveau 2.

Génétique moléculaire : 15 autorisations

4 autorisations en génétique moléculaire non limitée

- 3 laboratoires qui peuvent exécuter des analyses complexes de niveau 2 :[79]
- 2 laboratoires à Marseille qui ont une activité de diagnostic dans le domaine des maladies rares. L'un est le laboratoire du centre de génétique, et a développé une expertise clinico-biologique notamment dans le diagnostic des pathologies héréditaires neuro-musculaires, des retards mentaux, des hémoglobinopathies. L'autre laboratoire a développé notamment une orientation pour les dépistages des maladies génétiques liés à des déficits biochimiques, de la maladie d'Alzheimer, de l'hémochromatose (niveau 2) et de la pharmacogénétique (niveau 2).
- 1 laboratoire à Nice qui explore notamment le secteur des maladies mitochondriales, et est adossé au centre de génétique clinique,
- 1 laboratoire à l'IPC (suivi des mosaïques/ou chimères après greffes et, s'orientant vers la pharmacogénétique appliquée aux traitements des cancers) pourra exécuter des analyses de niveau 2

11 autorisations en génétique moléculaire limitée

- A l'étude des facteurs impliqués dans l'hémostase (facteur II et facteur V)
3 laboratoires autorisés :
- 2 laboratoires (1 à Nice et 1 à Toulon) peuvent exécuter des analyses de niveau 1
- 1 laboratoire à Marseille peut effectuer des analyses de niveau 2

- Au dépistage de l'hémochromatose
2 laboratoires autorisés
- 1 laboratoire à Marseille peut exécuter des analyses de niveau 1
- 1 laboratoire à Nice peut exécuter des analyses de niveau 1

A noter : 1 laboratoire autorisé à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée) est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2

- Au dépistage des maladies de l'hémoglobine (dont alpha-thalassémie)

---

[79] *Les laboratoires qui réalisent les analyses de niveau 2 sont également équipés pour réaliser les analyses de niveau 1*

- 1 laboratoire autorisé à Nice peut exécuter des analyses de niveau 1

A noter : 1 laboratoire autorisé à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée) est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2

- Dans le domaine de l'oncogénétique
  - 1 laboratoire autorisé à l'IPC, labellisé par l'INCa, exécute des analyses de niveau 2, adossé au centre de génétique clinique oncologie de l'IPC.

A noter : 1 laboratoire autorisé en secteur public à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée), labellisé par l'INCa est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2 en complémentarité du laboratoire du CLCC.

- Dans le domaine de la pharmacogénétique
En lien avec l'oncologie
  - 1 laboratoire, labellisé INCa, autorisé au CAL pour la pharmacogénétique en cancérologie pouvant exécuter des analyses de niveau 1

A noter :
le laboratoire autorisé (en génétique moléculaire non limitée) à Marseille, labélisé INCa, peut exécuter des analyses de niveau 2.
1 laboratoire autorisé en génétique moléculaire non limitée au CLCC de Marseille prévoit de développer cette activité en fonction des innovations thérapeutiques en cours et pourra exercer des analyses de niveau 1 et niveau 2.

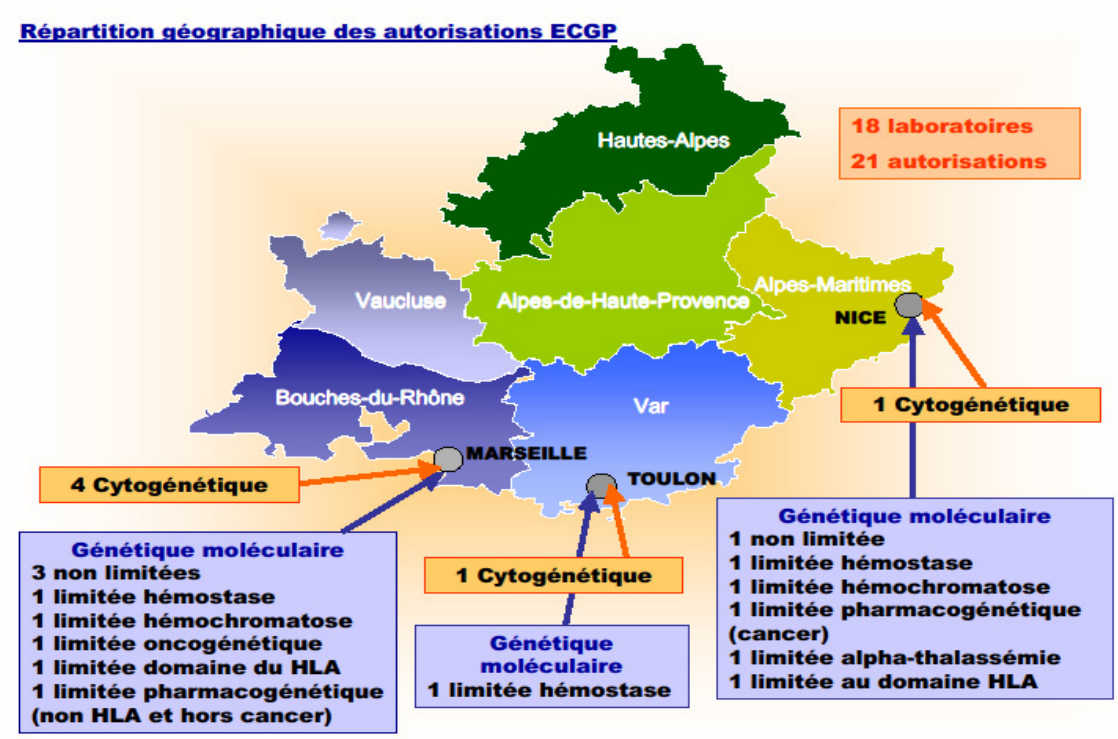
En lien avec les autres traitements (notamment antirétroviraux, maladie auto-immunes)
- 2 laboratoires (1 à Nice et 1 à l'EFS (Etablissement français du sang) à Marseille, pouvant exécuter des analyses de niveau 2
- 1 extension d'autorisation d'un laboratoire autorisé en génétique moléculaire (précédemment limitée à l'hémostase) à Marseille, pouvant exécuter des analyses de niveau 2

A noter le laboratoire autorisé (en génétique moléculaire non limitée) en secteur public à Marseille pouvant exécuter des analyses de niveau 2

La répartition des autorisations par typologie d'établissement de santé est la suivante :

81% autorisations en établissement ETS, ESPIC, CLCC	**19% autorisations en établissement privé (LBM, EFS)**
23,8 % cytogénétique et cytogénétique moléculaire moléculaire	4,8 % cytogénétique et cytogénétique
57,1 % génétique moléculaire	14,3 % génétique moléculaire

La répartition géographique des autorisations en PACA est la suivante :



Les laboratoires de biologie médicale privés qui réalisent les analyses de cytogénétique et de génétique moléculaire limitées à l'hémochromatose, aux analyses de génétique constitutionnelle du domaine du HLA (l'EFS) sont implantés dans l'agglomération de Marseille.
Les autres laboratoires sont implantés dans les grands centres hospitaliers dont l'APHM de Marseille, le centre hospitalier de Toulon et le CHU de Nice.

Les analyses de génétique post-natale sont complexes, bien souvent très spécialisées ce qui explique que les départements du Vaucluse, des Hautes Alpes et des Alpes de Haute-Provence soient dépourvus d'implantations. Il convient de noter que les échantillons d'analyse peuvent facilement être acheminés vers les laboratoires détenteurs des autorisations.

Depuis 2001, on peut remarquer que l'évolution du nombre d'implantations est très stable.

En cytogénétique, on constate le maintien du nombre d'implantations assorti dans le même temps d'une spécialisation des pratiques pour les 2 implantations de référence maladies rares des 2 CHU de la région (en lien avec l'acquisition de nouveaux équipements innovants la CGH Array et le séquenceur haut débit financés au niveau national).

En génétique moléculaire, on peut noter une augmentation peu importante, en 2011, du nombre d'autorisations dans le domaine de la pharmacogénétique : 3 nouvelles demandes d'autorisations (dont 2 nouveaux laboratoires en cours d'instruction pour régularisation d'activité » dans un domaine hautement spécialisé).
Dans l'ensemble, en PACA, les laboratoires de génétique moléculaire sont bien regroupés/ou spécialisés.

4.15.2 Objectifs

4.15.2.1 Objectifs généraux du SROS

Les orientations nationales du SROS sont :

4.15.2.1.1 Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares, par :

- l'identification de « centres de génétique clinique» à vocation régionale ou interrégionale, couvrant un bassin de population de 2 à 6 millions d'habitants. Regroupant l'ensemble des compétences, ces centres, au besoin multi sites, assurant un maillage territorial, sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche. Cette organisation vise à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyse non pertinentes.
  Le centre de génétique doit pouvoir assurer :
  - une continuité de la prise en charge avec un panel complet de compétences de génétique, se déclinant en deux niveaux de consultations (généraliste et spécialisée : oncogénétique, cardiogénétique, neurogénétique...) ; les centres de référence et les centres de compétences « maladies rares » d'origine génétique, reconnus et localisés dans la région ou l'inter-région relèvent du niveau de consultation spécialisée du centre de génétique,
  - une offre de soins large et lisible pour les professionnels de santé adresseurs et les usagers,
  - la présence au minimum de deux ETP généticiens pour assurer la continuité des soins,
  - une optimisation de l'accès aux soins prenant en compte à la fois la distance et le temps d'accès,
  - une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux, c'est-à-dire regroupant médecins généticiens, conseillers en génétique, psychologues et travailleurs sociaux,
  - des liens organisés avec les consultations dites « avancées » (convention inter établissements entre le centre et le site de la consultation avancée),
  - une activité de recherche, en lien avec les unités de recherche.

- Le renforcement des consultations de génétique (généticiens et conseillers en génétique avec, au besoin, des consultations avancées), articulées avec les centres de référence et de compétences de maladies rares, pour consolider l'expertise (juste prescription, encadrement de celle-ci et qualité du rendu des résultats) ;

- le développement des centres de prélèvement couplé à une organisation mutualisée du ramassage et du transport de prélèvements, permettant une offre de proximité pour les phases pré-analytique et post-analytique des examens ne nécessitant pas de proximité mais une expertise à renforcer en développant notamment, la coopération entre les laboratoires ;

- la lisibilité de l'offre diagnostique disponible, pour les professionnels de santé et les usagers et l'identification des centres d'expertise.

4.15.2.1.2 Améliorer l'efficience et la qualité

Promouvoir une répartition optimale des laboratoires et des consultations pour éviter les doublons, favoriser la complémentarité dans leurs activités et la continuité de la prise en charge des patients dans le cadre des réseaux et mettre en place une gradation de l'offre comprenant :

- Les analyses de cytogénétique ; elles ont, actuellement, une couverture homogène et adaptée aux besoins de proximité. Toutefois, le nombre de caryotypes et de FISH (Fluorescent In Situ Hydridization) devrait diminuer dans les années à venir de 15 pour cent avec le développement de l'usage de première intention de l'analyse chromosomique sur puce à ADN (APCA) dans certaines indications ;

- Les analyses de génétique moléculaire comportent deux niveaux de complexité :
    - d'une part, les analyses de niveau 1, analyses d'exécution courante, souvent inscrites à la nomenclature ;
    - d'autre part, les analyses de niveau 2, analyses d'exécution en laboratoire hyperspécialisé d'un niveau d'expertise reconnu. Le recours peut alors être, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international. Cette offre est à intégrer dans le maillage de la prise en charge des maladies rares (filières de centres de référence de maladies rares et plates-formes de référence de laboratoires) ;

- Les analyses chromosomiques par puce à ADN, peuvent être réalisées soit par des laboratoires de cytogénétique, soit par des laboratoires de biologie moléculaire. Elles sont appelées à tripler dans les prochaines années, avec, en corollaire, la baisse d'indication des caryotypes, compte tenu des nouvelles recommandations internationales dans le diagnostic des syndromes malformatifs et troubles du développement. Toutefois, cette activité nécessite une expertise clinique et biologique importante, compte tenu de la complexité de son interprétation. Son développement se justifie à l'échelon interrégional ou régional, dans le cadre d'un réseau national, adossé aux centres de génétique clinique et aux CHU, en lien étroit avec les laboratoires de cytogénétique ou de biologie moléculaire existants ;

Veiller à l'articulation entre ces 3 types d'activité (organisation favorisant la coopération des laboratoires dans le cadre d'un parcours diagnostique adapté et en évitant les redondances).

Réorganiser les structures existantes, afin de favoriser le regroupement de l'activité d'analyse et post-analyse, l'objectif étant de parvenir à un nombre restreint de plateaux techniques de taille critique suffisante pour permettre l'automatisation des techniques, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation.

Veiller à l'inscription des laboratoires dans les démarches d'accréditation.

4.15.2.2 Objectifs régionaux du SROS

4.15.2.2.1 En clinique

Améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux
S'assurer de la qualité des réunions pluridisciplinaires
Conforter les consultations avancées existantes, voire en développer de nouvelles.
Développer l'emploi des conseillers en génétique

4.15.2.2.2 En biologie

Des recommandations de travail peuvent être émises pour optimiser les fonctionnements des sites et les coopérations :

- veiller à une mutualisation de l'utilisation des plateformes de CGH Array et des séquenceurs haut débit dont les recommandations des professionnels vont édicter très prochainement le périmètre des indications ;
- développer les coopérations entre établissements et/ou structures autorisées pour le ramassage des échantillons biologiques ;
- s'assurer de l'existence et de la pertinence du lien clinico-biologique entre prescripteurs, consultations et laboratoires autorisés ;
- assurer d'une bonne articulation entre centres de référence, centres de compétence et laboratoires ;

- améliorer la lisibilité de l'offre de biologie sur la région auprès des partenaires libéraux ;
- développer l'informatisation du circuit de l'échantillon ;
- favoriser la participation des laboratoires aux contrôles externes de la qualité ;
- accompagner les laboratoires dans la modernisation des équipements et la mise en œuvre de techniques diagnostiques innovantes (dont la GCH Array et le séquençage à haut débit) ;
- s'assurer de l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation ;
- assurer la continuité de service dans les laboratoires.

4.15.3 Modalités de suivi

Modalités de suivi pour tous les sites d'implantation

Les modalités de suivi des objectifs nationaux et régionaux se feront au moyen des critères suivants :

- la présence au niveau régional des centres de génétique clinique répondant à leurs missions ;
- l'existence et la pertinence du lien clinico-biologique entre prescripteurs, consultations et laboratoires autorisés ;
- l'appartenance » du laboratoire à un centre de compétence ou de référence ;
- l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation ;
- la participation des laboratoires à des contrôles de qualité externe ;
- la bonne application des cotations et recommandations de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale lorsque les analyses font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;
- l'évolution des volumes d'activité des lettres « B » pour les analyses hors nomenclature ;
- l'évolution des volumes d'activité clinique au regard du Rapport Annuel d'Activité ;
- l'emploi de conseillers en génétique dans les laboratoires et les centres de consultations ;
- la mise en évidence des flux d'examens par le suivi des communes (ou département) d'origine des patients pris en charge en interne et/ou le suivi des communes (ou département) d'origine des prescripteurs d'examens ;
- mise en place de coopérations entre établissements et/ou structures autorisés pour les ramassages des échantillons biologiques.

4.15.4 Implantations

Les besoins concernant les implantations en génétique post-natale sont couverts pendant la durée du SROS.

Territoire des Hautes Alpes

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Alpes de Haute Provence

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Alpes Maritimes

5 laboratoires autorisés 7 implantations : ***1 implantation en cytogénétique et cytogénétique moléculaire adossée au centre de génétique clinique (*) ***1 implantation en génétique moléculaire adossée au centre de	Aucune implantation à créer

génétique clinique (*) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'hémochromatose *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à la pharmacogénétique (domaine du cancer) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux maladies de l'hémoglobine *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux analyses du HLA	
1 centre de génétique clinique	Aucune autre structure à créer

Dynamiser l'activité en matière de réalisation des examens en génétique moléculaire (optimiser l'utilisation de la plateforme CGH Array).

Territoire des Bouches-du-Rhône

11 laboratoires autorisés 12 implantations : ***3 implantations en cytogénétique et cytogénétique moléculaire dont une adossée au centre de génétique clinique ***1 implantation en cytogénétique limitée à la maladie de FANCONI *** 3 implantations en génétique moléculaire dont deux adossées chacune à un centre de génétique clinique (*) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à la pharmacogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'hémochromatose *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'oncogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux analyses du HLA	Aucune implantation à créer
1 centre de génétique clinique domaine des maladies rares 1 centre de génétique clinique domaine de l'oncogénétique	Aucune implantation à créer

Territoire du Var

2 laboratoires autorisés 2 implantations : *** 1 implantation en cytogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase	Aucune implantation à créer

Territoire du Vaucluse

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

IMAGERIE MEDICALE
IMAGERIE EN COUPE

4.16 Imagerie médicale: imagerie en coupes

4.16.1 IRM : état des lieux

4.16.1.1 Bilan quantitatif

Dans la région, 62 équipements IRM sont autorisés sur 52 sites (incluant les IRM des deux hôpitaux militaires).

La ventilation par territoire est la suivante :

TERRITOIRE PACA			
DEPARTEMENT	TITULAIRES AUTORISATION	SITE D'IMPLANTATION	IRM AUTORISEES
ALPES DE HAUTE PROVENCE	1	1	1
HAUTES ALPES	1	1	1
ALPES MARITIMES	10	12	14
BOUCHES DU RHONE	20	23	30
VAR	10	10	10
VAUCLUSE	6	5	6
TOTAL	48	52	62

Le volet imagerie du SROS PRS a permis de passer d'un parc de 49 IRM autorisés (43 installés) à 62 (50 installés au troisième trimestre 2013)

Indice régional et par territoire et évolution de la population à l'horizon 2020

	POP 2009	IRM	INDICE	POP 2020	evol. Pop
PACA	4 889 053	62	12,68	5 200 000	6%
ALPES DE HAUTE PROVENCE	159 450	1	6,27	177 000	11%
HAUTES ALPES	135 836	1	7,36	146 000	7%
ALPES MARITIMES	1 079 100	14	12,97	1 134 000	5%
BOUCHES DU RHONE	1 967 299	30	15,25	2 062 000	5%
VAR	1 007 303	10	9,93	1 098 000	9%
VAUCLUSE	540 065	6	11,11	583 000	8%

L'indice régional des IRM autorisés est de 12,68 IRM par million d'habitant (pmh). La région PACA est passée d'un indice régional de 9,88 avant le SROS PRS à 12,68. Le plan cancer recommande 12 machines pmh.. (Le taux national pour les IRM installés dans l'enquête ISA 2013 est de 10,1 IRM pmh). L'indice est de 20 IRM pmh en Europe de l'Ouest et 27 pmh en Allemagne (source rapport Vernant pour les recommandations du troisième plan cancer)

Il est à noter que chaque département connaitra une évolution positive de sa démographie entre 2009-2020, en particulier le département des Alpes de Haute Provence (+ 11%)

4.16.1.2 Tableau de bord régional 2012 : IRM

L'ARS PACA, en collaboration avec le comité régional d'imagerie, a mis en place en 2011 un tableau de bord régional d'activité des IRM et des scanners. Ce tableau de bord est déclaratif et renseigné par toutes les structures d'imagerie de PACA (y compris les hôpitaux militaires). Les résultats ci-dessous sont la synthèse du tableau de bord 2012.

Tous les appareils d'IRM installés sont des IRM polyvalents de 1,5 Teslas sauf 2 IRM 3 Teslas installés sur les sites de l'APHM (Timone) et de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Ste Anne (IRM 3 T non encore installés à l'APHM site Nord et CHU Nice). Les patients ayant un examen d'IRM sont ambulatoires à plus de 90%.

Mode d'utilisation **:** ces IRM fonctionnent soit uniquement avec des radiologues hospitaliers (6), soit uniquement avec des radiologues libéraux (17) ou fonctionnent en co-utilisation « public /privé » (24).
Le temps moyen d'utilisation hebdomadaire (TUH) des IRM durant les heures d'ouverture au public est de 68h. (médiane identique)
Forfaits : 55% des IRM de la région ont un nombre de forfaits annuels supérieur à 8 000, dont 5 supérieurs à 12 000. La moyenne est de 9 115 forfaits.

Répartition suivant l'âge : 1% des actes soit 2 483 actes sont réalisés pour des enfants de moins de 5 ans, essentiellement pris en charge à l'APHM et à la fondation Lenval à Nice.

Patients adressés aux radiologues sans aucun renseignement clinique **:** 20 % en moyenne (mais grande dispersion)

Bonnes pratiques : La SFR a publié le nouveau guide de bonne pratique des examens en imagerie : 21 structures déclarent envisager une action de diffusion de ce guide dans le courant de l'année 2013.

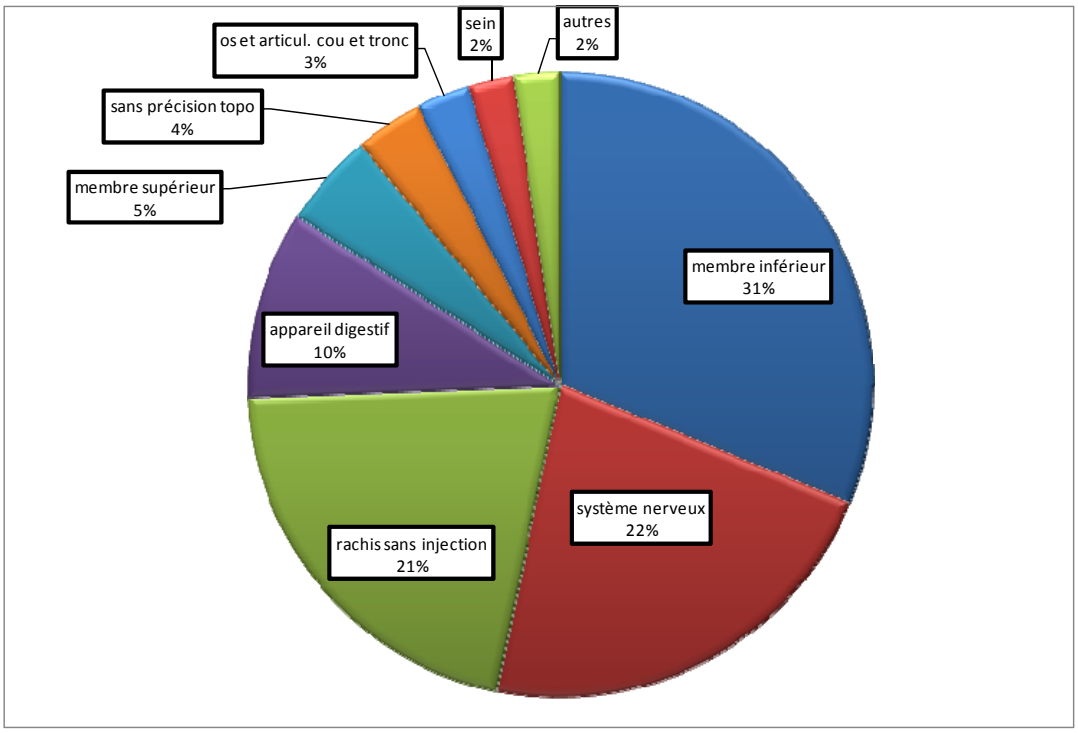
Délais de rendez vous :

- Délai moyen en jours pour un rendez vous programmé sur demande médicale (réponses sur 36 IRM) : 25 jours (médiane à 21,6 j.) ;
- Délai moyen en jours pour un rendez vous en cancérologie (réponses sur 31 IRM) : 14,3 jours (médiane à 8 j).

L'enquête annuelle ISA fait état au niveau national d'un délai moyen est de 30,5 jours, les délais en PACA passant de 26,7 j. en 2012 à 31,5 j. en 2013. Les données du TBR, qui ne reposent pas sur une enquête, indiquent un délai moyen aux environs de 25 jours. Cette même enquête démontre que l'augmentation du nombre d'équipements par million d'habitants entraine la diminution du délai d'obtention d'un rendez-vous d'IRM (liaison linéaire négative) » La réduction du différentiel existant en PACA entre les équipements autorisés (62) et les équipements installés (50), devrait permettre une réduction significative de ce délai moyen de rendez vous.

Les actes: 419 732 actes d'IRM ont été réalisés en 2012 par les 47 équipements (hors suppléments et restitutions tridimensionnelles). La ventilation des actes a pu être fournie pour 46 appareils

Répartition en pourcentage par topographie



Les IRM du membre inférieur représentent 31% du total des IRM.

Certains actes réalisés sous guidage remnographique ne sont pas pris en compte (absence de codage CCAM). Il s'agit en particulier des macrobiopsies mammaires par aspiration sous guidage IRM. Cet acte nécessite un haut niveau d'expertise. La HAS indique dans son rapport d'évaluation de décembre 2011 que cette technique a vocation à être réalisée dans des centres expérimentés en radiologie mammaire (expérience en macrobiopsies sous stéréotaxie et en IRM mammaire).

- Actes réalisés en dehors des heures d'ouverture au public

CHU : 7 IRM fonctionnement en dehors des heures d'ouverture et ont réalisés 1 248 IRM en 2012 (soit 69% de la totalité des actes IRM réalisés en dehors des heures d'ouverture) en PACA.
En dehors des CHU, 15 IRM déclarent fonctionner en dehors des œuvres d'ouvertures : 6 IRM n'indiquent aucun acte durant ces périodes (absence d'actes ou données non renseignées) et 9 IRM ont réalisés 566 actes (dont 380 par les hôpitaux militaires.)
Le nombre d'actes d'IRM déclarés en dehors des heures d'ouverture hors CHU et HIA est faible mais le recueil de cet indicateur reste encore incomplet.

- Actes non programmés durant les heures d'ouverture : toutes les structures ne peuvent également renseigner cet item. (Absence de réponse pour 8 appareils)

CHU : 3 569 actes pour 9 appareils - Hors CHU : 6 574 actes pour 30 appareils

- L'activité ostéo articulaire (80)

[80] Evaluée sur les codes CCAM suivants : membre inférieur (NZQJ001 et NZQN001) membre supérieur (MZQJ001 et MZQN001) et rachis sans injection (LHQN001 et LHQN002)

L'activité ostéo articulaire représente régionalement 57% des actes produits (46 appareils). Si l'on exclut les IRM des CHU, des CRLCC ce pourcentage atteint 60%.
Deux actes (IRM membre inférieur, sans injection et IRM d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection) totalisent 50% des actes IRM produits en 2012, et 87,5% des actes IRM ostéo-articulaires.

Répartition des appareils IRM suivant le pourcentage d'actes ostéo articulaires :

% d'actes ostéo-articulaires réalisé sur l'IRM polyvalente	Nbre appareils
sup à 70 %	6
60 à 69 %	16
50 à 59%	10
30 à 49%	7
inf. à 30%	7
Total général	**46**

22 appareils IRM réalisent un pourcentage d'actes IRM ostéo articulaires supérieur à 60%.

4.16.2 Etat des lieux des scanners

4.16.2.1 Bilan quantitatif

85 scanners sont autorisés sur 74 sites (dont les deux scanners des 2 hôpitaux militaires)

TERRITOIRE PACA			
DEPARTEMENT	TITULAIRES AUTORISATION	SITES	SCANNERS AUTORISES
ALPES DE HAUTE PROVENCE	2	3	3
HAUTES ALPES	3	3	3
ALPES MARITIMES	15	16	19
BOUCHES DU RHONE	24	27	33
VAR	16	16	17
VAUCLUSE	9	9	10
TOTAL	69	74	85

Comme pour les IRM, tous les scanners autorisés ne sont pas encore installés : 78 scanners sont installés sur les 85 autorisés.
Scanners installés : Il s'agit principalement de scanners 64 barrettes (42 scanners) et 16 barrettes (22 scanners).
33 scanners fonctionnent en co utilisation, 33 avec des radiologues libéraux et 12 avec des radiologues hospitaliers.

4.16.2.2 Tableau de bord régional 2012

- Moyenne du temps d'utilisation hebdomadaire (TUH) du scanner durant les heures d'ouverture

mode d'utilisation	secteur privé	secteur public
Scanners en co-utilisation	21 H	37 H
Scanners ‘privés’	62 H	
Scanners ‘publics’		62 H

Le TUH est identique en ‘public’ et ‘en privé’. En cas de co-utilisation le TUH public est supérieur

- Les forfaits

mode d'utilisation	secteur privé	secteur public
Scanners en co-utilisation	148 051	251 772
Scanners ‘privés’	540 774	
Scanners ‘publics’		176 508
Total général	**688 825**	**428 280**

- Répartition suivant le type de prise en charge : les patients sont ambulatoires à plus de 71%

- Fonctionnement en dehors des heures d’ouverture : 66 scanners fonctionnement H24. Sur certains sites équipés de plus d’un scanner, un seul des 2 scanners assure le fonctionnement H24. Scanners en co-utilisation : parmi les scanners fonctionnant en co-utilisation H 24 sur des sites autorisés à l’accueil des urgences, l’astreinte n’est pas assurée, pour certains, par tous les radiologues utilisant l’équipement. L’annexe imagerie recommande que tous les radiologues utilisant un équipement participe à la permanence des soins

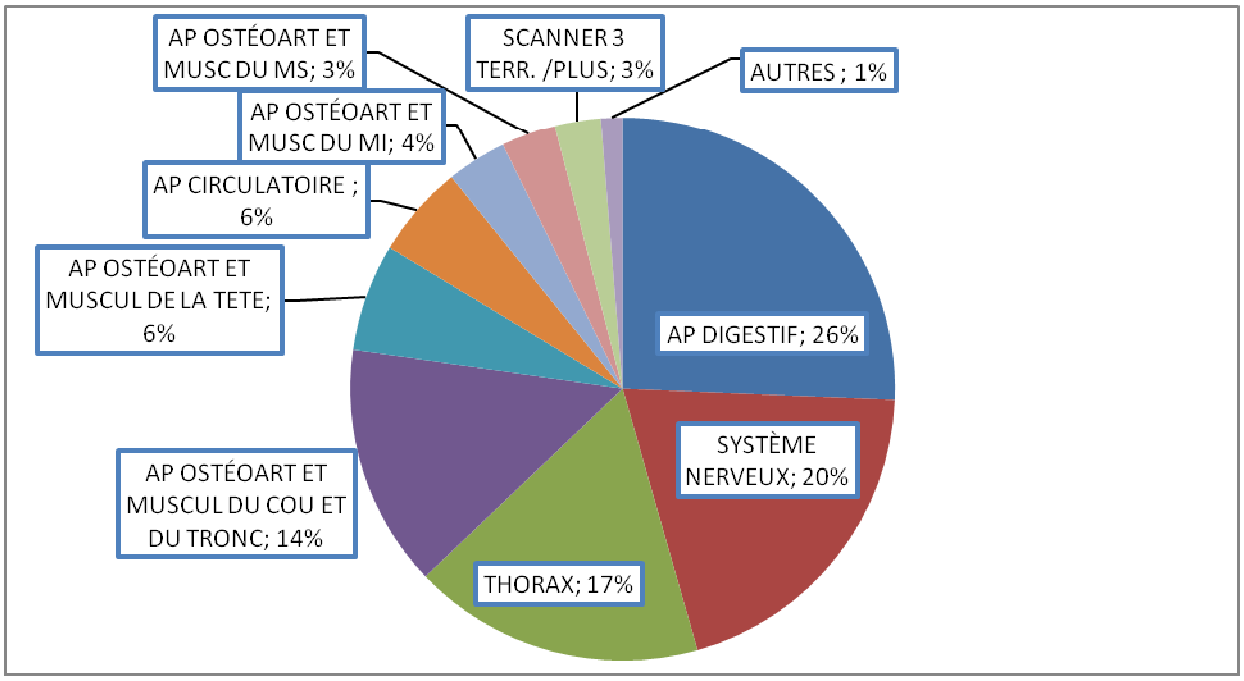
  Tous les sites autorisés pour l’accueil des urgences et réalisant plus de 10 000 passages annuels ont un scanner.

- Délai moyen de rendez vous :
  - Délai moyen de rendez vous pour un rendez vous programmé sur prescription médicale (réponses sur 75 scanners) : 8 jours ;

  - Délai moyen de rendez vous pour un premier bilan en cancérologie (réponses sur 62 scanners) : 5 jours.

- Les actes (résultats pour 74 scanners) : ventilation des actes (hors suppléments) : 931 500 actes CCAM dont 11 833 guidages scanographiques

Répartition topographique des actes



- Actes sous guidage scanner :

Il s'agit principalement dans plus de la moitié des actes d'infiltrations thérapeutiques puis de biopsies et ponctions.
Ces actes sont pratiqués principalement dans les 2 CHU mais également dans des centres hospitaliers (Manosque, Grasse), des établissements privés (clinique plein ciel, clinique Ste Marguerite), HIA Ste Anne ou IPC.

- Actes de scanner en urgence durant la période de PDSES (sur 61 scanners) : 59 220 actes dont 26 865 dans les 2 CHU et 32 355 dans les autres structures.

- Actes de scanner en urgence durant les heures d'ouverture de la structure (sur 62 scanners) : 134 682 actes dont 52 308 dans les 2 CHU

4.16.3 Bilan qualitatif

4.16.3.1 Accessibilité aux soins

Le volet imagerie du SROS PRS a permis la poursuite de l'amélioration de l'accès aux techniques d'imagerie en coupes en particulier IRM et l'augmentation du parc d'équipements.

L'indice régional aux termes des autorisations du SROS PRS est de 12,68 ce qui en adéquation avec les recommandations du plan cancer. Cependant les délais de rendez vous demeurent trop importants et l'effort de développement sera poursuivi. Les IRM de la région ont une activité soutenue. La possibilité d'implanter des équipements de 1.5 T. à visée ostéo articulaire permet de libérer du temps sur les IRM polyvalents. Les recommandations d'implantation de ces équipements sont précisées dans ce document.

L'accès à l'IRM dans le cadre de l'urgence neuro vasculaire doit être encore amélioré par une meilleure organisation de jours comme de nuits.

Des scanners ont été également autorisés dans le cadre de l'urgence ou d'actes interventionnels.

Accessibilité financière : En PACA la quasi-totalité des radiologues est en secteur 1.

Radiologues en secteur 2 (Source : Ameli.fr)

- Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes, Vaucluse : 0
- Bouches du Rhône : 5
- Var : 5
- Alpes Maritimes : 9

4.16.3.2 Permanence des soins

Tous les sites autorisés à l'accueil des urgences et assurant plus de 10 000 passages annuels (PMSI) disposent d'un scanner sur place. Tous les sites autorisés à l'accueil des urgences et disposant d'un scanner assurent un fonctionnement de celui-ci H24. Pour les équipements utilisés en co utilisation (par des radiologues publics et libéraux), certains sites en PACA dérogent encore à la recommandation du SROS PRS qui indique que tous les radiologues utilisant l'équipement participent à la permanence des soins.

4.16.3.3 Optimisation des plateaux techniques – Projets médicaux de territoire en imagerie

De nombreux dossiers de demande d'autorisation concernent des collaborations « public/privé » dans le cadre de GIE ou de GCS. Cependant de véritables projets médicaux de territoire ou pôles sectoriels d'imagerie médicale doivent encore être développés.

4.16.4 Effectifs médicaux et manipulateurs (source STATISS)

4.16.4.1 Radiologues option diagnostic

De 2010 à 2012 la démographie médicale des radiologues en PACA est restée relativement stable (+1%)

Les effectifs des radiologues (et la densité pour 100 000 hab.), au 01/01/2012 sont de :

TERRITOIRES	LIBERAUX OU MIXTES		SALARIES		TOTAL RADIOLOGUES
	NBRE	DENSITE	NBRE	DENSITE	
Alpes-de-Haute-Provence	18	11,3	2	1,3	20
Hautes-Alpes	15	11,0	4	2,9	19
Alpes-Maritimes	181	16,8	37	3,4	218
Bouches-du-Rhône	287	14,6	62	3,2	349
Var	119	11,8	14	1,4	133
Vaucluse	66	12,2	5	0,9	71
Provence-Alpes-Côte d'Azur	686	14,0	124	2,5	810
France métropolitaine	5 968	9,6	2 169	3,5	8 137

La densité des radiologues pour 100 000 h. est la plus forte dans les Alpes Maritimes. Globalement la densité régionale des radiologues libéraux est supérieure à la densité nationale alors que c'est l'inverse pour les radiologues salariés.

Le pourcentage de radiologues salariés passe de 24% en 2010 à 15% en 2012.

52% des radiologues libéraux ou mixtes ont plus de 55 ans, alors qu'ils représentent 28% pour les radiologues salariés. Globalement près de 50 % des radiologues ont plus de 55 ans.

L'arrêté fixant le nombre de postes d'internes offerts par spécialités ou par discipline aux épreuves classantes nationales pour la durée 2013 2017 indique une progression (+5 à Marseille et -2 à Nice) . Cependant le G4R fait part de son inquiétude sur l'évolution négative de la démographie médicale qui entrainera des difficultés pour assurer la permanence des soins et pour assurer des activités notamment en radiologie interventionnelle et radio pédiatrie.

4.16.4.2 Manipulateurs

	2010	2012
Alpes-de-Haute-Provence	52	59
Hautes-Alpes	66	74
Alpes-Maritimes	577	597
Bouches-du-Rhône	1298	1395
Var	369	384
Vaucluse	250	262
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2612	2771

Le nombre de manipulateurs augmente entre 2010 et 2012 (+ 6%)

4.16.5 Objectifs généraux

Ces objectifs spécifiques à l'imagerie s'intègrent dans le projet régional de santé qui prend en compte les orientations nationales de santé publique en les adaptant aux besoins de notre région.

Comme le souligne le plan stratégique régional de santé, il existe en PACA de fortes disparités démographiques et sociales. Les objectifs généraux déclinés ci-dessous doivent contribuer à réduire ces inégalités territoriales et sociales en matière d'accès au plateau d'imagerie dans un souci d'efficience et d'optimisation des ressources.

4.16.5.1 Améliorer l'accès à l'imagerie en coupes, et en priorité à l'IRM, pour les objectifs prioritaires de santé publique

4.16.5.1.1 Cancérologie : améliorer la réponse aux besoins en cancérologie

Concernant l'imagerie, le plan cancer 2009-2013 visait à faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers.

Le récent rapport d'étape (sept. 2013) de mise en œuvre de ce plan indique que globalement les équipements d'imagerie pour le diagnostic et la surveillance des cancers ont été développés et que la dynamique est à poursuivre afin de réduire les délais d'accès à l'examen qui sont encore trop élevés et présentent des disparités entre régions (non corrélées à la densité régionale en IRM).

Dans ses recommandations pour le troisième plan cancer le professeur Vernant indique que l'objectif d'ici 2018 serait de disposer de 20 IRM par million d'habitants

L'enquête menée par la DGOS, l'INCa et la Société Française de Radiologie en 2011 visait à apprécier les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de la prostate et de l'utérus. Les délais d'attente étaient en moyenne de 23 jours dans le privé et de 33 jours dans le public; ils ne sont corrélés ni à l'incidence régionale estimée, ni à la densité régionale d'appareils d'IRM. (Cette enquête devrait être renouvelée en 2013).

Le délai moyen du TBR 2012 est de 14,3 jours (délai moyen estimé par les structures d'imagerie)

Objectifs stratégiques

- Obtenir une répartition territoriale équitable en termes d'accès aux soins pour le diagnostic et le suivi radiologique des cancers
- Disposer de larges plages dédiées à la cancérologie
- Améliorer les délais d'attente pour les patients ambulatoires
- Obtenir la participation active des radiologues aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Recommandations d'implantations

Scanners : dans les établissements autorisés au traitement du cancer, un scanner est recommandé sur place ou par convention.
Les établissements sièges d'un centre de radiothérapie, utilisant un scanner de dosimétrie (hors du champ du régime des autorisations), peuvent utiliser ce dernier à des fins diagnostiques, sous réserve de déposer une demande d'autorisation qui doit être compatible avec les objectifs quantifiés du SROS. Dans ce cas, l'accès aux radiothérapeutes demeure prioritaire.

IRM

- Autorisations de chirurgie du cancer soumises à seuil : les dossiers de demande d'autorisation sur un site qui dispose d'au moins trois autorisations en chirurgie du cancer soumises à seuil seront prioritaires.
- de disposer d'un scanner imagerie
- de disposer d'un système d'archivage (PACS)

4.16.5.1.2 Prise en charge des AVC

L'imagerie est incontournable dans la prise en charge de toute la filière de soins de l'AVC.

Urgence neuro-vasculaire : pour ce qui relève de l'urgence, une prise en charge rapide, pluri disciplinaire, coordonnée est nécessaire afin de réduire la mortalité et les séquelles. L'IRM (ou l'ARM) doit être réalisée et interprétée le plus précocement possible particulièrement si une thrombolyse intra-artérielle ou une thrombectomie est envisagée.

Il est recommandé que tout patient présentant un AVC puisse bénéficier d'un examen IRM dans les 4 heures 30 suivant le début des symptômes de jour comme de nuit, 7 jours sur 7 sur tous les sites disposant d'une unité neuro-vasculaires. Afin d'optimiser le diagnostic et la prise en charge des patients, la télé expertise doit être organisée sur ces sites disposant d'une unité neuro-vasculaire.

4.16.5.1.3 Maladie d'Alzheimer et IRM

L'IRM a une place de plus en plus prépondérante dans le diagnostic précoce et le diagnostic étiologique de la maladie d'Alzheimer et la demande d'examens sur les IRM 1.5 T. est importante.

Le développement de la recherche clinique dans ce domaine nécessite l'implantation d'IRM 3T, pour assurer un réseau de développement d'essais cliniques performants, dans les CHU en collaboration avec les Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR).

4.16.5.2 Diversifier le parc IRM

4.16.5.2.1 IRM à visée ostéo-articulaire

« La stratégie de diversification au profit d'appareils à vocation ostéoarticulaire est destinée à améliorer l'efficience du recours à l'IRM et l'accessibilité à ces examens, en permettant notamment la libération de plages sur les équipements polyvalents, pour mieux répondre aux priorités de santé publique. » (Instruction CNAMTS/DGOS/R3 no 2012-248 du 15 juin 2012)

Il s'agit d'équipement spécifique 1.5 T. à visée ostéo-articulaire, permettant d'améliorer l'efficience des structures d'imagerie disposant d'une IRM polyvalent et réalisant un nombre significatif d'examens ostéo articulaires.

Recommandations proposées par le comité régional d'imagerie

- Adossement de l'IRM à visée ostéo-articulaire à un IRM polyvalent, en privilégiant un adossement géographique. (avec une activité ostéo articulaire significative et délais de rendez-vous importants).
- Utilisation par la même équipe de médecins radiologues des 2 équipements afin de pouvoir proposer l'examen le plus pertinent sur l'une ou l'autre machine.
- Qualité d'image équivalente à celle de l'IRM polyvalent (ce qui exclut les IRM de bas champ)

Les actes IRM ostéo-articulaires représentent 57% des actes produits sur 46 IRM en 2012. Ce pourcentage est de 61% hors CHU et CRLCC. Compte tenu des données fournis par le TBR, les objectifs quantifiés en termes d'équipements mentionnés dans ce document intégreront cet objectif de diversification.

Autorisations des IRM à visée ostéo articulaire: l'acquisition d'un IRM, quelle que soit sa spécificité relève d'une demande d'autorisation dont l''implantation est prévue dans ce présent document : les IRM à visée ostéo articulaire rentrent donc dans le champ du régime général des autorisations. La diversification du parc IRM concerne les nouvelles autorisations d'installation mais peut également concerner les demandes de changements de matériels. L'analyse des dossiers de demande d'autorisation portant sur ces IRM spécifiques prendront en compte la proportion déjà présente des examens ostéo articulaires (membre supérieur et inférieur, rachis, bassin hanche), les caractéristiques techniques de l'équipement futur et le bénéfice attendu sur le fonctionnement de l'IRM polyvalent.

4.16.5.2.2 IRM adaptés à la prise en charge de certaines populations

L'installation d'équipements IRM adaptés permettant la prise en charge de certaines populations : obèses, claustrophobes, personnes en situation de handicap, doit être poursuivie.

4.16.5.3 Améliorer la qualité des soins par la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie

Cette action s'intègre également dans le cadre national de programme de gestion du risque (GDR). Elle vise à contribuer à supprimer des actes non indiqués et redondants en encourageant l'acte le plus efficient en première intention. Elle passe par la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie (gbu.radiologie.fr) et des recommandations de la HAS auprès des demandeurs d'examens d'imagerie. L'analyse des dossiers de demande d'autorisation (première demande ou changement de matériel) et de renouvellement d'autorisation recherchera un indicateur relatif à la diffusion de ce guide de bonne pratique.

Le Comité Régional d'Imagerie pourra également entreprendre une action spécifique de diffusion de ce guide.

4.16.5.4 Renforcer la Sécurité des patients et des professionnels

4.16.5.4.1 Radio protection pour les professionnels et les patients

L'application du guide de bonne pratique permet également de limiter l'exposition des patients et des professionnels aux rayonnements ionisants. Il est donc important que sa diffusion soit la plus large possible.
En radiologie conventionnelle, La HAS a évalué les indications et « non-indications » des radiographies du crâne, du massif facial, de l'abdomen sans préparation (ASP), du bassin et du thorax. Le comité d'imagerie sera informé de l'évolution de la réalisation de ces actes.
En radio-pédiatrie, il existe des recommandations dosimétriques de la SFIPP et de l'IRSN.
L'Autorité de Sureté Nucléaire souligne régulièrement sa préoccupation devant l'augmentation des doses délivrées aux patients et aux professionnels en imagerie médicale et notamment en scanner (et radiologie interventionnelle). Le développement du parc IRM en région PACA doit permettre d'accélérer la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes chez l'adulte et chez l'enfant.

4.16.5.4.2 Assurer la sécurité des patients pris en charge

Les indicateurs du TBR montrent que les accidents majeurs ne sont pas rares (38 accidents déclarés en 2012). S'agissant d'urgences vitales, chaque structure d'imagerie doit avoir à sa disposition tout le matériel nécessaire à la prise en charge immédiate du patient. Il est souhaitable d'organiser des formations à cette prise en charge des personnels médicaux et para médicaux.
Des procédures écrites préciseront la conduite à tenir et les relations à établir avec d'autre service ou unité de la structure (urgences, services de soins critiques …)

4.16.5.5 Réduire les inégalités d'accès au plateau technique d'imagerie et répondre aux besoins de la population en imagerie

4.16.5.5.1 Organisation graduée permettant l'accès à l'ensemble des examens d'imagerie pour l'ensemble de la population des territoires

L'offre de premier recours comporte la radiologie conventionnelle et l'échographie assurée principalement par la radiologie libérale. L'accès à toutes les techniques d'imagerie nécessaires aux patients doit cependant être organisé dans chaque territoire.

Dans les établissements de proximité : En plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale, les établissements réalisant une activité de court séjour significative ou plus de 15 000 passages par an aux urgences (sites autorisés) doivent disposer d'un scanner accessible H24

Dans les établissements de recours : ces établissements disposent, en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie, d'un plateau technique regroupant la plupart des équipements et techniques d'imagerie médicale, dont

- Un scanner fonctionnant H24 pour l'accueil et le traitement des urgences. Un scanner dédié est recommandé à partir de 40.000 passages aux urgences ;
- Un IRM ;
- Eventuellement équipement de médecine nucléaire : gammas caméras et TEP.

Les établissements disposant d'une unité de réanimation autorisée disposeront de préférence sur place, ou à défaut par convention, d'un accès à l'I.R.M.

En dehors des établissements de référence du territoire, certains établissements peuvent justifier d'un rôle de recours du fait d'une compétence spécialisée particulière.

Le niveau régional , centre de référence et d'expertise : présence de tous les équipements d'imagerie nécessaires aux activités d'enseignement et de recherche et aux développements d'activités spécialisées.

Etablissements de santé assurant des missions d'enseignement universitaire et post universitaire et de recherche

L'examen des demandes d'autorisation déposées par ces établissements prendra en compte leurs activités de soins spécifiques (actes souvent plus complexes réalisés sur des patients plus lourds médicalement) ainsi que les activités d'enseignement et de recherche qui justifient de disposer d'équipements en plus grand nombre. C'est le cas en particulier de la radiologie interventionnelle.
Un accès suffisant à des matériels performants et innovants est nécessaire afin que puisse être assurée la formation des futurs professionnels de santé. Ces activités, indissociables de l'activité de soins, sont aussi indispensables au développement, à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles.
Dans les structures hospitalo-universitaires à forte activité en cancérologie, il est nécessaire d'évoluer vers un équipement spécifique à la cancérologie, pour permettre, notamment, des temps d'utilisation dédiés à la recherche.
Dans cette structure l'implantation supplémentaire d'IRM 3 T favorisant le développement d'une activité de recherche (cancérologie, neurologie) se justifie.

4.16.5.5.2 Projet médical territorial d'imagerie

Le projet médical de territoire en imagerie organise l'imagerie au sein d'un territoire ou d'une zone géographique afin de répondre aux objectifs de santé publique énoncés ci-dessus, de répondre aux problèmes de démographie médicale et de répondre également à la nécessité d'organiser la permanence des soins au niveau territorial. Ce projet répond également à la nécessité de mieux structurer la prise en charge en imagerie particulièrement au niveau de zones défavorisées (difficulté d'accessibilité des populations en situation de précarité).

Il répond également aux recommandations du G4 concernant l'élaboration d'un projet professionnel commun des radiologues à travers les Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM) qui encourage une offre de soins en imagerie, coordonnée et structurée dans un territoire de santé.

Ce principe est également évoqué dans l'article 35 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST.

Ces projets médicaux seront élaborés en concertation avec l'ensemble des titulaires d'autorisation et radiologues (publics, privés exerçant ou non en structures de soins) d'un territoire. Ils seront en adéquation avec les orientations données par les projets des Communautés Hospitalières de Territoire, les Programmes Territoriaux de Santé et devront intégrer les projets de PACS mutualisés et de téléradiologie.
L'ARS et le G4R pourront être associés en tant que de besoin.

4.16.5.6 Optimiser les plateaux techniques d'imagerie

L'organisation des plateaux techniques d'équipements matériels lourds doit avoir pour objectif prioritaire le regroupement d'équipements d'imagerie en coupe au sein de plateaux multi techniques favorisant la complémentarité des techniques et des moyens humains ainsi que les pratiques de substitution. Le regroupement sur un même plateau technique de scanner et d'IRM doit être privilégié du fait de la complémentarité entre ces deux techniques d'imagerie en coupe : un appareil d'IRM (polyvalent) doit prioritairement être implanté que sur un site disposant au minimum d'un scanner.

Il convient de favoriser le regroupement imagerie - médecine nucléaire au sein de structures communes pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique /fonctionnelle. La collaboration entre radiologues, médecins nucléaires, physiciens, informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.
Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossées à des secteurs d'hospitalisation.

4.16.5.7 Améliorer l'accès à l'imagerie en coupes pour tous les radiologues

Les radiologues libéraux n'exerçant pas en structures de soins ont, parfois, un accès plus difficile aux équipements en coupes en particulier à l'IRM. Ils ne peuvent assurer le suivi de leur propre patient. Afin d'obtenir une filière de soins plus cohérente les coopérations entre médecins radiologues et /ou structures titulaires d'autorisation seront recherchées. Les dossiers de demande d'autorisations d'équipements IRM intégreront donc, autant que possible, la participation des radiologues libéraux du territoire concerné. Ces radiologues devront alors s'engager sur la permanence des soins en imagerie comme il est précisé par ailleurs.

4.16.5.8 Assurer la permanence des soins et la continuité des soins

Prise en charge en urgence des patients en période de permanence des soins (PDSES)

Dans les établissements autorisés pour l'activité d'accueil des urgences et disposant d'un scanner utilisé en co-utilisation entre radiologues publics et privés, il est recommandé que la permanence des soins en imagerie soit assurée par l'ensemble des radiologues utilisant l'équipement, à hauteur de leur part d'utilisation de jour (sur la demande du titulaire de l'autorisation) . Dans un souci d'efficience, il est souhaitable que cette permanence porte sur toute l'imagerie (pouvant s'intégrer dans un projet médical d'imagerie de territoire).

Tous les sites autorisés à l'accueil des urgences et assurant plus de 10 000 passages annuels (PMSI) disposent d'un scanner sur place H24. Les sites autorisés à l'accueil des urgences et réalisant moins de 10 000 passages annuels ne disposant pas d'un scanner sur place doivent organiser le recours au plateau technique.

Pour certains sites réalisant plus de 40 000 passages aux urgences annuels, la présence d'un radiologue sur place 24h/24h peut se justifier.

Les principes d'organisation de la prise en charge des urgences neuro vasculaires (AVC) sont traités dans un chapitre spécifique.

Dans certains territoires, les radiologues exerçant dans des structures équipées d'un scanner ne participant pas à la PDSES pourront être amenés à participer à l'organisation de celle-ci au sein des structures assurant une PDSES en imagerie (en cas de difficultés de fonctionnement liées à la démographie médicale).

Afin de conforter la PDSES sur certains sites ou territoire, l'ARS Paca souhaite développer la télé radiologie[81].

Dans chaque territoire, la permanence des soins doit être formalisée dans le schéma de la PDSES et être déclarée dans le répertoire opérationnel des ressources des réseaux d'urgence.

[81] Cf. chapitre relatif à la téléradiologie

Prise en charge d'un patient en urgences pendant les heures d'ouverture de la structure d'imagerie

L'organisation de la gestion des urgences pendant les horaires d'ouverture doit être formalisée.
Si l'équipement fonctionne en co-utilisation, ces principes seront précisés dans le règlement intérieur.

4.16.5.9 Développer la téléradiologie

La téléradiologie, système informatisé de télé-interprétation d'examens d'imagerie, est un acte médical. Elle contribue au maintien d'une offre territoriale et permet d'optimiser les ressources médicales qui peuvent être limitées où inégalement réparties dans certains territoires.

Les projets de téléradiologie doivent répondre aux dispositions réglementaires en la matière.

Les acteurs de projets de téléradiologie doivent obligatoirement contractualiser avec l'ARS. Cette contractualisation s'appuie sur un contrat type. Il est souhaitable que les contrats soient soumis à l'avis du Comité Régional d'Imagerie ainsi qu'aux conseils de l'ordre et à l'URPS. Ils font l'objet d'un avenant au CPOM.

4.16.5.10 Favoriser l'accès au Picture Archiving and Communication System (PACS)

Le système d'information de santé en imagerie médicale comprend le système PACS et RIS (Radiology Information System). Le PACS est un système de gestion informatique des images médicales avec des fonctions d'archivage, de stockage
Il vise plusieurs objectifs :

- permettre une circulation de l'information par des connexions multiples entre les équipements ;
- permettre le transfert rapide des images ;
- permettre un partage des images entre professionnels de santé ;
- permettre un archivage des images.

L'ARS souhaite mettre à disposition des structures et professionnels un service de PACS mutualisé à visée territoriale puis régionale. Ce maillage de PACS permettra le développement de la téléradiologie. Le projet est porté par le GCS e-santé PACA. L'objectif est donc de permettre aux structures de partager un PACS mutualisé territorial à des fins de stockage et d'échanges de données d'imagerie. Et dans un second temps de proposer au niveau régional, maillé avec les PACS « territoriaux », un PACS destiné à l'archivage légal sur une durée plus longue (20 ans).

La présence d'un PACS est essentielle pour les structures prenant en charge de la cancérologie.

4.16.5.11 Mieux organiser la radiologie interventionnelle

Hors cardiologie interventionnelle et neuroradiologie interventionnelle

Compte tenu de sa spécificité, la radiologie interventionnelle est régie par des conditions techniques de fonctionnement particulières. Ce sont des recommandations élaborées par les sociétés savantes (Fédération de Radiologie Interventionnelle). Les demandes d'autorisations d'équipements d'imagerie pour les établissements pratiquant des actes interventionnels scanno-guidés seront analysées au regard de ces recommandations.

« L'imagerie interventionnelle ou radiologie interventionnelle (R.I) comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie, réalisés sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (Rx, ultrasons, scanner, IRM) ».

L'IRSN précise que « compte tenu de ces spécificités, la radiologie interventionnelle est considérée comme une des « pratiques spéciales » pour lesquelles il est demandé que les équipements, les procédures, les programmes d'assurance de qualité et la formation des opérateurs soient particulièrement appropriés (article 9 de la directive européenne Euratom 97/43).

La fédération de radiologie interventionnelle (FRI) propose un classement des actes de radiologie interventionnelle selon un niveau croissant de complexité et selon l'environnement nécessaire. Trois niveaux d'actes sont définis. Les actes de haut niveau de complexité (niveau 3) sont réalisés dans les centres assurant la PDSES en RI, nécessitant un environnement spécifique et un secteur de réanimation.

Gradation des centres : on distingue des centres départementaux et des centres régionaux de référence qui doivent couvrir l'ensemble des niveaux de technicité des actes. Ces derniers prennent également en charge les patients de leur territoire.

Recommandations pour les centres de R.I. assurant la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) :

- accessibilité H24 à tous les équipements d'imagerie (en particulier scanner, IRM)
- une équipe médicale ayant reçu une formation recommandée par la S.F.R. et assurant la PDSES. Ces radiologues doivent avoir une pratique régulière de l'embolisation afin de maintenir leur compétence. Tous les radiologues d'un territoire répondant à ces critères peuvent participer à l'organisation de la PDSES ;
- centre référencé dans le Répertoire Opérationnel des Ressources accessible à toutes les structures concernées notamment les maternités.

Recommandations pour les centres de R.I. amenés à prendre en charge les pathologies cancéreuses
Il peut s'agir d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique :

- actes à visée diagnostique dans la prise en charge stricte de la pathologie cancéreuse. Selon les critères de l'INCa, tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer en pathologie digestive et urologique organise l'accès, sur place ou par convention, à la radiologie interventionnelle.
- actes thérapeutiques : chimio embolisation, radiofréquence, laser, cryo-ablation, micro-onde.

  En cas de chimio embolisation, l'établissement doit répondre aux normes d'utilisation des agents de chimiothérapie figurant dans le volet du SROS cancérologie.

4.16.6 Evaluation de l'activité scanners - IRM

L'ARS, en association avec le Comité Régional d'Imagerie, a élaboré un recueil d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour les scanners et les IRM. Ces indicateurs regroupés dans un tableau de bord annuel sont envoyés à toutes les structures d'imagerie de PACA. La qualité du recueil doit être améliorée : les titulaires d'autorisation doivent se donner les moyens de mettre en œuvre les systèmes d'information nécessaires pour colliger les informations permettant le recueil de ces indicateurs.

4.16.7 Objectifs quantifies : implantations par sites et équipements

L'analyse des besoins en scanner conclut à une couverture globale au niveau régional. Cependant, il persiste encore des besoins spécifiques en scanners (prise en charge des urgences sur des sites à très forte activité, activité interventionnelle) et certaines implantations seront prévues sur des sites existants : les demandes devront alors établir que les matériels en place sont optimisés et que le besoin n'est pas couvert pour un type d'activité.

Le développement du parc IRM en région PACA est poursuivi. Il doit prioritairement s'agir :

- de l'acquisition d'un IRM polyvalent sur un site qui dispose déjà d'un scanner : l'équipement peut être justifié par des données démographiques, l'activité du scanner en place et le type de pathologies prises en charge (cancérologie), par l'isolement géographique ou des difficultés d'accès à d'autres équipements d'un territoire.

- d'un second IRM sur un site déjà équipé d'un IRM polyvalent prioritairement par un IRM à visée ostéo articulaire.

La recherche de coopération, de mutualisation, l'élaboration d'un projet de territoire (ou POSIM) seront des éléments déterminants dans l'instruction des dossiers de demande d'autorisation d'équipements.
Le regroupement d'équipements soumis à autorisation précédemment implantés sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré est couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation.
Les tableaux ci-dessous listent les implantations des scanners et des IRM par territoire de santé. Chaque tableau précise également les sites d' implantation selon qu'il s'agit d'un nouveau site ou d'un site existant (site déjà pourvu ou pas de l'équipement en question).

4.16.7.1 Scanographes à utilisation médicale

TERRITOIRE DE SANTE	SITES D'IMPLANTATION		APPAREILS	
	IMPLANTATIONS 2013	IMPLANTATIONS 2016	IMPLANTATIONS 2013	IMPLANTATIONS 2016
ALPES DE HTE PROVENCE	3	3	3	4
HAUTES ALPES	3	3	3	3
ALPES MARITIMES	15	14	19	20
BOUCHES DU RHONE	26*	26*	33*	37*
VAR	16*	16*	17*	17*
VAUCLUSE	9	9	10	10

*dont HIA

4.16.7.2 Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique à utilisation clinique

TERRITOIRE DE SANTE	SITES D'IMPLANTATION		APPAREILS	
	IMPLANTATIONS 2013	IMPLANTATIONS 2016	IMPLANTATIONS 2013	IMPLANTATIONS 2016
ALPES DE HTE PROVENCE	1	2	1	2
HAUTES ALPES	1	1	1	2
ALPES MARITIMES	12	11	14	16
BOUCHES DU RHONE	22*	22*	30*	34*
VAR	10*	12*	10*	13*
VAUCLUSE	5	6	6	7

*dont HIA

IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE NUCLEAIRE

4.17 Imagerie médicale médecine nucléaire

4.17.1 Bilan de l'existant en région PACA

4.17.1.1 Caméras à scintillation

Nombre de GAMMAS CAMERAS par territoire

	EQUIPEMENTS LOURDS : GAMMAS CAMERAS		
Territoire	***autorisations possibles (SROS 3)***	***autorisations accordées***	***appareils installés***
HAUTES ALPES	**2**	**1**	**0**
ALPES MARITIMES	**11**	**10**	**9**
BOUCHES DU RHONE	**18**	**17**	**16**
VAR (*)	**8**	**8**	**8**
VAUCLUSE	**3**	**3**	**3**
TOTAL PACA	**42**	**39**	**36**
(*) dont HI			

A l'issue du SROS 3, 42 gammas caméras étaient préconisées en PACA. Au 1er juin 2011, 39 équipements ont été autorisés et 36 gammas caméras sont installées.

4.17.1.2 Tomographie par émissions de positons (TEP)

Nombre de TEP par territoire

EQUIPEMENTS LOURDS : T.E.P.			
Territoire	***autorisations possibles (SROS 3)***	***autorisations accordées***	***appareils installés***
ALPES MARITIMES	**3**	**3**	**2**
BOUCHES DU RHONE	**5**	**5**	**3**
VAR (*)	**2**	**2**	**1**
VAUCLUSE	**1**	**1**	**1**
TOTAL PACA	**11**	**11**	**7**
(*) dont HIA			

A l'issue du SROS 3, 11 TEP étaient préconisés en PACA. Au 1er juin 2011, tous les TEP ont été autorisés et 4 ne sont pas encore installés.

4.17.1.3 Démographie des médecins nucléaires

La démographie médicale des médecins nucléaires est la suivante au 1er janvier 2011 (source : répertoire ADELI – médecins installés).

DEPARTEMENT	Libéral	Salarié Exclusif	TOTAL
Alpes Maritimes	6	8	14
Bouches du Rhône	6	17	23
Var	0	3	3
Vaucluse	0	3	3
Région	**12 (28%)**	**31 (72%)**	**43**

43 médecins nucléaires en PACA (+27% par rapport à 2004 : 34 médecins nucléaires)
42% des médecins ont plus de 50 ans.

4.17.1.4 Activité des centres 2010

GAMMAS CAMERAS

36 gammas caméras sont installées dans les 15 centres de la région. Le SROS 3, récemment révisé, autorise l'installation de 43 gammas caméras.
14 gammas caméras ont plus de 7 ans.

85 806 examens (*) et 882 actes thérapeutiques sont réalisés en 2010 sur les 36 gammas caméras soit une moyenne régionale de 2 408 actes par caméra.

(*) Ce nombre d'examens tient compte du fait qu'un examen cardiologique au repos et à l'effort le même jour compte pour un examen. De même une scintigraphie de ventilation et de perfusion le même jour compte pour un examen.]

Les centres sont répartis sur les territoires des Bouches du Rhône, des Alpes Maritimes, du Var et du Vaucluse. Le centre autorisé dans les Hautes Alpes n'est pas encore installé.

Du fait de la substitution de scintigraphies par des examens TEP notamment, on note une diminution du nombre de scintigraphies de l'ordre de 10% (taux national)

L'analyse de la production des centres des Bouches du Rhône indiquent que :

2 687 patients du département des Alpes de Haute Provence sont traités :
- sur Aix : 45 % (1 202 patients),
- sur Marseille - Aubagne : 51%.

756 patients du département des Hautes Alpes sont traités :
- sur Aix : 35%,
- sur Marseille - Aubagne : 64%.

Activité des centres

Centres du département des Alpes Maritimes
4 centres. 9 gammas caméras dont une de plus de 7 ans.
26 181 examens[82] - 27 869 patients
Origine géographique : 81% des patients habitent le département

Centres du département des Bouches du Rhône
7 centres- 16 gammas caméras installées dont 5 plus de 7 ans
40 342 examens - 39 862 patients
Origine géographique : 74% des patients habitent le département (attractivité pour les habitants du Var et des Alpes de Haute Provence)

Centres du département du Var
3 centres - 8 gammas caméras dont 4 de plus de 7 ans
12 719 examens - 11 900 patients
Origine géographique : 97 % des patients pris en charge habitent le département

Centre du département du Vaucluse
1 Centre- 3 gammas caméras dont deux de plus de 7 ans
7 446 examens - 7261 patients
Origine géographique : 59% habitent le département (attractivité pour les patients des Bouches du Rhône et du Gard)

Répartition régionale par type d'examens réalisés

Type d'examens	Nbre d'examens
OS	46 047
CŒUR	17 308
POUMON	3 715
CERVEAU	3 068
REIN	1 386
ENDOCRINO.	7 684
GANGLION SENTINELLE	3 434
EX. DIVERS	2 565
ACTES THERAPEUTIQUES	882
TOTAL	**86 089**

Accessibilité des 15 centres au plateau technique

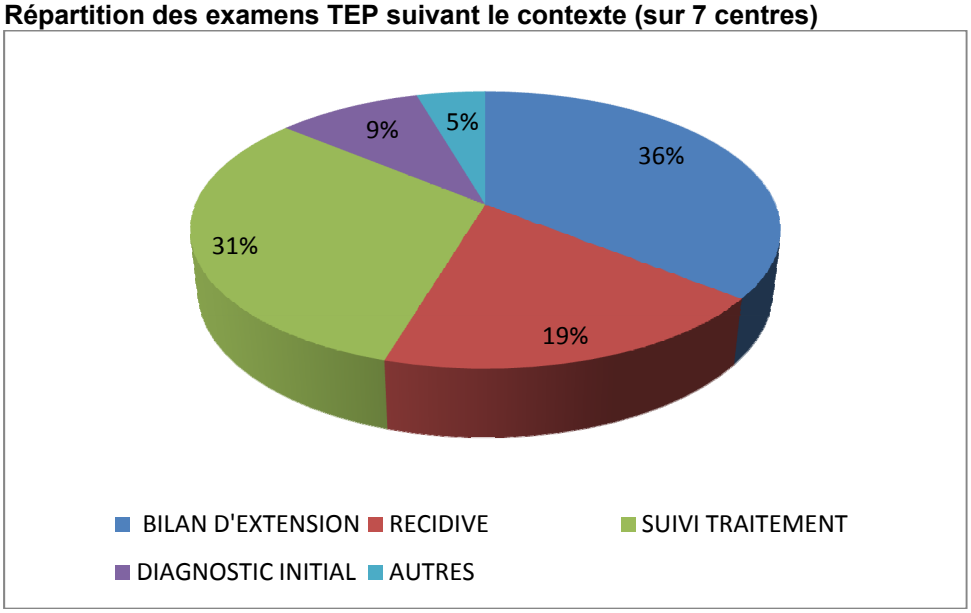
100 % des centres ont un accès direct au scanner
100 % des centres ont un accès direct à une IRM
12 centres ont un accès direct à l'USIC, 3 par conventions
10 centres ont un accès à une salle de coronarographie
11 centres ont un accès en pédiatrie
13 centres ont un accès au TEP

[82] Scintigraphie cardiaque effort repos le même jour : 1 examen – scintigraphie pulmonaire ventilation perfusion le même jour :1

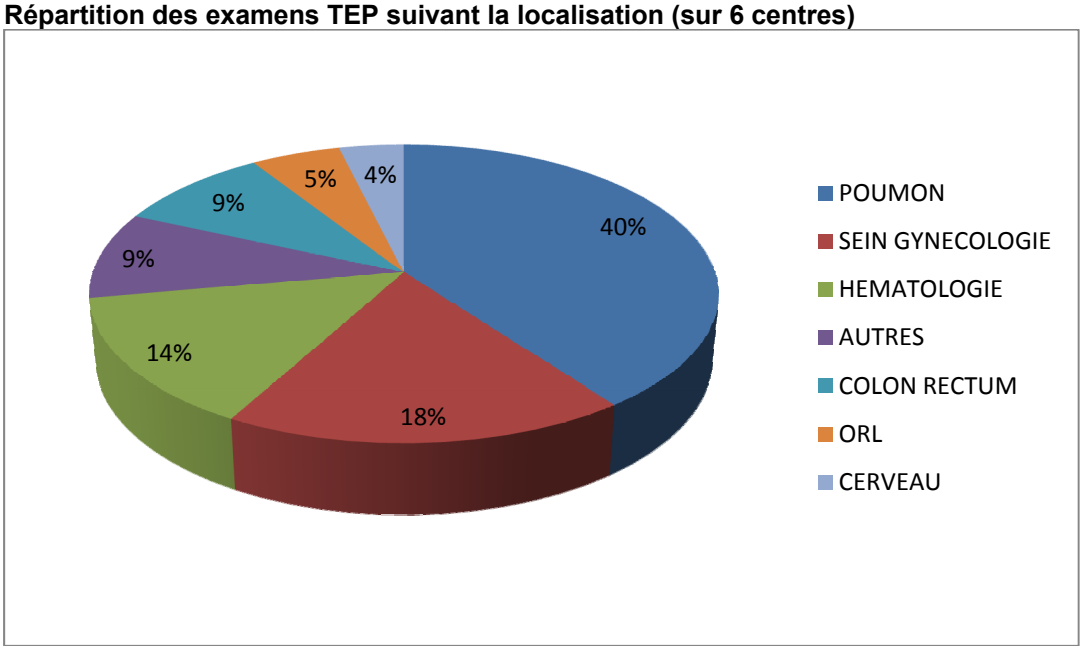
TEP

Les centres sont répartis sur les territoires des Bouches du Rhône, des Alpes Maritimes, du Var et du Vaucluse.

Répartition des examens TEP suivant le contexte (sur 7 centres)



Répartition des examens TEP suivant la localisation (sur 6 centres)



Patients des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes traités sur Marseille :

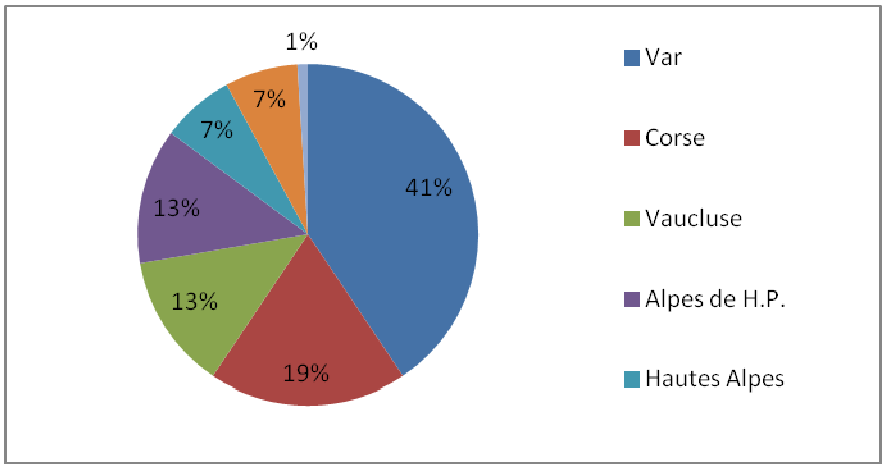
- 508 patients du département 04
- 304 patients du département 05

Activité des centres

Centres du département des Alpes Maritimes
2 centres dont l'un a ouvert en novembre 2010 - 2 763 examens en 2010
Origine géographique : 74% des patients traités dans les centres habitent le territoire des Alpes Maritimes. Les patients hors 06 viennent essentiellement du Var (72%) et de Corse (14%)

Centres du département des Bouches du Rhône
3 centres - 8 470 examens.
Origine géographique : 70% des patients habitent les Bouches du Rhône

Répartition des 2 427 patients résidant hors département et pris en charge dans les centres des Bouches du Rhône



Centres du département du Var
Un centre - 2 720 examens
Origine géographique : 94% des patients sont originaires du département.
Le centre - 2 225 examens

Centre du département du Vaucluse
Origine géographique 41% résident à l'extérieur du département majoritairement dans les Bouches du Rhône.

Les orientations générales
Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

GAMMAS CAMERAS

Un centre de médecine nucléaire doit disposer au minimum de 2 caméras à scintillation(*). La concentration des plateaux techniques doit être privilégiée permettant une optimisation du temps médical. Ce plateau technique comporte :
une USIC ;
un service de pédiatrie si des examens sont effectués dans cette spécialité ;
un scanographe, un IRM et un appareil de coronarographie.

Le niveau d'activité sera en moyenne d'un appareil pour 3 000 examens. Il est recommandé que la vétusté de chaque appareil n'excède pas 10 ans,

Le personnel médical et paramédical prévu devra être en adéquation avec le nombre d'examens réalisés dans le centre.
(*) Une dérogation en termes de nombre d'appareil et de composition du plateau technique est accordée au site de GAP dans les hautes Alpes (dérogation géographique)

Gammas caméra dédiée à la cardiologie

Les critères d'attribution sont :
le centre doit avoir une activité supérieure à 2 000 examens cœur par an,
le centre doit être adossé à un établissement de santé ayant une activité cardiologique forte et structurée.

Le centre devra également produire un argumentaire sur l'impossibilité en termes de volume et de type d'activité de substituer une caméra polyvalente à une caméra dédiée cardiologie.

TEP

L'installation de ces TEP s'inscrit dans le cadre de projets territoriaux ou inter territoriaux et non d'établissements seuls, afin d'optimiser le fonctionnement des appareils existants et de favoriser le développement des coopérations entre les centres de médecine nucléaire.
Les TEP doivent être installés dans des centres de médecine nucléaire adossés à des établissements ayant une forte activité de cancérologie et notamment de chimiothérapie et de radiothérapie.

La détention et l'utilisation des radionucléides pour les activités de médecine nucléaire sont subordonnées à une autorisation préalable personnelle et non transférable à un médecin possédant les titres requis. Cette autorisation implique le respect des dispositions réglementaires en matière de radioprotection.
L'établissement siège du service de médecine nucléaire est soumis aux dispositions du code de l'environnement (installation classée pour la protection de l'environnement)

4.17.1.5 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Continuer à diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale élaboré par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine Nucléaire et Moléculaire.
Favoriser une évolution des pratiques médicales garantissant leur conformité aux référentiels médicaux.
Veiller à ce que les règles de radioprotection soient respectées (évaluation de la mise en œuvre de la réglementation et des bonnes pratiques professionnelles).

4.17.1.6 Améliorer l'efficience : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements.

L'organisation des plateaux techniques d'équipements lourds doit avoir pour objectif prioritaire le regroupement des équipements d'imagerie au sein de plateaux multi techniques favorisant la complémentarité des techniques et des moyens humains.

Il convient de favoriser le regroupement imagerie et médecine nucléaire au sein de structures communes. Il apparaît en effet nécessaire de promouvoir la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique.

La collaboration entre radiologues, médecins nucléaires, physiciens et informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

Ces principes conduisent à envisager les implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossées à des secteurs d'hospitalisation.

4.17.2 Objectifs quantifiés en termes de sites d'implantation et d'équipements

Le niveau d'équipement en médecine nucléaire apparait satisfaisant. Cependant, de nouvelles machines dédiées vont se développer en particulier concernant la pathologie mammaire.

Néanmoins des équipements spécifiques peuvent se justifier dans des indications précises dans le domaine des innovations diagnostiques. Il s'agit, grâce à ces équipements, installés prioritairement aux seins d'établissements hospitalo-universitaires, d'apporter, pour le compte de l'ensemble des établissements des informations précieuses : ces équipements mis à disposition de la région feront bénéficier la population d'un réel progrès technologique.

CAMERAS A SCINTILLATION MUNIE OU NON DE DETECTEUR D'EMISSION DE POSITONS EN CONCIDENCE

TERRITOIRE	2011		2016	
	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES DE HAUTE PROVENCE	-	-	-	-
HAUTES ALPES	1	1	1	**2**
ALPES MARITIMES	4	10	4	10
BOUCHES DU RHONE	7	18	7	**19**
VAR	3*	8*	3*	8*
VAUCLUSE	1	3	1	3

* dont HIA

TOMOGRAPHES A EMISSION DE POSITONS

TERRITOIRE	2011		2016	
	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS
ALPES DE HAUTE PROVENCE	-	-	-	-
HAUTES ALPES	-	-	-	-
ALPES MARITIMES	3	3	3	3
BOUCHES DU RHONE	5	5	5	**6**
VAR	2*	2*	2*	2*
VAUCLUSE	1	1	1	1

*dont HIA

4.17.3 Evaluation de l'activité

Depuis 2007, le COTER d'imagerie nucléaire a mis en place un tableau de bord d'évaluation de l'activité annuelle en région PACA à partir d'une série d'indicateurs.
Ce tableau de bord est présenté annuellement au COTER.

Ces éléments sont également à fournir pour toutes demandes d'autorisation (ou de renouvellement) ou de renouvellement d'autorisation avec changement de matériel

GAMMAS CAMERAS

DONNEES GENERALES
HEURES D'OUVERTURE DU SERVICE (pour les patients du lundi au vendredi)
NOMBRE DE GAMMAS CAMERAS DANS LE SERVICE
NOMBRE D'EXAMENS ANNUEL TOTAL
NOMBRE DE PATIENTS ANNUEL TOTAL
TEMPS MOYEN D'EXAMEN SUR CAMERA (en minutes)
PERSONNEL DU SERVICE
1- PERSONNEL EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN
2 - PERSONNEL EN EFFECTIF REEL (nombre de personnes)
INSTALLATIONS GAMMAS CAMERAS
Marque Modèle date d'autorisation en vigueur date d'installation Nombre de Gammas caméras de plus de 7 ans
ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS
NB PATIENTS RESIDANT DANS LE DEPARTEMENT DU SERVICE
NB PATIENTS HORS DEPARTEMENT dont Alpes de Haute Provence dont Hautes Alpes dont Alpes Maritimes dont Bouches du Rhône dont Var dont Vaucluse dont Corse dont autres départements
NON RENSEIGNES
VENTILATION DES EXAMENS
NB ANNUEL D'EXAMENS OS
NB ANNUEL D'EXAMENS CŒUR (effort - repos le même jour : 2)
NB ANNUEL D'EXAMENS POUMON (ventilation - -perfusion : 2)
NB ANNUEL D'EXAMENS CERVEAU

NB ANNUEL D'EXAMENS REIN

NB ANNUEL D'EXAMENS APPAREIL ENDOCRINIEN

NB ANNUEL D'EXAMENS GANGLION SENTINELLE

NB ANNUEL D'EXAMENS DIVERS

NB ANNUEL D'ACTES THERAPEUTIQUES

NON RENSEIGNES

ACCES A UN PLATEAU TECHNIQUE : sur le site ou par convention

ACCES A USIC

ACCES SERVICE DE PEDIATRIE

ACCES SCANNER

ACCES IRM

ACCES CORONAROGRAPHIE

ACCES TEP

ASPECTS QUALITATIFS

NB ANNUEL DE DECLARATIONS D'EVENEMENTS INDESIRABLES

- Hospitalisation en urgence (en relation avec l'examen)
- Rédaction d'un rapport (interne au service ou pour la direction) en lien avec l'examen
- Déclaration ASN

TEP

DONNEES GENERALES

NOMBRE D'EXAMENS ANNUEL TEP

NOMBRE DE PATIENTS ANNUEL

NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE D'ACCES SUR TEP

TEMPS MOYEN D'EXAMEN SUR PET CT en minutes

INSTALLATION TEP

site d'implantation

Marque

Modèle

date d'autorisation

date d'installation

Lieux d'approvisionnement

ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS TEP

NB PATIENTS RESIDANT DANS LE DEPARTEMENT D'IMPLANTATION DU CENTRE

NB PATIENTS HORS DEPARTEMENT

dont Alpes de haute Provence
dont hautes Alpes
dont Alpes Maritimes
dont Bouches du Rhône
dont Var
dont Vaucluse
dont Corse
dont autres départements

NON RENSEIGNES

CONTEXTE D'INDICATION
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR BILAN D'EXTENSION
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR DIAGNOSTIC INITIAL (BENIN / MALIN)
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR RECIDIVE
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR SUIVI TRAITEMENT
NB ANNUEL D'EXAMENS AUTRES (NEURO…)

NON RENSEIGNES

TYPE DES EXPLORATIONS
1-18 F FDG
NB ANNUEL D'EXAMENS COLON RECTUM
NB ANNUEL D'EXAMENS HEMATOLOGIE
NB ANNUEL D'EXAMENS POUMON
NB ANNUEL D'EXAMENS SEIN GYNECOLOGIE
NB ANNUEL D'EXAMENS CERVEAU
NB ANNUEL D'EXAMENS ORL
NB ANNUEL D'EXAMENS AUTRES (MELANOME, REIN…)
NON RENSEIGNES
2-Autres molécules hors FDG
ASPECTS QUALITATIFS
NB ANNUEL DE DECLARATIONS D'EVENEMENTS INDESIRABLES
NB ANNUEL D'EXAMENS ANNULES OU REPORTES POUR PB D'APPROVISIONNEMENT
NB PATIENTS ANNUEL PRIS EN CHARGE AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RCP
% ANNUEL D'EXAMENS TEP COMMENTES EN RCP

SOINS PALLIATIFS

4.18 Soins palliatifs

4.18.1 Rappels de l'existant et du contexte

4.18.1.1 Les Unités de soins palliatifs (USP) :

9 USP sont autorisées. La demande reste incomplètement satisfaite.

4.18.1.2 Les Lits Identifiés en soins palliatifs (LISP)

La région comporte 166 lits identifiés en MCO et 68 lits identifiés en SSR mais il faut encore poursuivre la couverture géographique et notamment dans le secteur des soins de suite.

4.18.1.3 Les Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP)

La région dispose de 25 équipes mobiles. Les EMSP ont un large champ d'action qui évolue afin de diffuser la culture palliative au sein des EHPAD et aussi auprès des unités de soins de longue durée. Il faut maintenir leur capacité.

4.18.1.4 Les Réseaux de soins palliatifs

Les réseaux de soins palliatifs ont été développés dans les 6 départements de la région. Afin d'améliorer l'accès aux compétences dans ce domaine, des rapprochements entre EMSP et réseau se mettent en place sur certains territoires permettant une meilleure lisibilité pour les patients et les professionnels de proximité.

4.18.1.5 Les autres acteurs des soins palliatifs

Il est important de souligner le rôle joué par **les associations de bénévoles** qui œuvrent dans les structures d'hospitalisation, mais aussi à domicile en relation avec les réseaux et/ou les équipes mobiles.
Plusieurs associations sont représentées dans la région. Il est rappelé que les bénévoles qui interviennent auprès des patients en soins palliatifs doivent avoir reçu une formation et doivent participer à des actualisations de cette connaissance en lien avec les EMSP.
Un autre mode de prise en charge en soins palliatifs se fait par les **structures d'hospitalisation à domicile** (HAD). Il importe que ces prises en charge soient effectuées par des personnes titulaires de formations reconnues en soins palliatifs. L'identification des intervenants à domicile doit être facilitée afin que les patient et ses proches aient un réel bénéfice et une bonne visibilité de ceux-ci.
Enfin, il existe au sein de la région une **association régionale des soins palliatifs** (APSP), regroupant les acteurs impliqués dans ces prises en charge quel que soit le mode sur lequel ils interviennent. L'organisation s'appuiera sur elle.
Pour être complet, il existe une offre d'appartements de coordination thérapeutique à Nice pour les populations relevant de soins palliatifs et sans domicile. Le dispositif est supervisé par l'équipe mobile de soins palliatifs du centre Antoine Lacassagne.

4.18.2 Evolutions prévisibles : les orientations régionales

Le partenariat entre les structures ayant une reconnaissance d'offre de soins palliatifs doit se concrétiser. Toutes les structures ayant des lits identifiés doivent faire appel à une EMSP avec laquelle elles contractualisent pour un passage régulier de cette équipe et des réunions interdisciplinaires avec les acteurs confrontés à ce type de prise en charge. Une convention avec une USP doit permettre par ailleurs de garantir la prise en charge des cas complexes.

Les EMSP se trouvant dans des structures bénéficiant aussi d'une USP, doivent avoir des locaux regroupés avec ces USP afin d'accroitre la lisibilité au sein de la structure et de permettre des collaborations réelles.

L'évaluation du service rendu par les structures détentrices de lits identifiés sera poursuivie de façon à assurer une offre de soins concrète, quitte à modifier la reconnaissance contractuelle antérieure en cas de service rendu inefficient.

4.18.3 Objectifs

4.18.3.1 Organiser le parcours du patient

4.18.3.1.1 Les personnes âgées

Développer la culture palliative dans les unités de soins de longue durée et les hôpitaux locaux : Apprécier l'extension réelle du programme MOBIQUAL (mobilisation pour l'amélioration de la qualité et des pratiques professionnelles) au bénéfice des personnels des USLD et des hôpitaux locaux.
Evaluation : nombre d'actions de formation, nombre de personnes formées annuellement

Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.
Cette action a été initiée spontanément par quelques équipes mobiles de la région Paca qui avaient été sollicitées par des EHPAD (formation du personnel, interventions ponctuelles, sensibilisation de toutes les équipes mobiles et de leurs directions, renfort de certaines équipes mobiles en personnel d'encadrement, afin de mettre en place les formations dans les EHPAD). Ce programme va être poursuivi avec des évaluations annuelles
Evaluation : nombre de conventions signées entre EMSP et EHPAD, nombre de personnes formées, nombre de soutiens apportés.

Poursuivre l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Le but est de pouvoir apporter aux personnes en fin de vie résidant en EHPAD, la possibilité de rester sur place tout en bénéficiant de l'accompagnement par du personnel formé de jour mais aussi de nuit, et d'éviter des hospitalisations en urgence notamment lors des symptômes de détresse. Cette expérimentation a débuté dans la deuxième partie de l'année 2010 et elle est encore en cours.
Evaluation : Outre les données quantitatives de personnel nécessaire de nuit, un indicateur qualitatif sera le nombre de résidents hospitalisés en fin de vie pendant l'expérimentation.

Faciliter la prise en charge en hébergement temporaire de personnes âgées en soins palliatifs pour soulager les aidants et les proches : Expérimenter des lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées au sein des EHPAD. Cette action ne pourra être mise en place qu'après l'expérimentation des infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD.
Evaluation : nombre de places d'hébergement temporaire créées et nombre de personnes hébergées dans ces lits par an

4.18.3.1.2 Les enfants

Identifier des lits de soins palliatifs dans les unités pédiatriques ayant à gérer la fin de vie pour les enfants : Des besoins de lits identifiés en pédiatrie en dehors de la cancérologie ont été identifiés. La mise en place de ces lits identifiés se fera en fonction des compétences des équipes en soins palliatifs et de l'organisation des unités repérées.
Créer au niveau régional une équipe ressource régionale de soins Le projet sera commun aux deux CHU. Cette équipe devra pouvoir s'appuyer sur des relais de proximité reconnus.

Soutenir l'acquisition de compétences pédiatriques au sein des équipes mobiles de soins palliatifs : Un travail sera à développer entre l'équipe ressource régionale et les EMSP.

Développer la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques en HAD
Création de lieux de répit : une réflexion avec les territoires sera engagée en ce sens.

4.18.3.1.3 Développer la recherche en soins palliatifs

Levier pour lutter contre l'insuffisante culture palliative chez les médecins, élément essentiel de la reconnaissance universitaire des soins palliatifs, la recherche est une des missions des unités de soins palliatifs.
Mise en place d'une unité d'aide à la recherche clinique en soins palliatifs en appui auprès d'une structure de recherche clinique ayant fait ses preuves : dès 2011, mise en place d'un médecin méthodologiste et d'un comité de pilotage sur la base d'un projet validé.

4.18.3.1.4 Soutenir l'innovation dans le domaine des soins palliatifs

L'ARS accompagnera quelques projets de maisons de répit permettant une meilleure qualité de la fin de vie des malades et le soutien de leurs accompagnants.

4.18.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience

Améliorer la qualité de la prise en charge palliative dans l'ensemble des structures de soins

La qualité passe tout d'abord par le respect des référentiels en terme de personnels mis à disposition auprès des patients en fin de vie afin qu'ils soient pris en charge le mieux possible et en leur accordant le temps qu'ils nécessitent.
La réflexion éthique, les échanges pluridisciplinaires et les supervisions externes doivent être mis en place au niveau de chaque structure dotée d'une reconnaissance de moyens en soins palliatifs.

Améliorer l'efficience des moyens de prise en charge

Des réflexions sur les mutualisations de compétences d'une part et sur les organisations coordonnées des différents services (USP, EMSP, LISP, réseaux, HAD) œuvrant à la prise en charge des personnes en fin de vie seront poursuivies sur l'ensemble de la région.

4.18.4 Suivi et indicateurs

Chaque structure rend un rapport annuel d'activité à l'ARS, précisant ses effectifs, ses différentes activités y compris le détail des prises en charge, selon le modèle régional établi par l'ARS.

L'équipe de recherche produira un rapport annuel d'activité pour l'ARS détaillant les missions accomplies pendant l'année écoulée, le rôle joué dans les projets et les contacts développés auprès des acteurs des soins palliatifs pour mener ces projets. Les indicateurs de production sont les suivants : Nombre de projets encadrés, Nombre de projets déposés, Nombre de projets financés : dont nombre

de projets inscrits dans le cadre des PHRC en relation avec les soins palliatifs ou la fin de vie, Nombre de projets multi centriques PACA et nationaux, Montant financier mobilisé, Nombre d'inclusions faites, Nombre d'études en cours conformes au calendrier, Nombre de communications, Nombre de publications.

SOINS AUX PERSONNES DETENUES

4.19 Soins aux personnes détenues

4.19.1 L'existant et le contexte (année 2009)

4.19.1.1 L'offre : implantation des unités sanitaires

Dpt	Etablissements de santé somatique	Etablissements de santé psychiatrique	Etablissements pénitentiaires	Capacité 2009	Moyenne journalière	JDD totales
04	CH Digne	CH Digne				
05	CH Gap	CH Laragne	MA Gap	38	38	13 938
06	CH Grasse	CH Grasse	MA Grasse	574	755	275 597
	CHU Nice	CHU Nice	MA Nice	450	534	194 731
13	CHPA	CH Montperrin	MA Luynes	562	813	296 882
	CH Arles	CH Arles	MC Arles	45	38	3 387
	CH Salon	CH Montperrin	CD Salon	651	642	234 411
	CH Arles	CH Montfavet	CD Tarascon	697	701	242 090
	AP-HM	AP-HM	EPM	60	51	18 644
	AP-HM	AP-HM	CP Baumettes	1389	1969	718 689
83	CH Draguignan	CH Draguignan	CP Draguignan	367	529	193 263
	CHITS	CH Pierrefeu	CP La Farlède	567	781	284 928
84	CH Avignon	CH Montfavet	CP Le Pontet	601	800	292 041
				5994	**7659**	**2 785 516**

Maison d'arrêt : MA Centre de détention : CD Centre pénitentiaire : CP
Maison Centrale : MC Etablissement pénitentiaire pour mineurs : EPM
JDD : journées de détention

4.19.1.2 L'activité somatique et psychiatrique

Dpt	Etablissements pénitentiaires	Consultations somatiques							Consultations psychiatriques					
		Médecine générale		Spécialistes		Dentaires		IDE	Psychiatres		Psychologues		Actes Infirmiers	
		Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu
04	Digne	452	10	0	0	50	1	11 634						
05	Gap	562	15	0	0	54	1		89	2	92	2	49	1
06	Grasse	4 421	6	1764	2	2651	4	75 429	1 929	3	4 892	6		
	Nice	6 926	13	1549	3	1915	4	66 315	3 655	7	1 160	2	3 553	7
13	Luynes	4 945	6		0	1900	2	33 268	2 560	3	1 484	2	5 093	6
	Arles	135	4	15	0	35	1	664	34	1	64	2	324	9
	Salon	3 888	6	1049	2	607	1	67 123	2 673	4	1 837	3	2 782	4
	Tarascon	4 569	7	595	1	2053	3	34 483	1 145	2	1 979	3	10 091	15
	EPM	426	8	0	0	258	5	2 139	760	15	413	8		

	Baumettes	5 978	3	3022	2	3550	2	207 926	17 450	9			19 791	10
83	Draguignan	3 208	6	223	0	1599	3	12 873	716	1	2 221	4	1 308	2
	La Farlède	7 445	10	204	0	1548	2	5 257	4 265	5	1 978	3	14 872	19
84	Le Pontet	5 431	7	380	0	735	1	16 742	2 128	3	1 892	2	26 682	33
	PACA	**47 934**	**6**	**8 801**	**1**	**16 905**	**2**	**522 219**	**37 404**	**5**	**18 012**	**2**	**84 545**	**11**

4.19.1.3 Les professionnels de santé

Dpt	Personnels en somatique							Personnels en psychiatrie				
	Etab. pénitentiaires	MG	Spécialistes	Dentistes	Infirmiers	Total ETP	Total ETP pour 100 détenus	Psychiatre	Psychologue	Infirmier	Total ETP	Total ETP pour 100 détenus
04	Digne	0,3	0	0,1	2	2,6	5,6	0,1	0,4	0	0,5	1,1
05	Gap	0,1	0	0	1	2,1	5,5	0,1	0,1	0,1	0,3	0,8
06	Grasse	1,6	0,3	1	5,8	13,6	1,8	0,9	3,9	1	6,2	0,8
	Nice	1,6	0,2	1	4,9	17,6	3,3	2,5	1,5	10	19,5	3,7
13	Aix - Luynes	1,8	0,3	1	5,2	12,1	1,5	2,5	3	3	9,1	1,1
	Arles	0,5	0,1	0,1	2	5,2	13,7	0,4	0,1	1	2	5,3
	Salon	1	0,4	0,4	4,8	11,1	1,7	1	2	2	5,6	0,9
	Tarascon	1	0,2	0,5	5,3	12,5	1,9	1	2,5	2,8	7,1	1,1
	Marseille - EPM	0,3	0	0,2	2	3,5	6,9	0,3	1	0	1,3	2,5
	Marseille - Baumettes	3,1	2,4	2,4	22,4	36,8	1,9	8	3,9	16,6	34,1	1,7
83	Draguignan	1,5		0,6	5,4	10,5	2	0,6	2	1,5	4,6	0,9
	Toulon - La Farlède	1,8	0,2	1	8,6	18,5	2,4	2,8	2,5	4,5	11,9	1,5
84	Avignon - Le Pontet	1,5	4	0,4	7	19,9	2,5	3	3	5,3	12,1	1,5
	PACA	**16,1**	**8,1**	**8,7**	**76,4**	**165,9**	**2,2**	**23,2**	**25,9**	**47,8**	**114,2**	**1,5**

<u>Commentaires :</u>

L'offre de soins apportée par les établissements de santé est globalement satisfaisante :

- au sein des établissements pénitentiaires : les unités sanitaires, somatiques et psychiatriques, sont dotées de personnels compétents, d'un équipement qui s'améliore au fil des ans et réalisent une activité toujours croissante. Il faut néanmoins porter une attention particulière à la prise en charge des problèmes d'addictologie et à l'offre en soins dentaires.

Dans les unités d'hospitalisation sécurisée interrégionale (UHSIR) et dans les chambres sécurisées pour les hospitalisations de courte durée.

Des difficultés persistent :

- pour les extractions des patients (qui ne sont pas toujours réalisées dans des délais convenables) et pour leur surveillance par les personnels de police au sein des établissements de santé.
- pour les hospitalisations psychiatriques sous contrainte, il est nécessaire d'améliorer, dans les services de psychiatrie, les conditions d'accueil et de soins des patients détenus.

Le dispositif d'hospitalisation psychiatrique sera complété en 2014 par une unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) à Marseille.

4.19.2 Evolutions prévisibles

4.19.2.1 La démographie des professionnels

La diminution du nombre de médecins dans les cinq prochaines années aura un impact négatif sur la présence médicale dans les unités sanitaires.

D'ores et déjà la présence des chirurgiens dentistes est devenue très problématique.

4.19.2.2 Les structures pénitentiaires

Des évolutions sont prévues :

- La réorganisation du centre pénitentiaire de Marseille avec la création de Baumettes - 2 (500 places) et Baumettes-3 (700 places).
- Le centre de détention supplémentaire de 700 places sur Aix Luynes.
- La reconstruction du centre de détention de Draguignan.

4.19.2.3 L'évolution des besoins de santé

La morbidité psychiatrique de la population pénale s'accroît et s'aggrave (responsabilisation pénale accrue des délinquants malades mentaux, précarisation sanitaire et sociale des personnes souffrant de troubles mentaux en population générale)

Les addictions et les pathologies infectieuses chez les entrants en prison :

- plus de la moitié des entrants présentent un problème lié à une consommation de substances psycho actives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) nécessitant une prise en charge.
- la fréquence des comorbidités infectieuses et psychiatriques est particulièrement élevée.

4.19.3 Objectifs

4.19.3.1 Organiser le parcours du patient

Eviter les ruptures de droits et de soins, en s'appuyant sur un parcours « domicile-détention » à l'entrée en détention, lors d'un transfert entre établissements pénitentiaires et au moment de la libération de la personne.

- Déterminer un projet médical commun
  L'élaboration de ce projet, commun entre le somatique, la psychiatrie et l'addictologie, est un élément clé de cette bonne articulation. Ce projet traitera du parcours durant la détention (accueil des arrivants, suivi médical durant la détention, préparation des relais à la sortie) et de la réponse à l'urgence.

- Formaliser et mettre en place une organisation coordonnée

Cette formalisation passe par une bonne articulation entre les soins somatiques, psychiatriques et l'addictologie et par le développement des systèmes d'information.

- Développer la télémédecine (lien avec le volet télémédecine du SROS)
  La télémédecine est à privilégier notamment dans l'optique d'améliorer les soins en prison en raison de la difficulté des extractions pour consultation à l'hôpital.

- Organiser les relais sanitaires et sociaux à la sortie
  Ces relais sont indispensables, en amont et en aval de la détention, pour éviter les ruptures de prise en charge pour les personnes suivies durant leur détention par une équipe médicale. Toute personne doit pouvoir bénéficier à sa sortie de prison d'une proposition concrète pour une prise en charge adaptée à ses besoins.

4.19.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience

- Objectiver l'état de santé des personnes détenues

Etablir un suivi épidémiologique sur quelques indicateurs ciblés, sanitaires et sociaux

- Faire connaître la médecine en milieu pénitentiaire pour attirer les professionnels

- Développer les formations initiales et continues des professionnels de santé pour favoriser les recrutements et l'adaptation à l'emploi et faire agréer de nouveaux terrains de stage pour les internes en médecine

- Elaborer, diffuser et accompagner des recommandations régionales sur les pratiques professionnelles

- Instaurer des réunions régulières ARS/Service universitaire de l'AP-HM/professionnels pour formaliser des recommandations sur des pathologies fréquentes en milieu pénitentiaire et sur les pratiques professionnelles

4.19.3.3 Recommandations pour les établissements

- ***Recommandations communes***
  - Elaborer un projet médical commun entre le somatique, la psychiatrie et l'addictologie
  - Actualiser les protocoles relatifs à la prise en charge sanitaire des personnes détenues
  - Poursuivre l'informatisation des unités sanitaires
  - Organiser une offre de soins graduée en psychiatrie et réaffirmer le rôle de coordination régionale du service médico-psychologique régional (SMPR) de Marseille, en lien avec le SMPR de Nice.
  - Conventionner avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de référence
  - Pérenniser l'offre de soins dentaire
  - Assurer une préparation à la sortie pour les sortants de prison
  - Permettre l'accueil dans l'unité psychiatrique intersectorielle départementale (UPID) du CH Pierrefeu de patients détenus en provenance d'établissements pénitentiaires de la région.

- ***Recommandations spécifiques***
  - CHU Nice et CH Sainte-Marie (Maison d'arrêt de Nice)

Impliquer les établissements hospitaliers sur le programme architectural de l'unité sanitaire dans le cadre de la construction d'une nouvelle maison d'arrêt à Nice (2015), relocaliser et aménager dans le pôle des urgences du nouvel hôpital Pasteur 2 les chambres sécurisées, créer un centre médico-psychologique (CMP) relais post incarcération au CH Sainte-Marie, programmer l'ouverture de l'UHSA (40 lits).

- CH Grasse (Maison d'arrêt de Grasse)
  Impliquer les équipes sanitaires dans le projet d'extension de l'unité sanitaire, développer la prise en charge en pédopsychiatrie et l'ouverture d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- AP-HM (Centre pénitentiaire de Marseille, EPM, UHSIR et UHSA)
  Suivre les travaux concernant l'unité sanitaire des Baumettes, gérer la prise en charge sanitaire durant la période transitoire jusqu'à l'ouverture complète des deux sites (Baumettes 2 et 3), réévaluer les besoins en prestations, somatiques et psychiatriques à l'EPM, améliorer la prise en charge des mineures incarcérées avec les femmes, réétudier le dimensionnement de l'UHSIR (rapport IGAS/IGS), et finaliser l'UHSA.

- CHPA et CH Montperrin (Maison d'arrêt d'Aix-Luynes)
  Maintenir la polyvalence des personnels médicaux et soignants entre le service des urgences et l'UCSA, installer deux chambres sécurisées au CHPA à proximité du service des urgences et engager une réflexion avec l'AP-HM pour assurer les autres hospitalisations de courte durée à l'UHSI (notamment dans le cadre de l'ouverture du deuxième établissement pénitentiaire de Luynes), renforcer les groupes de parole pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel au sein du CATTP (AICS).

- CH Salon-de-Provence et CH Montperrin (Centre de détention de Salon-de-Provence)
  Répondre à la spécialisation du centre de détention de Salon pour recevoir les AICS avec création au sein du CD d'un CATTP pour répondre aux besoins de cette population et au CH de Montperrin d'un centre de consultations spécialisées, lieu de soins pour des personnes sortant de prison, qui demandent la poursuite de leurs soins. Ce travail doit s'articuler avec l'équipe intervenant à Luynes et le Centre Ressource Régional des AICS.

- Etablir, sur Luynes et Salon, un protocole précisant le partenariat entre l'unité de consultation et de soins ambulatoires(UCSA), le service de soins psychiatriques ambulatoires aux personnes détenues (SPAD), le CSAPA en matière de prise en charge des addictions ainsi que les articulations avec les services pénitentiaire et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

4.19.4 Le suivi et les indicateurs

Objectif général	Objectif opérationnel	Indicateur	Source
Organiser le parcours du patient	déterminer un projet médical commun	nb d'unité sanitaire ayant élaboré un projet médical commun	enquête annuelle établts
Organiser le parcours du patient	formaliser une organisation coordonnée	nb d'unité sanitaire ayant mis en place le dossier médical unique	enquête annuelle établts
Organiser le parcours du patient	développer la télémédecine	nb d'expérimentation de télémédecine en cours, par type	ARS - prog télémédecine
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	mise à disposition des unités sanitaires d'un cahier des charges de la consultation de sortie	groupe régional APHM-ARS
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	nb de places d'hébergement dédiées	groupe de travail ARS-DRJ
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	nb de places en appartement de coordination thérapeutique dédiées	ARS - SROMS
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de déclaration obligatoire (par type)	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes en ALD par ALD	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de décès en détention par type de décès	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes sous TSO, par type	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes avec la CMUC lors de la consultation de sortie	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'internes en stage dans les lieux agréés	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'étudiants dentaires en stage en milieu pénitentiaire	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'infirmiers en stage en milieu pénitentiaire	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'aides soignantes en milieu pénitentiaire en formation d'assistante dentaire	enquête annuelle établts
Améliorer la qualité et l'efficience	élaborer des recommandations	nb de recommandations validées (somatique, psychiatrie, addictologie)	groupe régional APHM-ARS

5 Autres domaines d'organisation de l'offre de soins

5.1 Eléments planification biologie médicale

5.1.1 Contexte de la reforme

L'article 69 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009 a permis au gouvernement de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.
Cette réforme est l'aboutissement d'études réalisées depuis le milieu des années 2000. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), en 2006, a posé les bases de la nécessité de réformer la Biologie, en constatant que, malgré un niveau global de qualité des examens satisfaisant, il restait des insuffisances incompatibles avec les besoins en matière de santé publique.
Ensuite, le rapport dit ''Ballereau'' de 2008 a jeté les bases de la réforme actuelle qui intervient 33 ans après la dernière réforme générale de la biologie (la loi du 11 juillet 1975) et 20 ans après l'instauration des Sociétés d'Exercice Libéral.

Ainsi l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui entreprend un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale.

Elle comprend plusieurs mesures phares :

- La médicalisation
  Un examen de biologie médicale (qui comprend la phase pré-analytique, analytique et post-analytique) devient un acte médical et nécessite le renforcement du dialogue entre biologistes et cliniciens. Le rôle de conseil du biologiste pour une meilleure prise en charge du patient est affirmé.

- L'accréditation
  L'accréditation est délivrée par le Comité français d'accréditation (Cofrac), organisme national d'accréditation. Elle devient obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale, dans un délai de six ans. Elle concerne l'ensemble des trois phases pré analytique, analytique et post analytique (sans changement par rapport à 2010, propositions loi Fourcade sanctionnées par le CE).

- La coopération
  La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. La coopération entre les secteurs public et privé est facilitée, notamment au travers des groupements de coopération sanitaire. Les laboratoires de biologie médicale peuvent se regrouper en laboratoire multi-sites.

- La pluralité de l'offre de biologie médicale par une organisation territoriale
  La réforme vise à assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins, en conduisant à la fois à un regroupement des laboratoires préexistants et au maintien d'une limite territoriale de l'activité du laboratoire.

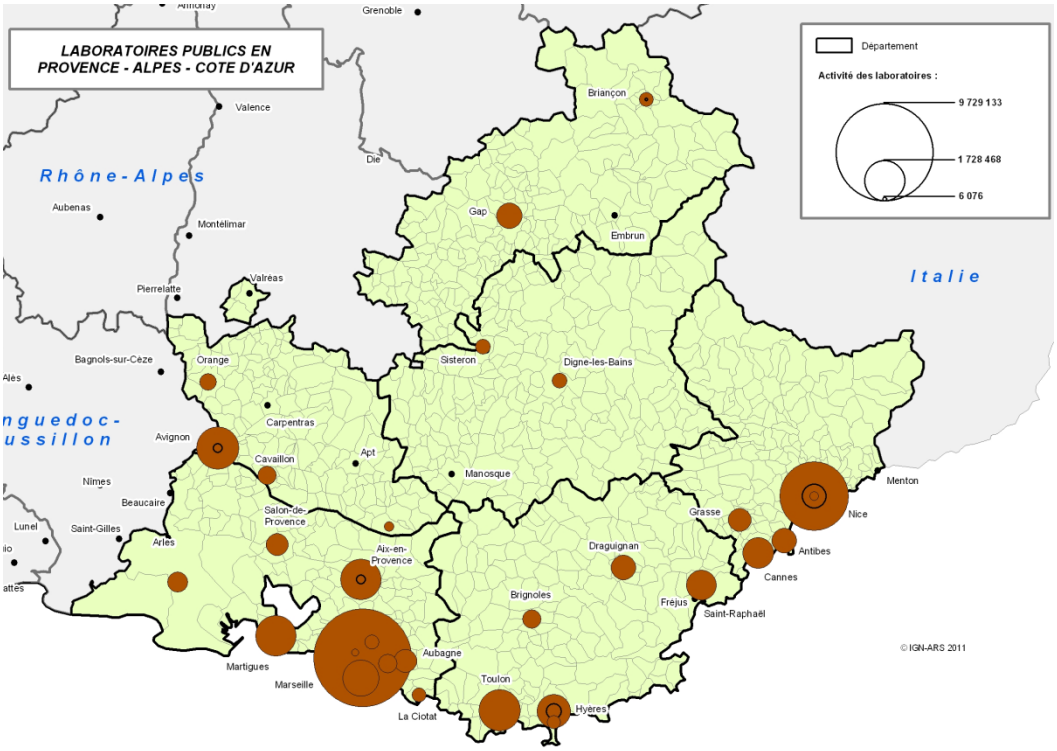
- L'édiction de règles prudentielles
  Jusqu'au 13 janvier 2010, l'implantation des laboratoires de biologie médicale (LBM) privés était libre, bien que soumise à autorisation, liée au respect de critères techniques. Désormais, un LBM peut comporter plusieurs sites, sans étendre ses activités sur plus de 3 territoires de santé limitrophes et le directeur général de l'agence régionale de santé

peut s'opposer, sous certaines conditions, à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site, à une opération d'acquisition ou de fusion de laboratoires de biologie médicale, afin d'éviter des positions monopolistiques d'opérateur sur un territoire de santé.

Les données d'activité des laboratoires cumulent à la fois le secteur public et le secteur privé. Elles seront utilisées pour définir dans le cadre du SROS, les besoins de la population exprimés en nombre d'examens de biologie médicale par territoire de santé. Cet élément déterminé, permettra de contrôler les futures implantations de laboratoires issus d'opérations de fusion, acquisition ou prise de participation.
Ainsi, cette régulation permettra de maintenir une diversité de l'offre par territoire de santé.

5.1.2 Présentation des données relatives a la biologie medicale en Paca

5.1.2.1 Biologie hospitalière



Les laboratoires hospitaliers sont localisés au sein des établissements sanitaires publics disposant à minima de services d'urgence, de chirurgie et d'une maternité. Néanmoins, on observe la présence de laboratoire au sein de quatre centres hospitaliers spécialisés, il en est de même pour les deux centres régionaux de lutte contre le cancer. Au total la région Paca dispose de 35 laboratoires de biologie médicale répartis comme suit :

	CH	PSPH	CHS	CRLC
04	2			
05	2			
06	4	1	1	1
13	8	1	2	1
83	7			
84	4		1	

PSH : établissement participant au service public – CHS : centre hospitalier spécialisé- CRLC : centre anti-cancéreux

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) développe la plus grosse activité régionale de 9 700 000 examens, dont 29% d'examens hors nomenclature, ce qui traduit une intense activité de biologie spécialisée. L'activité biologique de l'AP-HM est prépondérante, elle représente 30% de la biologie publique régionale.
En ce qui concerne le CHU de Nice, son laboratoire de biologie médicale recense environ 4 800 000 examens.

A noter que la biologie des centres hospitaliers de Manosque, de Carpentras, d'Apt est externalisée auprès de laboratoires du secteur libéral.

Par ailleurs, l'Etablissement français du sang (EFS) contribue à l'offre de la biologie médicale en réalisant les examens d'immuno-hématologie dans la perspective d'une transfusion sanguine. Les sites de l'EFS sont implantés à Gap, Cannes, Saint Laurent du Var, Aix en Provence, Arles, Marseille (3sites), Toulon et Avignon.

5.1.2.2 Biologie libérale

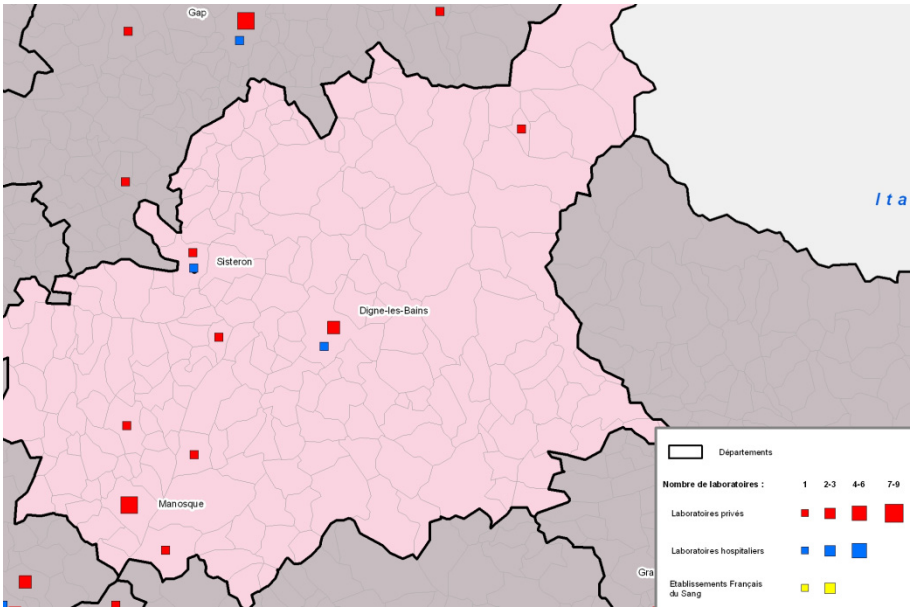
Le recueil des activités de l'ensemble des 596 laboratoires de biologie médicale est en cours.

5.1.2.2.1 Données démographiques

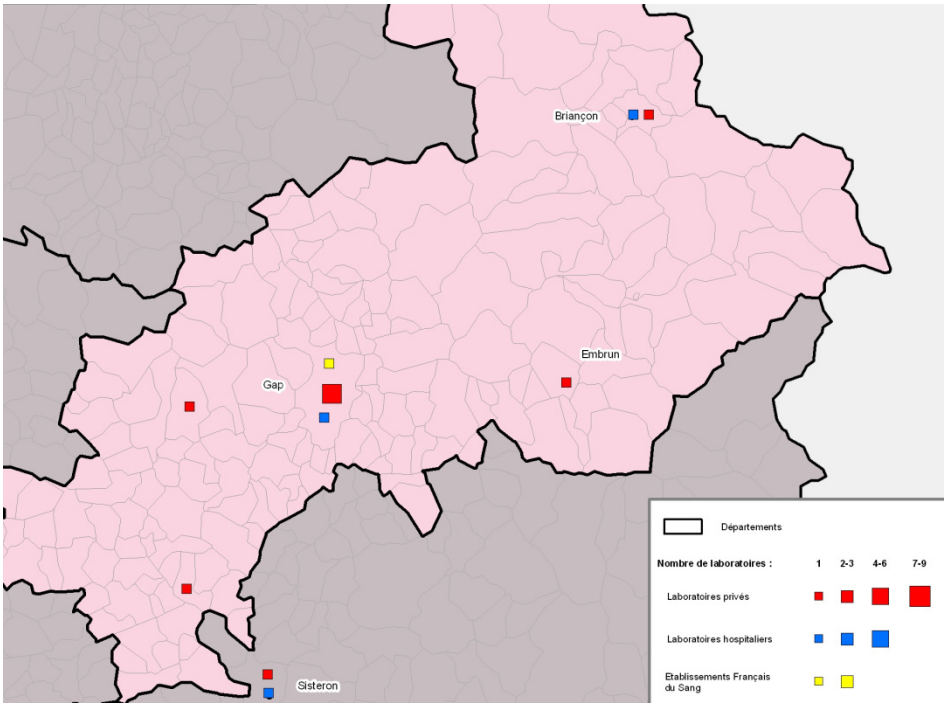
Les chiffres de la métropole objectivent une implantation d'un laboratoire de biologie médicale privé pour 22 000 habitants. La densité régionale de l'offre de la biologie médicale régionale s'élève approximativement à trois fois la moyenne nationale, elle se décline selon les départements comme suit :

	laboratoires privés	Nb habitants/ laboratoires privés	Laboratoires établissement de santé (hors armées)
Département 04	12	1/**13 000**	2
Département 05	9	1/**14 700**	2
Département 06	132	1/ **8 200**	7
Département 13	284	1/**7 000**	12
Département 83	107	1/**9 300**	7
Département 84	52	1/**10 300**	5
PACA	**596**	1/**8 100**	**35**

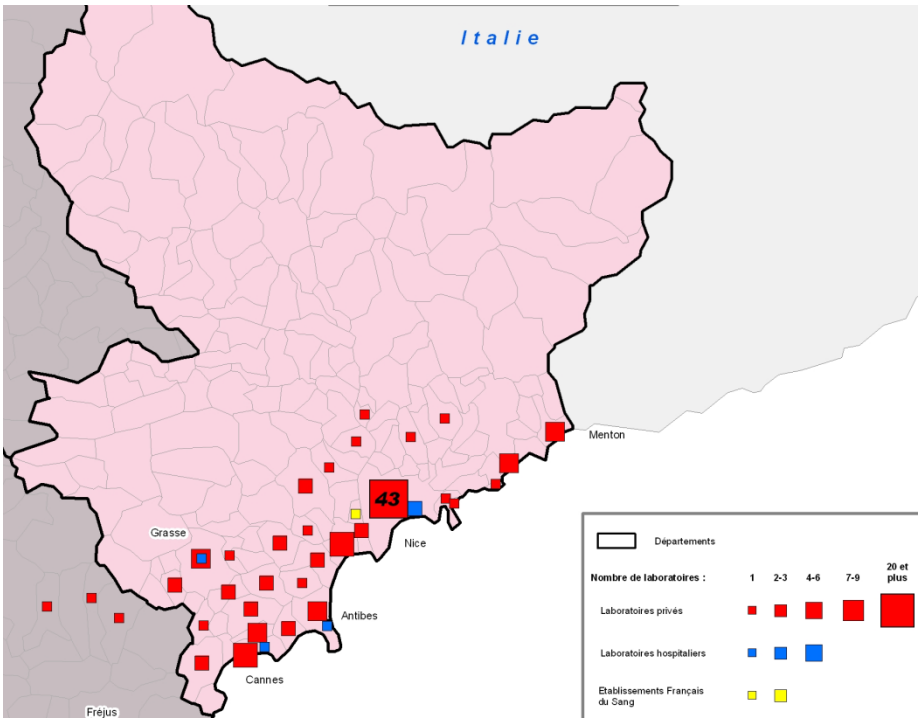
5.1.2.2.2 Cartographie des laboratoires de biologie médicale secteur libéral par territoire



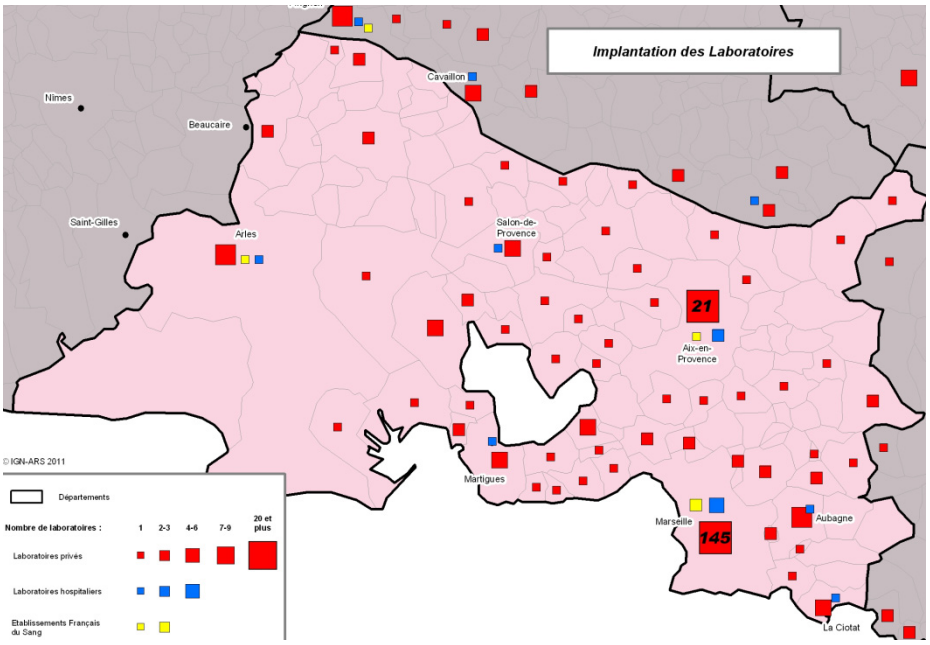
Territoire Alpes de Haute Provence



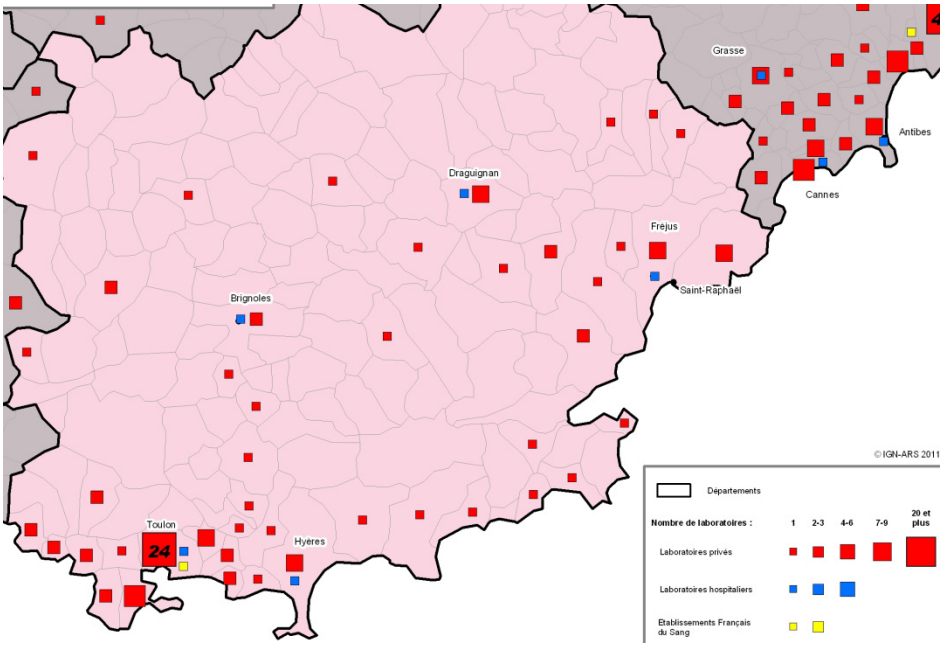
Territoire Hautes Alpes



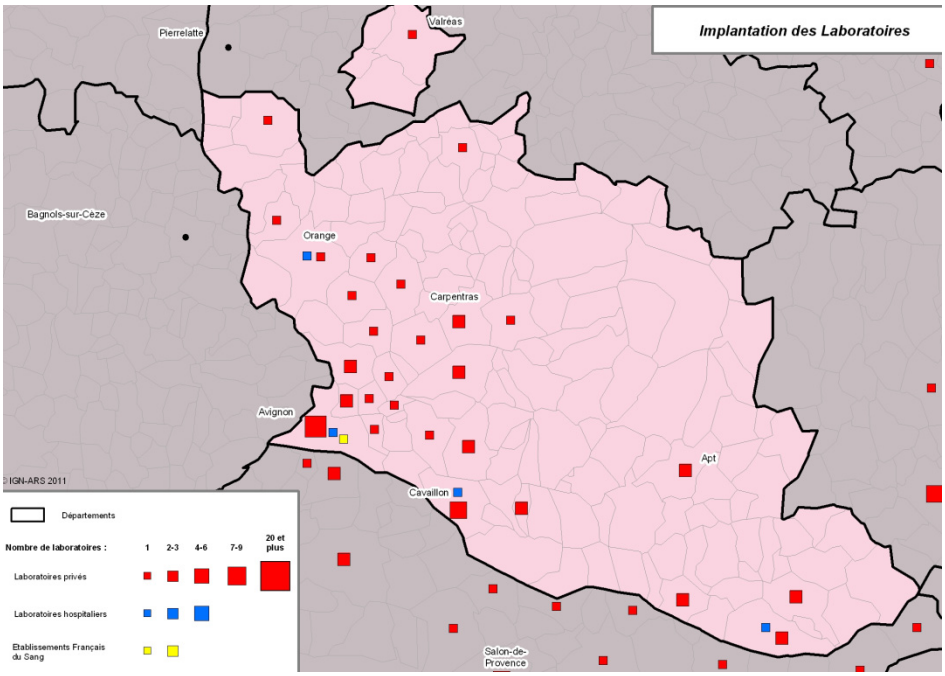
Territoire Alpes Maritimes



Territoire Bouches du Rhône



Territoire Var



Territoire Vaucluse

5.1.2.3 Couverture des besoins de la population

Au regard des éléments précités, l'ensemble des six territoires de santé sont sur-dotés en terme d'implantations de laboratoires de biologie médicale. Les besoins de la population sont couverts pour les six départements de la région Paca. Cependant, en cas de zone distante d'un laboratoire, l'article L 6211-13 permet à un professionnel de santé de réaliser la phase pré-analytique dans le respect du processus d'accréditation.

5.1.2.4 Avancée dans la démarche d'accréditation

La mise en conformité (à la norme NF EN ISO 15189, complétée le cas échéant par la norme NF EN ISO 22870) concerne tous les laboratoires publics et privés. Il est à noter que l'absence d'accréditation du LBM hospitalier remet en cause la certification de l'établissement de santé. Il est donc impérieux pour tout établissement de santé de s'assurer que son laboratoire s'est effectivement engagé dans la démarche d'accréditation.
Le calendrier provisoire, au regard des dernières évolutions réglementaires (texte voté de l'Assemblée Nationale présenté à la présidence du sénat le 24/05/2011), est le suivant :

- 1er novembre 2013 au plus tard: preuve d'entrée dans l'accréditation.
- 1er novembre 2016 : date limite d'obtention de l'accréditation « sur 100% des analyses »

Dès le mois de novembre 2016, seuls les laboratoires de biologie médicale accrédités sur 100% des examens pourront fonctionner.

5.1.3 Perspectives d'évolution

5.1.3.1 Orientations nationales

➢ **Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.**

Le regroupement des laboratoires contribue à atteindre cet objectif et doit donc être facilité. Il appartient cependant à l'ARS de veiller :

- à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale afin de maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie
- à apporter des réponses aux urgences médicales

Pour cela, les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles **L. 6222-2, L.6222-3** du code de la santé publique sont applicables[83].

Il s'agit en particulier d'apprécier si l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un site d'un LBM aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique).

➢ **Fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.**

Les implantations de laboratoire de biologie médicale (ou de leurs sites) doivent être dictées par les besoins de la population. A l'issue de la compilation de l'offre de la biologie, un ratio d'examens par habitant permettra de connaître les éventuelles parcelles de territoire de santé présentant une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (art. L. 6222-5[84] du CSP). Ainsi, les nouvelles implantations résultant d'un « transfert » de site existant ou de création de sites doivent également répondre à la satisfaction d'un besoin de la population hors d'une logique strictement concurrentielle.

5.1.3.2 Perspectives régionales

Les laboratoires de biologie médicale implantés sont en mesure d'assurer un maillage territorial satisfaisant, ils peuvent également absorber les conséquences des évolutions démographiques de la région. Les activités très spécialisées ou innovantes recourent à des plateaux techniques régionaux ou nationaux. Pour l'instant, une partie des analyses très spécialisées est réalisée au sein des laboratoires des CHU.

Les évolutions attendues de l'offre de la biologie pour les établissements de santé reposent sur la mutualisation de moyens pour permettre la réussite du processus d'accréditation, organiser une permanence de l'offre pérenne, et résoudre les problématiques inhérentes à l'éloignement géographique. L'élargissement de l'activité des laboratoires publics pour répondre aux besoins du secteur ambulatoire doit être une piste de travail. Les modes de coopération prévus par la loi HPST et

---

83 « Art. L. 6222-2. − Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9.
« Art. L. 6222-3. − Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés.

84 « Art. L. 6222-5 - Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le schéma régional d'organisation des soins et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale.

notamment les communautés hospitalières de territoire (CHT) ou les groupements de coopération sanitaire de moyen (GCS de moyens) sont des outils pour optimiser les ressources.

Il est important que les CHT considèrent l'activité de biologie médicale, et que les projets de mutualisation de laboratoires soient en cohérence avec les objectifs des CHT.

L'immuno-hématologie est une discipline très sensible avec de forts enjeux sanitaires. Actuellement elle est partagée entre les laboratoires de l'EFS, et les laboratoires publics ou privés. Elle exigera une articulation forte avec le futur schéma d'organisation de la transfusion sanguine. Cependant, il semble important de recommander que, les laboratoires de biologie médicale participant aux examens d'immuno-hématologie receveur, puissent répondre en permanence aux urgences. En outre, les exigences de fonctionnement imposeront une accréditation partielle Cofrac pour cette discipline, et une connexion ERA pour la transmission des résultats des receveurs vers l'EFS. Par ailleurs, il conviendrait de maintenir l'activité de biologie médicale pour tout dépôt de délivrance de produit sanguin localisé à plus de 50 minutes de transport d'un établissement siège d'EFS.

Les projets en cours de restructuration impliquant des laboratoires publics en région Paca :

- les laboratoires de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (regroupements),
- les laboratoires du CHU de Nice qui se regrouperaient avec le laboratoire de la fondation Lenval, ainsi qu'avec le CHS Sainte Marie,
- les centres hospitaliers du CH Pays d'Aix et de Pertuis,
- les centres hospitaliers de La Ciotat et d'Aubagne.

La permanence de l'offre de biologie médicale devra être assurée. Elle s'impose à tous les laboratoires qui assurent une prestation aux établissements de santé, notamment ceux disposant de service de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les conditions de cette permanence exigeront une évolution des systèmes d'information.

Les regroupements concernant la biologie libérale sont une étape primordiale pour se préparer à l'accréditation. Ceci est particulièrement fondé en région Paca, laquelle compte un grand nombre de laboratoire de biologie médicale de taille modeste. Ces restructurations réalisées par fusion absorption mobilisent des ressources financières importantes non extensibles. La situation connue au mois de mai 2011, indique que 265 sites correspondant aux « ex laboratoires d'analyses de biologie médicale » sont regroupés en LBM multi-sites selon la répartition par territoire de santé :

	regroupement	Effectif en site	% labo.regroupés
Département 04	1 LBM	4 sites	30 %
Département 05	0 LBM	0 sites	0 %
Département 06	9 LBM	56 sites	42 %
Département 13	21 LBM	137 sites	48 %
Département 83	8 LBM	45 sites	42 %
Département 84	5 LBM	24 sites	46 %
Région Paca	44 LBM	265 sites	44 %

Situation mai 2011 restructuration laboratoire biologie médicale

Malgré les nombreux projets de regroupement en préparation, au regard des ressources nécessaires et de la culture qualité à déployer, une part significative de laboratoire de biologie médicale sera en échec face aux exigences de l'accréditation.

Au final, la réforme de la biologie médicale va fortement remodeler le paysage de la biologie médicale en France, et le Cofrac va dessiner son panorama. En région Paca, au terme de l'échéance de novembre 2016, les implantations des laboratoires de biologie médicale et leurs organisations vont subir des transformations majeures. Une nouvelle évaluation des implantations des LBM sera nécessaire.

5.2 Eléments de planification transfusion sanguine

La mise à disposition des établissements de santé (ES) de produits sanguins labiles (PSL) est assurée par un maillage coordonné des sites de l'établissement français du sang (EFS) et des dépôts de sang des ES. Leurs implantations relèvent du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) élaboré par l'EFS, soumis après avis technique des coordonnateurs régionaux de l'hémovigilance à autorisation de l'ARS, puis signé par le ministre de la santé. Il a pour objectif d'assurer H24 l'approvisionnement et la disponibilité en PSL adaptés aux 135 ES transfuseurs de la région, tant pour les transfusions urgentes que pour les programmées.

Des conventions inter-établissements (ES-ES avec dépôt) peuvent utilement compléter le dispositif exclusivement pour l'urgence vitale immédiate. Elles ne relèvent cependant pas du SOTS.

Le maillage en 2011 ne comporte plus le Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA). Il comprend :

- 9 sites EFS,
- 9 dépôts de délivrance qui attribuent directement les PSL aux patients,
- 5 dépôts relais dans lesquels les PSL sont entreposés après délivrance nominative par l'EFS,
- 10 dépôts d'urgence qui ne disposent que de produits réservés à l'urgence vitale (Concentrés de globules rouges O+ et O-, avec ou sans plasmas AB)
- et 24 dépôts mixtes (relais et urgence vitale).

Les principaux critères d'implantation des dépôts sont : les délais d'approvisionnement notamment en urgence, les types d'activités assurés dans l'établissement, le nombre de PSL transfusés.

Le SOTS doit être en adéquation avec le SROS, sa déclinaison doit suivre en temps réel l'évolution des restructurations et des modifications d'activités, particulièrement en matière de chirurgie, d'urgence, d'obstétrique, de réanimation, de cancérologie et d'hématologie. Une attention particulière doit être portée aux structures d'HDJ pratiquant la transfusion sanguine. Celle en HAD pourrait se développer, mais les besoins en temps médicaux et paramédicaux associés à une trop faible valorisation de l'acte transfusionnel sont des facteurs limitant actuels. L'implantation progressive des sites de l'EFS dans les plus gros ES va se poursuivre au cours des prochaines années, ce qui permettra aux principaux consommateurs de disposer rapidement, et sans surcoût lié aux transports et à l'entreposage, des PSL nécessaires à leur activité. Mais d'autres ES moins importants, devront y faire face, avec parfois la mise en place d'un dépôt de sang.

La réglementation actuelle ne permet pas à un dépôt de délivrer des PSL à une autre structure juridique que celle à laquelle il appartient en dehors de l'urgence vitale, et dans le cadre d'une convention inter établissements. Cette situation pose de nombreux problèmes tant sur le plan sécuritaire qu'économique. Elle va à l'encontre des mutualisations de moyens privilégiées dans le cadre des restructurations en cours. Dans l'attente d'une évolution réglementaire (propositions en cours), des solutions transitoires doivent être recherchées au cours de ce SROS afin que des dépôts desservent les établissements d'un strict même lieu (pôle santé…).

L'évolution des pratiques conditionne aussi cette organisation avec notamment le recours plus précoce et en nombre au plasma frais congelé au cours des hémorragies massives, ou importantes et rapides, ce qui va conduire à positionner des réserves de plasma dans la plupart des dépôts d'urgence vitale et de délivrance. La part importante des hémorragies digestives liées ou non aux traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires nécessite une réflexion particulière.
L'augmentation progressive des besoins observée depuis ces dernières années (facteur âge, prise en charge élargie en hémato-cancérologie) fait l'objet d'une anticipation quantitative et qualitative. L'informatisation de la gestion des dépôts et des modalités de délivrance, facteur de sécurité devra être généralisée à tous les dépôts de délivrance, relais et mixtes avant ou lors du renouvellement des autorisations actuelles.

La DGS, la DGOS et l'EFS recommandent que la réalisation des examens immuno hématologiques des receveurs soit effectuée par le laboratoire du site EFS, ou du dépôt qui délivrent les PSL. Il conviendra de mettre en œuvre ces recommandations en prenant en compte les situations particulières de certains établissements, notamment leur éloignement. L'organisation de ces analyses et de leur efficience pour la délivrance des PSL devra faire l'objet d'une réflexion au sein de chaque établissement.

Le dispositif de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance mis en œuvre depuis plusieurs années est un révélateur puissant des problèmes qui impactent la qualité et la sécurité de l'ensemble des soins, telle la maîtrise de la gestion de l'identité des patients. Des indicateurs de suivi (5) seront proposés dans l'annexe qualité des CPOM, à savoir

- Tenue de CSTH 6/3ans (soit au minimum 2/an),
- Déclarations d'évènements indésirables receveur : 3 EIR/1000 PSL annuellement et sur 3ans,
- Déclaration d'incident grave de la chaîne transfusionnelle ou mieux, Analyse "a priori" de la chaîne transfusionnelle
- Participation tous les ans, à un EPP et à un audit de pratique transfusionnelle, comportant des analyses de pertinence ou des retards aux transfusions sanguines.
- Participation à la cellule d'identitovigilance de l'établissement.

Il conviendra aussi de suivre l'impact des évolutions en termes d'implantation et d'activité des sites EFS Alpes Méditerranée sur le maillage régional, et sur la mise à disposition des produits. De même celui du regroupement des activités de qualification biologique des dons sur quatre plateaux techniques nationaux (Montpellier pour la région PACA) pour les plaquettes notamment.

6 Principes pour la mise en œuvre et le suivi

Le suivi et l'évaluation du SROS seront réalisés sur l'évolution des indicateurs retenus. L'exercice de suivi annuel permet de dresser des bilans réguliers sur les moyens, et les réalisations et les résultats. Il sera réalisé par l'ARS.

L'évaluation de la politique globale mise en œuvre sera réalisée à mi parcours (2013) et au terme du plan (2016). L'évaluation à mi parcours interrogera la pertinence, la cohérence et les premières réalisations. Elle doit permettre d'opérer des réorientations stratégiques ou opérationnelles. L'évaluation finale, outre ces questions, pourra aborder les questions de résultats et d'impact. Pour garantir l'indépendance et la mise à distance de la démarche d'évaluation, un prestataire externe sera choisi après appel d'offres pour la réaliser.

7 Glossaire

3C	Centres de coordination en cancerologie
ABM	Agence de la biomédecine
ACA	Anesthésie et chirurgie ambulatoires (unité d'…)
ACS	Aide à la (sosucription d'une assurance) complémentaire santé
ADELI	Système d'information national sur les professionnels de la santé et du social
ADN	Acide désoxy-ribo-nucléïque (molécule porteuse de l'information génétique dans le noyau des cellules)
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement
AFSSAPS	Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé
AICS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel
AJD	Association des jeunes diabétiques

AME	Aide médicale d'Etat
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAP	Agence nationale pour l'amélioration de la performance
APF	Association des paralysés de France
APHM	Assistance publique - hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de Paris
APSP	Association pour les soins palliatifs
ARM	Auxilliaire de régulation médicale
ASA	Score ASA : score de condition physique des patients utlisé pour caractériser le niveau de risque anesthésique.
ASV	Atelier santé ville
AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVP	Accident de la voie publique
BCG	Vaccination anti-tubrculeuse
BMP	Bataillon des marins pompiers
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAP	Centre d'accueil permanent
CAQCS	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA	Certificat de capacité ambulancier
CCLIN	Comité central de lutte contre les infections nosocomiales
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CCOP	Commission de coordination pour l'offre de proximité
CECOS	Ancienne apppelation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons
CENTRE 15	Centre d'appel pour les urgences
CGH Array	"Array - Comparative genomic hybridation" : technique de génétique moléculaire utilisée pour détecter les anomalies chhromomique par comparaison (hybridation) entre un ADN de référence et l'ADN du malade
CH	Centre hospitalier
CHITS	Centre hospitalier intercommunal Toulon La Seyne
CHR	Centre hospitalier régional
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDAG	Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (SIDA et hépatites)
CIM	Classification internationale des maladies
CLAT	Centre de lutte anti tuberculeuse
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLS	Contrat local de santé : contractaulisation des différentes institutions pour développer des actions coordonnées en faveur de la santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostics : classification du PMSI MCO
CMP	Centre médico psyachologique : structure de base de la psychiatrie de secteur
CMPP	Centre médico - psycho - pédagogique
CMRR	Centre mémoire ressource et recherche (centre ressource régional pour les consultations mémoire)
CMU-C	couverture maladie universelle complémentaire
CO	Monoxyde de carbonne
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
CPP	Centre périnatal de proximité
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé

CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CRU	Voir CRUQPC
CRUQPC	Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, en établissement sanitaire
CSAPA	Centre de soins,d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTSA	Centre de transfusion sanguine des armées
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DAF	Dotation annuelle de financement (mode de financement des hôpitaux psychaitriques et SSR publics notamment
DCI	Defibrillateurs implantables
DETR	Dotation d'équipement des territoires ruraux
DGARS	Directeur général de l'ARS
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé
DMP	Dossier médical personnel (informatisé)
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DPN	Diagnostic prénatal
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
DRJSCS	Direction régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DZ	Dropping zone ou zone de posé pour un hélicoptère
EFS	Etablissement français du sang
EHCM	Société européenne de médecine hyperbare
EHPAD	Etablissement d'hénergement de personnes âgées dépendantes (médicalisé)
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EML	Equipement matériel lourd
EMRC	Equipe mobile de recherche clinique
EMSP	Equipe mobile de soins palliatfs
EPM	Etablissement pénitentiaire pour mineurs
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ESP	Espace de santé de proximité : espaces infra départementaux définis par l'ARS pour l'organisation des soins de proximité
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
EVP	Etat végétatif prolongé
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FFR	Fraction de flux de reserve coronaire
FHR	Fédération hospitalière régionale (représente la Fédération hospitalière de France en Région)
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIQCS	Fondsd'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIV	Fécondation in vitro
FNADT	Fonds national d'aménagement et de développement du territoire
FNAIR	Fédération nationale d'aide aux insuffisants renaux
FNHAD	Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FRI	Fédération de radiologie interventionnelle
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades : classification du PMSI MCO
GHPC	Groupes homogènes de prise en charge : classification du PMSI HAD
GIR	Groupe iso ressource
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute hautorité de santé
HC	Hospitalisation complète (par opposition à hospitalisation de jour)
HDJ	Hospitalisation de jour
HDN	Hospitalisation de nuit
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires loi du 21 juillet 2009

HTA	Hypertension artérielle
IA	Insémination artificielle
IADE	Infirmier(e) anesthésiste diplomé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplomé d'Etat
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICR	Instance collégiale régionale
ICSH	Indice de consommation de solutés hydro-alcooliques
IDE	Infirmier diplomé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INCa	Institut national du cancer
IRSN	Institut de radioprotection et de sécurité nucleaire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LBM	Laboratoire de biologie médicale
LISP	Lit identifié en soins palliatifs
LPP	Liste des produits et prestations
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIG	Mission d'interet general
MMG	Maison médicale de garde
MNASM	Mission d'appui nationale en santé mentale
MOBIQUAL	action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.
MPR	Médecine physique et de rééducation
MSM T21	Marqueurs sériques maternels de la trisomie 21
MST	Maladie sexuellement transmissible (= IST, infection sexuellement transmissible)
OHB	Oxygénothérapie hyperbare
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCOPACA	Réseau régional de cancérologie
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de la santé
ORU	Observatoire régional des urgences
PACS	Picture archiving and communication system : système d'archivage et de transmission d'images en imagerie médicale
PAPS	Plateforme d'appui aux professionnels de santé : site Internet d'information pour les professionnels de santé (installation, exercice coordonné…)
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PATHOS	Système d'information sur les niveaux de soins necessaires pour assurer les tratements des personnes agées
PDS	Permanence des soins
PDS ES	Permanence des soins en établissement de santé
PDSA	permanence des soins ambulatoire
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PEP	Pratique exigible prioritaire dans la certification des établissements de santé
PFT	Placement familial thérapeutique
PIJ	Psychiatrie infanto-juvénile
PMI	Service s de la protection maternelle et infantile des Conseils Généraux
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information (nomenclature des séjours hospitaliers)

PPS	Plan personalisé de soins
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées
PRS	Projet régional de santé
PSL	Produit sanguin labile
PSPH	Etablissement participant au service public hospitalier
Ptc O2	Pression transcutanée en oxygène
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RI	Radiologie interventionnelle
RIM P	Recueil d'informations médicalisées en psychatrie (MPSI psychiatrie)
RIS	Système de partage et d'archivage des images
ROR	Répertoire opérationel des ressources des établissements de santé
RPU	Resumé de passage aux urgences
RTU	Réseau territorial des urgences
RUM	Résumé d'unité médicale
SA	Semaines d'aménorhée (estimation de l'âge gestationnel en obstétrique)
SAE	Enquête déclarative conduite chaque année auprès des établissments pour connaître leur activité et leurs équipements
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicalisée d'urgence
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEP	Sclérose en plaques
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SFC	Societe francaise de cardiologie
SFR	Societé francaise de radiologie
SIH	Système d'information hospitalier
SIOS	Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SMPR	Service médico psychologique régional
SMUR	Secours médicalisé d'urgence
SOTS	Schéma d'organisation de la transfusion sanguine
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSPI	Salle de surveillance post interventionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STATISS	Annuaire des indicateurs de la santé et du social publié par l'ARS
STC	Stimulateurs triples chambre
SURVISO	Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
T21	Trisomie 21
TC	Traumatisés craniens
TEP	Tomographe par emission de positons
TIH	Transport interhospitalier
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
UEROS	Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	Unité d'hebergement renforcée
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement amenagée
UHSIR	Unité d'hospitalisation sécurisée inter regionale
UHT	Unité de haute technicité
UM	Unité médicale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNV	Unité neuro-vasculaire
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unite de soins de longue durée
USP	Unite de soins palliatifs
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

8 Index

A

Accident de la voie publique, 137
Accident du travail, 137
Accident vasculaire cérébral, 138, 184, 284, 289
Acide désoxy-ribo-nucléïque (molécule porteuse de l'information génétique dans le noyau des cellules), 105, 106, 108, 275
Agence de la biomédecine, 99
Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement, 259
Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé, 105, 106
Agence nationale pour l'amélioration de la performance, 33, 78, 296
Agence technique de l'information hospitalière, 46, 47, 69
Aide à la (sosucription d'une assurance) complémentaire santé, 13
Aide médicale d'Etat, 13, 14, 30
Ancienne apppelation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons, 99
Anesthésie et chirurgie ambulatoires (unité d'…), 73
Annuaire des indicateurs de la santé et du social publié par l'ARS, 11, 115, 282
Array - Comparative genomic hybridation, 108, 271, 273, 276, 277
Assistance médicale à la procréation, 4, 44, 97, 98, 99, 100, 102
Assistance publique - hôpitaux de Marseille, 64, 104, 106, 225, 259, 263, 270, 273, 325
Assistance publique - hôpitaux de Paris, 12, 131
Association des jeunes diabétiques, 146
Association des paralysés de France, 138
Association pour les soins palliatifs, 311
Atelier santé ville, 30
Auteurs d'infractions à caractère sexuel, 324

C

Catégorie majeure de diagnostics
classification du PMSI MCO, 81, 215, 216, 220, 243, 244
Centre d'accueil permanent, 186, 238
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, 116, 120, 123, 127, 324
Centre d'action médico-sociale précoce, 92, 120, 270
Centre de lutte anti tuberculeuse, 21
Centre de lutte contre le cancer, 39, 258, 272
Centre de réception et de régulation des appels, 181, 184, 187
Centre de soins,d'accompagnement et de prévention en addictologie, 323, 324
Centre de transfusion sanguine des armées, 334
Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (SIDA et hépatites), 21
Centre hospitalier, 68, 74, 125, 177, 202, 214, 221, 223, 224, 229, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 270, 319, 320, 323, 324, 327, 333
Centre hospitalier intercommunal Toulon La Seyne, 104, 169, 214, 216, 319
Centre hospitalier régional, 12
Centre hospitalier universitaire, 39, 50, 54, 68, 74, 97, 98, 99, 102, 104, 106, 177, 196, 197, 202, 206, 214, 215, 240, 241, 242, 248, 251, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 270, 271, 273, 275, 284, 313, 319, 323, 328, 333
Centre local d'information et de coordination, 17, 53, 135
Centre médico - psycho - pédagogique, 120
Centre médico psyachologique
structure de base de la psychiatrie de secteur, 116, 117, 120, 121, 138, 323
Centre mémoire ressource et recherche (centre ressource régional pour les consultations mémoire), 49, 284
Centre périnatal de proximité, 84, 90, 94
Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, 103, 104, 105, 107, 108, 109
Centres de coordination en cancerologie, 7, 257, 266
Classification clinique des malades aux urgences, 188
Classification internationale des maladies, 64, 191
Comité régional d'éducation pour la santé, 28
Commission de coordination pour l'offre de proximité, 2, 28
Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, en établissement sanitaire, 19
Communauté hospitalière de territoire, 18, 80, 210, 333
Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, 3, 35
Contrat local de santé
contractaulisation des différentes institutions pour développer des actions coordonnées en faveur de la santé, 30
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens., 3, 13, 19, 35, 43, 81, 90, 92, 94, 127, 143, 156, 165, 166, 167, 168, 169, 190, 219, 250, 289, 335
Contrat urbain de cohésion sociale, 28

D

Defibrillateurs implantables, 167, 168
Développement professionnel continu, 3, 17, 34, 39, 40
Diagnostic prénatal, 4, 5, 44, 97, 102, 104, 105, 107
Directeur général de l'ARS, 28
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques., 11, 12, 132
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé, 40, 111, 137, 138, 139, 140, 142, 146, 158, 161, 191, 201, 202, 262, 265
Direction régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, 28
Dossier médical personnel (informatisé), 20
Dotation annuelle de financement (mode de financement des hôpitaux psychaitriques et SSR publics notamment, 115, 198
Dotation d'équipement des territoires ruraux, 29
Durée moyenne de séjour, 55, 156, 211, 212, 217, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240

E

Enquête déclarative conduite chaque année auprès des établissments pour connaître leur activité et leurs équipements, 84, 85, 94, 112, 132, 133
Equipe mobile de gériatrie, 48, 185

Equipe mobile de recherche clinique, 259
Equipe mobile de soins palliatfs, 8, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317
Equipement matériel lourd, 36
Espace de santé de proximité
espaces infra départementaux définis par l'ARS pour l'organisation des soins de proximité, 2, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Etablissement de santé privé d'intérêt collectif, 74, 272
Etablissement d'hénergement de personnes âgées dépendantes (médicalisé), 17, 31, 32, 55, 143, 159, 160, 161, 185, 249, 311, 312
Etablissement français du sang, 90, 272, 273, 328, 333, 334, 335, 336
Etablissement participant au service public hospitalier, 111, 327
Etablissement pénitentiaire pour mineurs, 319, 320, 321, 324
Etablissements sociaux et médico-sociaux, 18
Etat végétatif prolongé, 145

F

Fécondation in vitro, 97, 98, 102
Fédération de radiologie interventionnelle, 286
Fédération nationale d'aide aux insuffisants renaux, 248
Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile, 28
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, 22, 23, 24
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, 11
Fonds national d'aménagement et de développement du territoire, 29
Fondsd'intervention pour la qualité et la coordination des soins, 29
Foyer d'accueil médicalisé, 119, 138
Fraction de flux de reserve coronaire, 167

G

Groupe iso ressource, 161
Groupement de coopération sanitaire, 28, 37, 38, 42, 169, 214, 218, 333
Groupes homogènes de malades
classification du PMSI MCO, 81
Groupes homogènes de prise en charge
classification du PMSI HAD, 55

H

Haute hautorité de santé, 61, 62, 63, 77, 78, 137, 138, 165, 260, 280, 287
Hôpital, patients, santé et territoires loi du 21 juillet 2009, 13, 15, 21, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 39, 180, 287, 326, 333
Hospitalisation à domicile, 3, 4, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 75, 78, 89, 91, 127, 143, 144, 185, 311, 313, 314, 316, 317, 335
Hospitalisation complète (par opposition à hospitalisation de jour), 69, 111, 112, 113, 128, 130, 131, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155
Hospitalisation de jour, 111, 113, 114, 116, 117, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 144, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 314, 315, 335
Hospitalisation de nuit, 111, 116, 122
Hypertension artérielle, 139, 250

I

Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, 82
Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire, 82
Indice composite de bon usage des antibiotiques, 82
Indice de consommation de solutés hydro-alcooliques, 82
Infirmier de bloc opératoire diplomé d'Etat, 77
Infirmier diplomé d'Etat, 61, 249, 320
Infirmier(e) anesthésiste diplomé(e) d'Etat, 77
Insémination artificielle, 97
Institut de formation en soins infirmiers, 28
Institut de radioprotection et de sécurité nucleaire, 286
Institut national du cancer, 99, 255, 257, 259, 260, 262, 263, 264, 265, 266, 272, 283, 287, 296
Interruption volontaire de grossesse, 86, 87, 92, 94

L

Laboratoire de biologie médicale, 272, 326, 332, 333, 334
Liste des produits et prestations, 166
Lit identifié en soins palliatifs, 8, 311, 313, 314, 315, 316, 317

M

Maison d'accueil spécialisée, 119, 138
Maison départementale des personnes handicapées, 118, 135, 137, 138
Maison des adolescents, 121
Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, 17, 31, 53
Maladie sexuellement transmissible (= IST, infection sexuellement transmissible), 87
Marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, 103
Médecine physique et de rééducation, 137, 138
Mission d'appui nationale en santé mentale, 117, 118, 119
Mission d'interet general, 41
Monoxyde de carbonne, 61, 296

O

Objectif national de dépenses d'assurance maladie, 10, 42
Objectif quantifié national, 60
Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 71
Observatoire régional de la santé, 28
Observatoire régional des urgences, 28, 30, 31, 184, 191
Organisation mondiale de la santé, 116, 118, 137
Oxygénothérapie hyperbare, 60, 61, 62, 63

P

Permanence d'accès aux soins de santé, 13, 40, 41, 183
Permanence des soins, 72, 75, 77, 117, 188, 193, 195, 196, 197, 198
permanence des soins ambulatoire, 2, 6, 33, 178, 179, 180, 187
Permanence des soins en établissement de santé, 75, 77, 193, 195, 197
Permanence des soins en établissements de santé, 3, 6, 8, 39, 44, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 286, 289, 290
Picture archiving and communication system
système d'archivage et de transmission d'images en imagerie médicale, 20, 288, 296

Placement familial thérapeutique, 120, 121
Plan personalisé de soins, 257
Plateforme d'appui aux professionnels de santé
site Internet d'information pour les professionnels de santé (installation, exercice coordonné…), 2, 28, 29
Pratique exigible prioritaire dans la certification des établissements de santé, 78
Produit sanguin labile, 90, 334, 335
Programme de médicalisation des systèmes d'information (nomenclature des séjours hospitaliers), 47, 69, 70, 81, 82, 85, 92, 94, 98, 99, 102, 169, 206, 211, 212, 218, 220, 221, 223, 226, 227, 239, 240, 241, 242, 243, 265
Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, 119
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, 41
Projet régional de santé, 15, 16, 18, 21, 40, 42, 43, 79, 116, 162, 185, 204, 207, 217, 249, 250, 253, 280, 293
Psychiatrie infanto-juvénile, 111, 112, 113, 126, 128

R

Recueil d'informations médicalisées en psychatrie (MPSI psychiatrie), 127
Répertoire opérationel des ressources des établissements de santé, 76, 77, 134, 136, 156, 165, 186, 190, 194, 204
Réseau régional de cancérologie, 99, 100, 102
Réseau territorial des urgences, 183, 184
Resumé de passage aux urgences, 184
Résumé d'unité médicale, 218
Réunion de concertation pluridisciplinaire, 257, 263, 283, 309

S

Salle de surveillance post interventionnelle, 286
Schéma d'organisation de la transfusion sanguine, 334, 335
Schéma interrégional d'organisation sanitaire, 37, 193, 195, 196, 197, 207
Schéma régional d'organisation des soins, 2, 3, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 28, 31, 38, 40, 42, 44, 55, 66, 67, 74, 76, 77, 79, 93, 97, 99, 104, 116, 120, 122, 147, 158, 160, 162, 172, 179, 181, 185, 206, 207, 214, 247, 248, 249, 250, 253, 265, 274, 275, 276, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 291, 293, 294, 295, 299, 300, 305, 322, 327, 332, 335, 336
Schéma régional d'organisation médico-sociale, 16, 17, 325
Sclérose en plaques, 138
Score ASA
score de condition physique des patients utlisé pour caractériser le niveau de risque anesthésique., 74
Secours médicalisé d'urgence, 6, 36, 172, 175, 176, 181, 182, 183, 186, 187, 286
Semaines d'aménorhée (estimation de l'âge gestationnel en obstétrique), 290
Service d'accompagnement à la vie sociale, 119
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, 119, 135, 138
Service d'aide médicalisée d'urgence, 6, 77, 90, 172, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 186, 187, 190, 203, 205, 286
Service de soins infirmiers à domicile, 31, 51, 135, 136, 138
Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, 92
Service départemental d'incendie et de secours, 172, 175, 176, 177, 179, 213
Service médico psychologique régional, 323
Service pénitentiaire d'insertion et de probation, 324
Service s de la protection maternelle et infantile des Conseils Généraux, 14, 21, 86, 88, 91, 92, 95, 146
Société européenne de médecine hyperbare, 62
Societe francaise de cardiologie, 166, 167, 168
Societé francaise de radiologie, 265
Soins de suite et de réadaptation, 5, 14, 18, 43, 49, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 186, 311, 314, 315, 316, 317
Stimulateurs triples chambre, 167, 168
Système de partage et d'archivage des images, 288
Système d'information hospitalier, 288
Système d'information national sur les professionnels de la santé et du social, 11, 85, 282, 300
Système d'information sur les niveaux de soins necessaires pour assurer les tratements des personnes agées, 161

T

Tomographe par emission de positons, 8, 299, 300, 302, 303, 304, 306, 308, 309
Transport interhospitalier, 187
Traumatisés craniens, 138
Trisomie 21, 103, 106, 108, 109

U

Union nationale des caisses d'assurance maladie, 61
Union régionale des professionnels de santé, 28, 32, 194, 250
Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, 28
Unité de chirurgie ambulatoire, 73, 81
Unité de coordination en oncogériatrie, 263
Unité de haute technicicté, 145
Unite de soins de longue durée, 5, 143, 158, 159, 160, 161, 312
Unité de soins intensifs cardiologiques, 169, 184, 198, 302, 304, 308
Unite de soins palliatifs, 8, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317
Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale, 138
Unité d'hebergement renforcée, 161
Unité d'hospitalisation de courte durée, 185, 188
Unité d'hospitalisation sécurisée inter regionale, 321, 324
Unité d'hospitalisation spécialement amenagée, 321, 323, 324
Unité médicale, 81
Unité neuro-vasculaire, 138, 183, 184, 194, 197, 198, 284

V

Vaccination anti-tubrculeuse, 91
Véhicule de secours et d'assistance aux victimes, 187

9 Annexes

ANNEXES SROS Chapitre Ambulatoire

ANNEXE TECHNIQUE 1
PRINCIPES D'ELABORATION DES ESPACES DE SANTE DE PROXIMITE (ESP)

I. Expression du besoin

En région Paca, le niveau départemental est **l'unité territoriale** de prise de décision de l'Agence Régionale de Santé dans le domaine sanitaire. Toutefois, les gestionnaires du SROS ambulatoire ont exprimé le souhait de disposer de territoires affinés (épousant les limites départementales) pour répondre à un double besoin :

celui d'étudier avec une précision et une pertinence accrues des phénomènes parfois très localisés géographiquement ;
celui de proposer des territoires – dans la mesure il est démontré que ceux-ci ne sont pas « incohérents » – susceptibles d'être ultérieurement un socle à l'organisation de l'offre de santé de proximité.

Les découpages proposés dans ce document de travail représentent donc à la fois des unités pour l'appréciation localisée de l'état de santé et de l'offre de soins, mais également des propositions concrètes de collaborations entre micro-territoires susceptibles d'aider à la recomposition de l'offre dans un contexte de raréfaction des ressources.

II. Principes généraux d'élaboration des «espaces de santé de proximité (ESP)

1) Les deux étapes de la démarche d'élaboration

La construction des ESP repose sur deux étapes :

une première étape (étape 1) essentiellement interne à l'ARS, consistait à poser les postulats de la construction, les hypothèses et les limites que l'on pouvait en attendre (cf. paragraphe suivant pour plus de détails) : elle à conduit à formuler une première proposition d'Espaces de Santé de proximité (ESP) ;

la seconde (étape 2) a consisté en un examen détaillé des compositions des territoires dans le cadre des différents groupes départementaux du SROS ambulatoire : cette étape visait amender et à améliorer les premiers découpages proposés dans le cadre de principes généraux de construction retenus par l'Agence.

2) Principes généraux de l'Agence en matière de construction des ESP

Les critères retenus

Notre démarche a consisté à opter pour une unité élémentaire de recueil des données et d'observation répondant simultanément aux critères suivantes :

finesse géographique ;
accessibilité en routine et à moindre coût au plus grand nombre de données robustes en rapport avec la santé (notamment en matière de mortalité) ;
stabilité dans le temps du découpage ;
conformité à la géographique physique ;
comparabilité nationale.

L'échelle cantonale – au sens des études de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) – est un niveau territorial apportant de réelles garanties pour la plupart de ces critères. Aucun autre découpage[85] *ad hoc* ou « administratif » ne nous semblait aussi adapté – si l'on accepte nos critères – pour répondre aux besoins d'observation des soins de santé de proximité dans notre région.

L'échelle géographique de description des soins de proximité - les « Espaces de Santé de Proximité » (ESP) - de l'agence sont l'agrégation des unités de recueils que sont les cantons FNORS.

L'échelon géographique retenu au final par l'ARS pour décrire la situation des populations et des offreurs de soins de premier recours s'appuie donc sur les cantons au sens de la FNORS. L'idée de l'ARS étant de ne pas se limiter au simple recueil de données, mais également de proposer des pistes viables de collaboration entre territoires, certains cantons jugés insuffisamment pourvus en infrastructures[86] et en populations ont fait l'objet de rattachements à d'autres cantons jugés solides appelés « pôles des espaces de santé de Proximité ».
Dans notre démarche, un canton est pôle de premier recours si au moins un omnipraticien y est implanté et si au moins quatre catégories d'offreurs parmi les cinq suivantes y sont également implantées : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pharmacies et établissements d'hébergements aux personnes âgées (EHPA). Pour valider son statut de pôle, tout canton pivot doit en outre être pourvu simultanément en biens d'équipements intermédiaires considérés comme fondamentaux en matière d'aménagement du territoire.

une grande surface au moins ;
un service social aux personnes âgées au moins ;
un collège, lequel garantit un engagement d'investissement lourd et pérenne des conseils généraux sur le territoire considéré.

Les conséquences naturelles de l'expression de ces contraintes sont qu'en milieu urbain, où les densités de populations et d'offreurs de soins sont élevées, les deux découpages territoriaux (cantons et agrégation de cantons) coïncident. Par contre, en milieu rural il est proposé d'adosser les cantons « fragiles » (donc peu pourvus en offre de premier recours et en équipements) à des « pôles pivots » voisins. Pour être validées, ces propositions de collaborations entre territoires doivent répondre aux conditions suivantes :

il doit y avoir une continuité géographique entre territoire à rattacher et territoire de rattachement ;
les temps de trajets intercommunaux doivent être « acceptables » (si possible 60 minutes au plus de commune à commune du même territoire) et cohérents avec la géographie physique ;
il doit exister des flux de population du territoire à rattacher vers les professionnels libéraux de premier recours du pôle de rattachement.

A ce stade, notre méthode débouche sur une partition incomplète de notre territoire régional. Les ensembles communaux trop éloignés font donc l'objet d'un traitement spécifique : soit d'un rattachement manuel vers le pôle le plus proche, soit conservent leur indépendance car jugés particulièrement problématiques en matière d'aménagement du territoire, notamment du fait de conditions d'isolement géographique spécifiques.

---

[85] Pour avoir un aperçu du potentiel et des limites des solutions alternatives, se référer à l'ouvrage « Inégalités socio-sanitaires en France », 2ème édition, Fnors – éditions Elsevier Masson 2010 – Annexe « échelon géographique »

[86] Par infrastructures, on entend ici l'implantation au sens de la Base Permanente des Equipements de l'INSEE (BPE 2009) de généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pharmacies, supermarché, service social aux personnes âgées, collège.

Hypothèses sous-jacentes à la démarche entreprise

Dans la toute première partie de cette annexe, nous avons affirmé que les territoires retenus ne sont pas que des briques pour l'observation mais également des « propositions concrètes de collaborations entre micro-territoires susceptibles d'aider à la recomposition de l'offre dans un contexte de raréfaction des ressources ».
Cette assertion signifie de toute évidence que tous les territoires n'ont et n'auront pas dans le futur les mêmes chances pour être des pivots de l'organisation de l'offre de santé de proximité (en particulier en cas de maintient de la liberté d'installation des offreurs de soins).
Les propositions de collaboration intègrent l'idée que l'accroissement des disparités en matière de desserte à l'offre de soins - qui ne manqueront pas de se produire - DOIVENT ET DEVRONT - faire l'objet de péréquations locales, donc promouvoir des organisations en compensant les effets délétères.
Dans le cadre de ces travaux, les propositions de collaboration entre territoires s'inscrivent en dehors de toute réalité politique : on peut très bien concevoir leur non viabilité si l'on se réfère à ce critère unique. Toutefois, elles génèrent un avertissement en direction des ensembles communaux les plus fragiles.

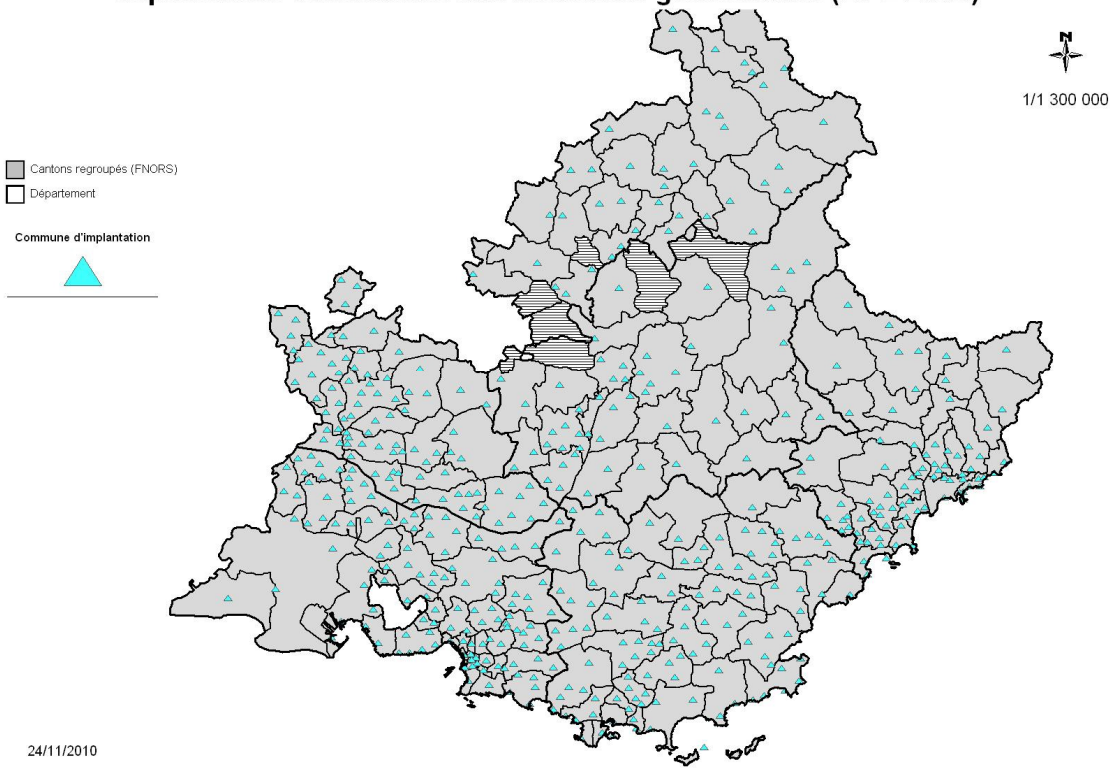
III. Résultats, étape par étape, de la démarche de construction des territoires

Etape 1 : construction des ESP et première formulation de découpages par l'ARS

Etape 1.1 : prise en considération de l'offre de santé de proximité

Les pseudo-cantons regroupés de la FNORS pourvus en généralistes (omnipraticiens libéraux plus précisément) sont candidats pour être des pôles de santé de proximité. A ce stade, six cantons seulement, très peu peuplés font office d'exception (carte 1 : cantons à rayures horizontales).
Carte 1

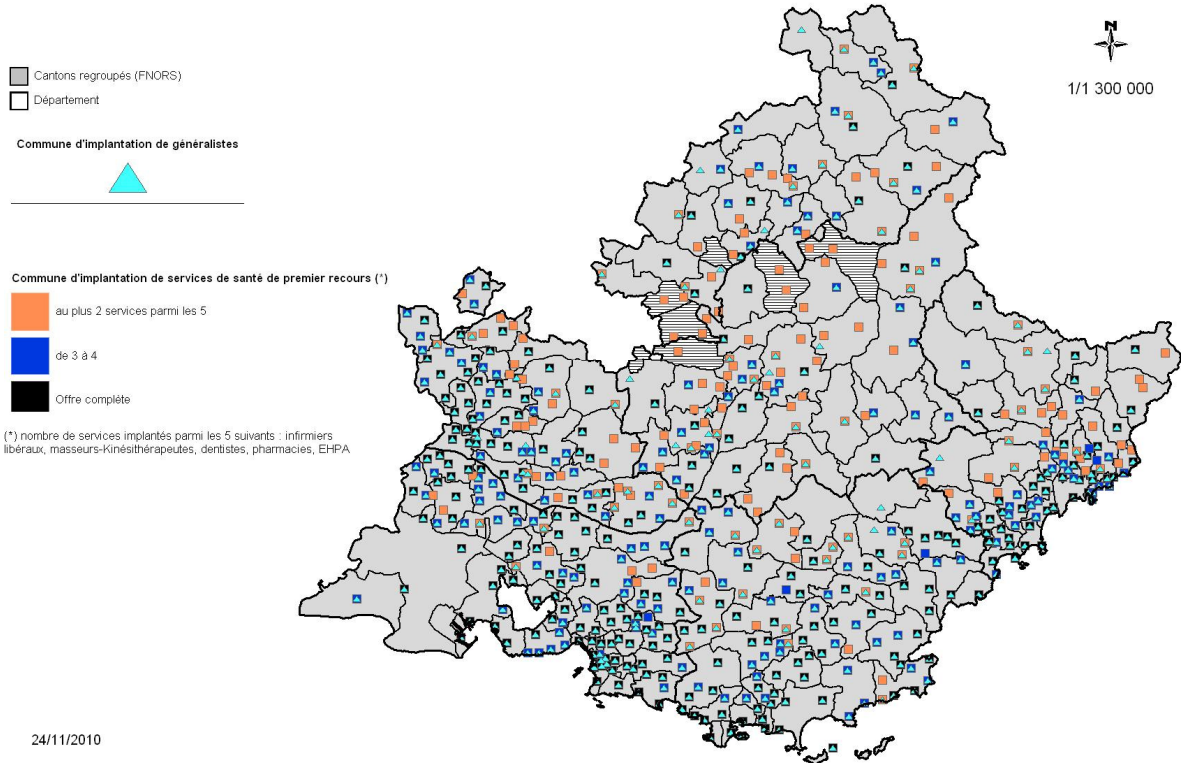
implantation communale des médecins généralistes (BPE 2009)



L'examen complémentaire de l'implantation de services complémentaires de santé de proximité, tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les dentistes, les pharmacies et les structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) permet d'en valider ou non le statut (carte 2).

Carte 2

implantation communale des services de santé de premier recours (BPE 2009)

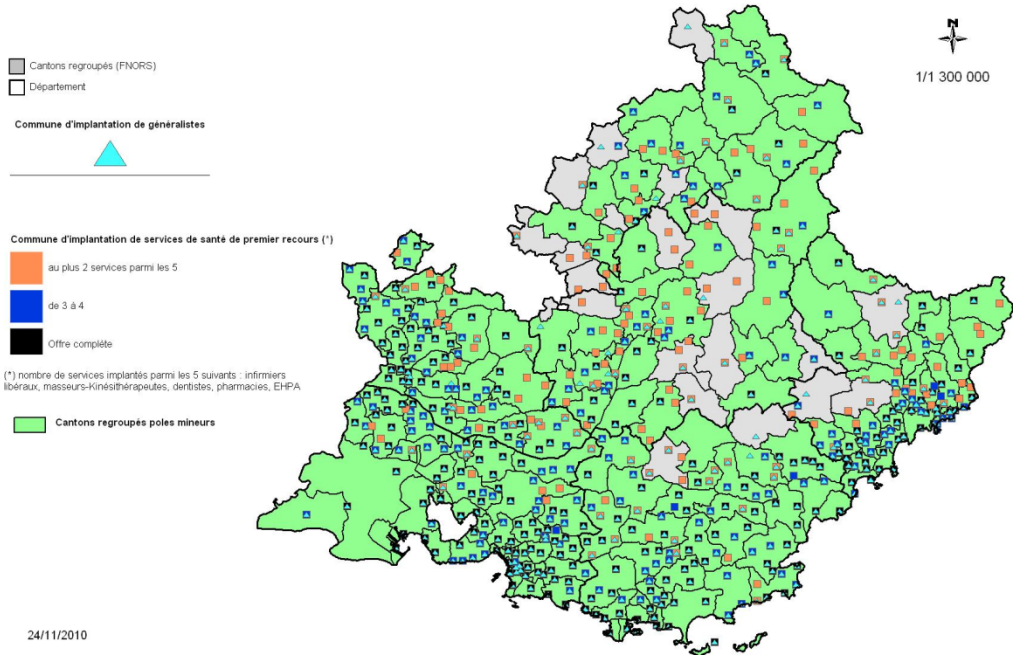


Un canton est candidat crédible au statut de pôle si au moins 4 « services » parmi les 5 sont implantés sur une plusieurs des communes le composant. Cette implantation peut être au sein d'une commune unique du canton ou bien sur plusieurs communes différentes (par jeu des complémentarités observées d'offre entre communes). Cette règle de classification est évidemment très discutable et doit faire l'objet d'un accord entre décideurs publics.

La carte 3 indique en vert les territoires jugés suffisamment solides pour être candidats au statut de pôle à ce stade de la démarche.

Carte 3

implantation communale des services de santé de premier recours (BPE 2009)

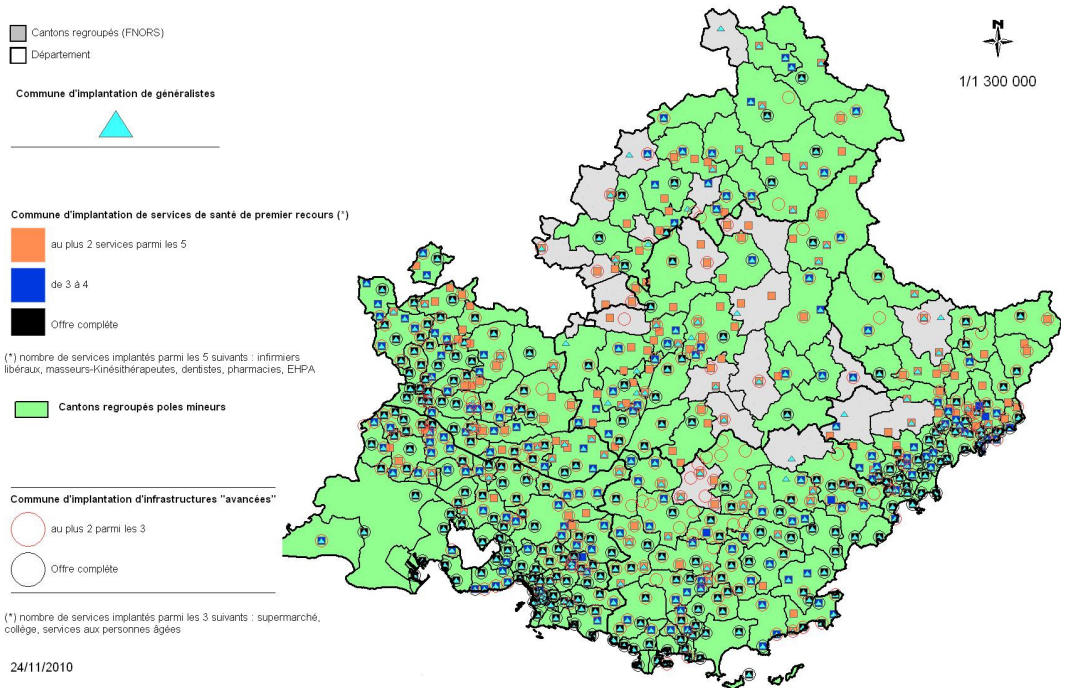


Etape 1.2 : prise en considération de l'offre en bien d'équipements intermédiaires

Dans l'étape suivante, l'examen de l'implantation simultanée ou non de trois « bien d'équipements intermédiaires » (supermarché, service social aux personnes âgées, collège) valide ou invalide le statut de pôle des cantons encore retenus.

Carte 4

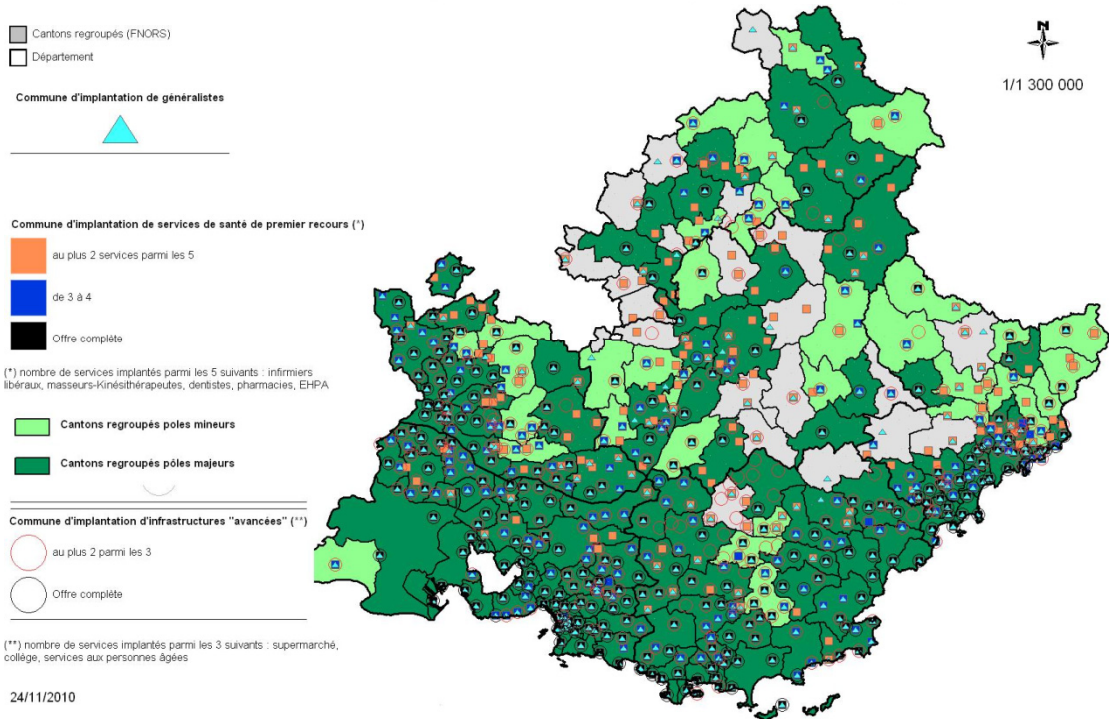
implantation communale en "infrastructures avancées" (BPE 2009)



Les cantons en vert foncé sont, selon cette démarche, les plus à même d'être les pivots des pôles de santé de proximité (carte 5)

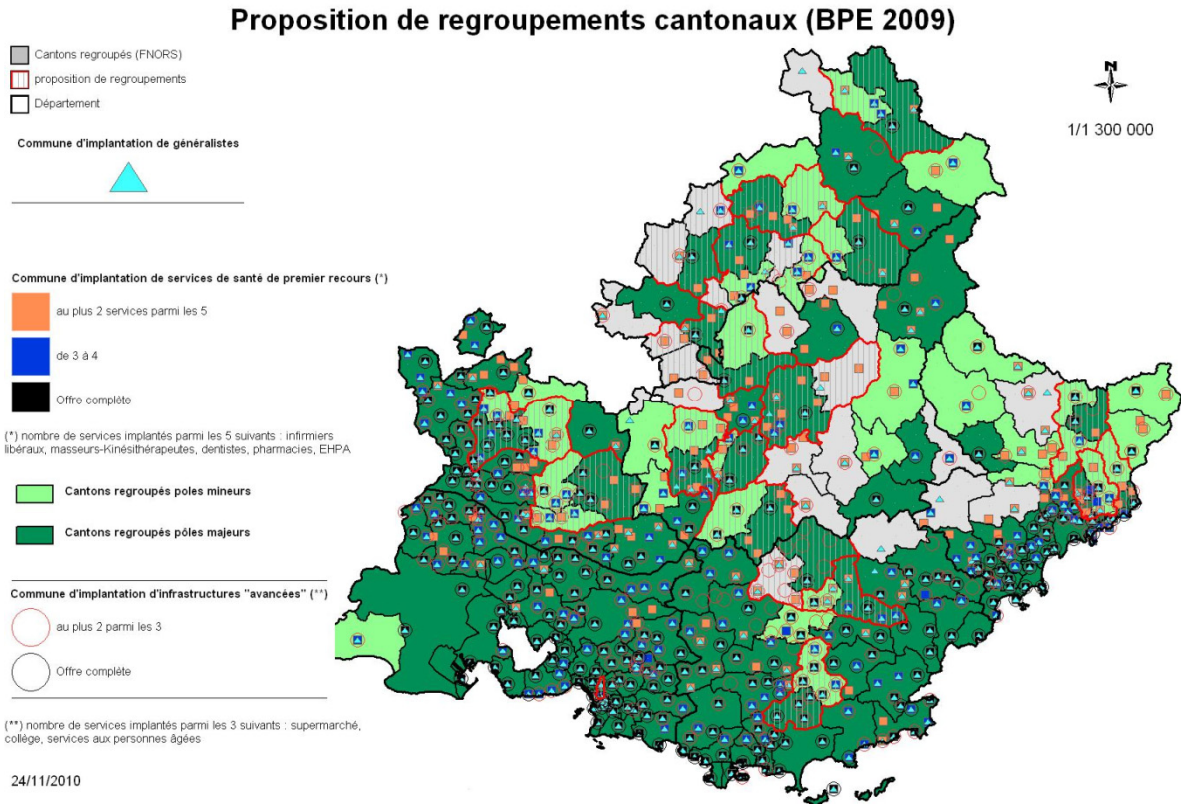
Carte 5

Constitution des pôles cantonaux majeurs (BPE 2009)



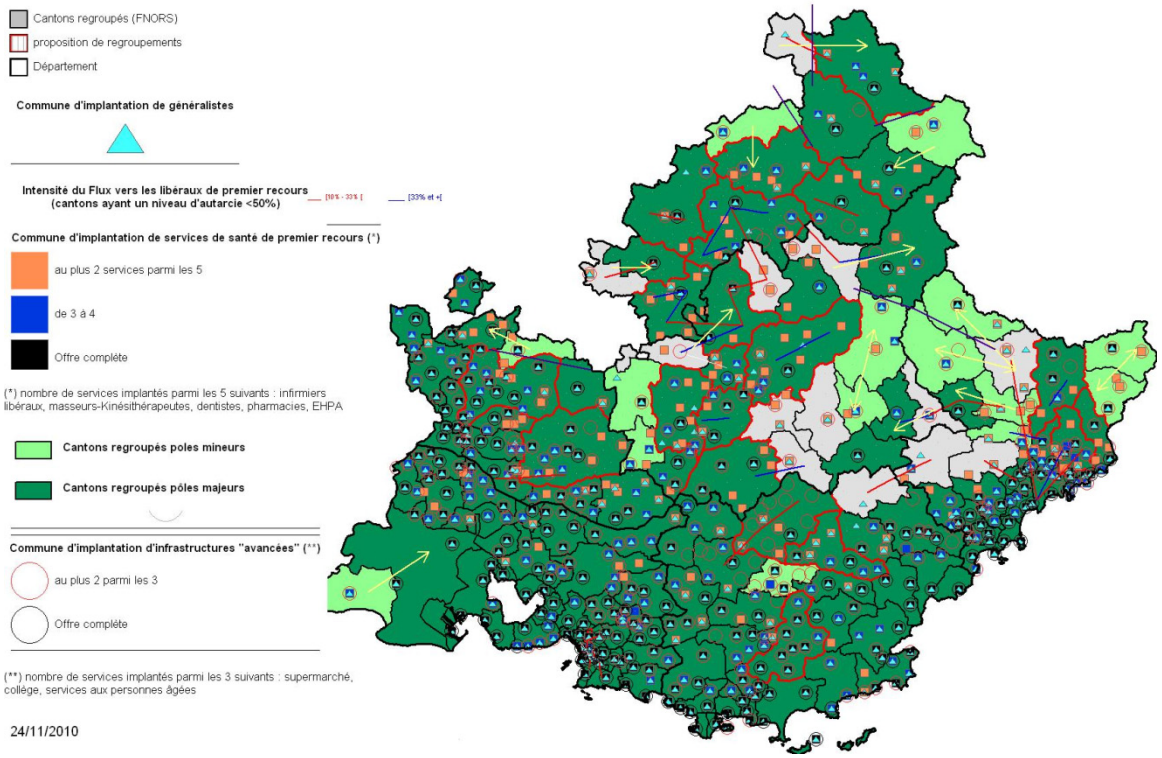
Les territoires en gris et en vert clair (identifiés par des pourtours en rouge) peuvent faire l'objet de propositions de regroupements aux « pôles constitués » sous les contraintes de continuité géographique, de temps de trajets et de bonne conformité au relief (carte 6).

Carte 6



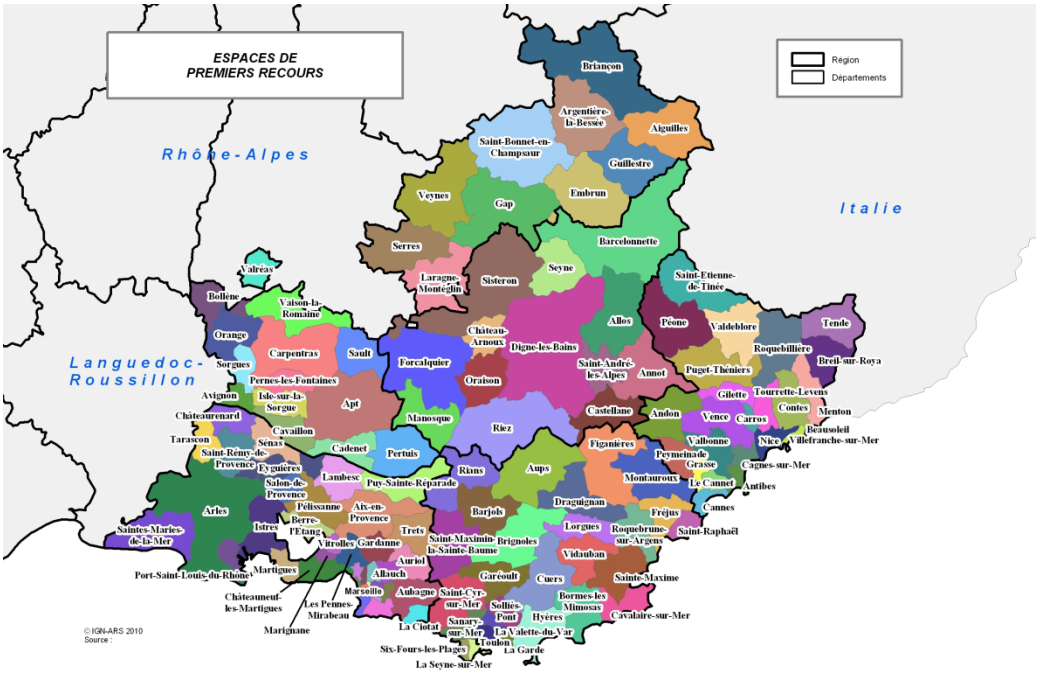
A ce stade, la partition régionale n'est pas complète ; des territoires sont trop éloignés pour être rattachés à un pôle. Une étape complémentaire, empirique, consiste à proposer des affectations complémentaires (flèches en jaune). Des informations de flux de patientèles vers les professionnels libéraux peuvent nous y aider (flux en bleu foncé et en rouge) (carte 7).

Carte 7



Après une première concertation interne à l'ARS, cette démarche aboutie à la proposition suivante (carte 8) :

Carte 8



A noter le fait important suivant concernant les territoires de Saint-Etienne de Tinée, Valdeblore, Péone, Tende, Breil/Roya, Andon, Aiguilles, Allos, Saint-André les alpes et Les Saintes Maries de la mer : ils ne constituent pas des ESP au sens de notre démarche mais plutôt des territoires restés indépendants de par leur niveau d'isolement géographique.

<u>Etape 2 : prise en considération des observations formulées par les groupes départementaux du SROS ambulatoire</u>

Cette première proposition a, bien entendu, fait l'objet de remarques et critiques de la part des décideurs, acteurs locaux et des groupes départementaux du SROS ambulatoire.

Certaines remarques, empiriquement justifiées, n'ont pas donné lieu aux modifications de périmètres géographiques demandés car elles violaient un ou plusieurs postulats fondamentaux de partition initialement posés par l'agence. C'est le cas en particulier des demandes de scissions d'ESP basées sur la scission **INTERNE** aux cantons, considérés comme des briques élémentaires de construction des ESP (ex : Oraison, Vence). Par contre, d'autres propositions de scission - fondées sur les pourtours cantonaux – ont été retenues :

ESP de Forcalquier en « Forcalquier » et « Banon » (Alpes de Haute Provence) ;
ESP de Menton en « Sospel » et « Menton » (Alpes Maritimes) ;
ESP de Puget-Théniers en « Puget-Théniers » et « Villars/Var » (Alpes Maritimes) ;
ESP de Brignoles en « Brignoles » et « Carcès » (Var) ;
ESP de Marseille 14ème en « Marseille 14ème » et « Marseille 3ème » (BDR).

Enfin, des regroupements cantonaux alternatifs ont également été validés :

le canton de Barrême, initialement inclus dans l'ESP de Digne-les-Bains, réaffecté au territoire indépendant de Saint-André les Alpes (Alpes de Haute Provence) ;
l'ESP de la Valette du Var, initialement indépendant, est affecté à l'ESP de Toulon (Var).

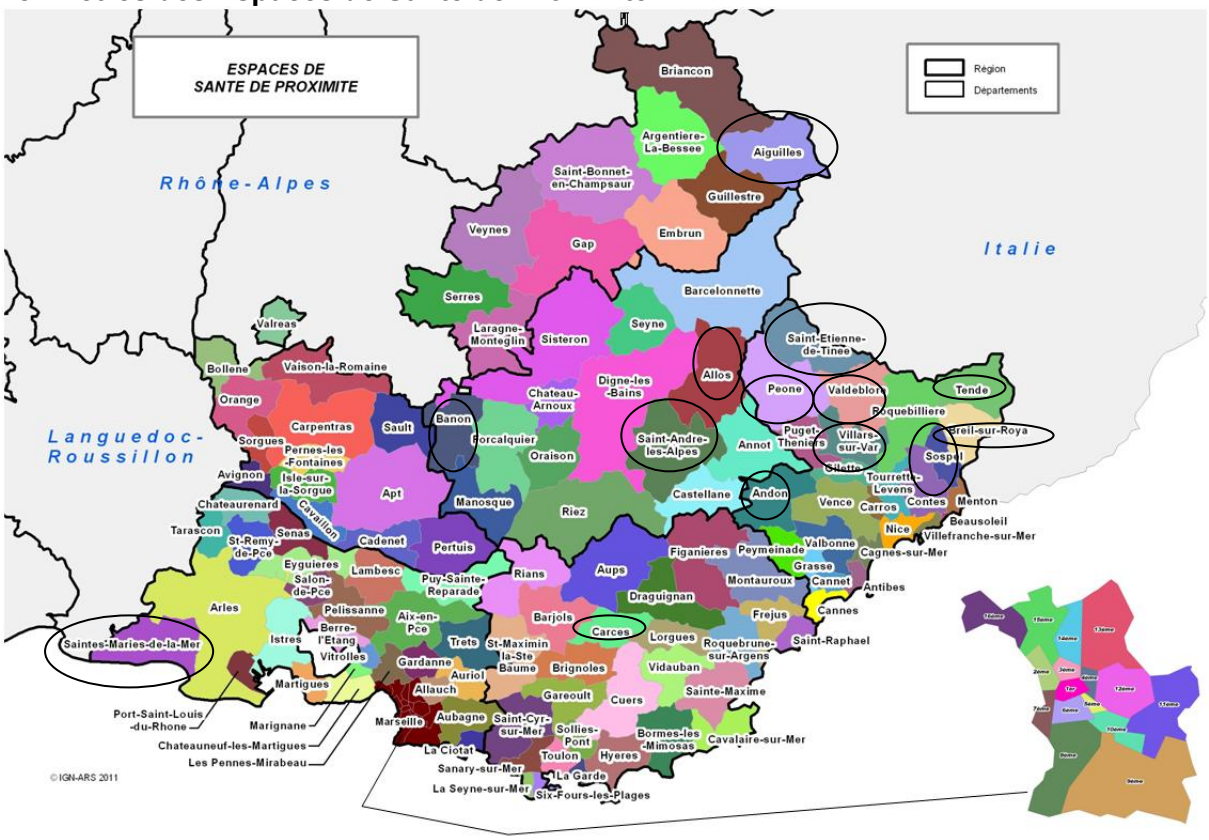
Il est à noter qu'aucune demande de rattachement n'a été formulée pour les 10 territoires restés indépendants, lesquels constituent des zones blanches pour notre démarche.

Conclusion au 19 mai 2011

A ce jour, le territoire régional fait l'objet d'un découpage en 133 Espaces de Santé de Proximité (ESP). Parmi ces 133 territoires :

119 ESP, dont les 16 arrondissements de Marseille, apparaissent comme suffisamment solides et dotés - au regard des critères utilisés par l'ARS - pour constituer des pôles de santé de proximité ;
14 ESP, spécifiés dans la carte 9, sont restés des territoires isolés et font l'objet d'une attention particulière en matière d'observation.

Carte 9
Périmètres des Espaces de Santé de Proximité



ANNEXE TECHNIQUE 2

SOURCES ET ELEMENTS METHODOLOGIQUES POUR DECRIRE L'OFFRE LIBERALE

AVERTISSEMENT

Les données fournies en matière d'offre de santé de proximité font ici l'objet d'une transformation visant à leur donner du sens en matière de rareté de l'offre (implantation et capacité de production de soins).
Pour être réellement partagés, les indicateurs proposés dans ce document devraient faire l'objet d'un débat critique, puis d'un consensus par profession.

I – SOURCES UTILISEES

Dénombrement des effectifs des professionnels de santé libéraux : base de données de l'Assurance maladie (vue des praticiens VPRA). Sont considérés dans l'analyse tous les professionnels installés au 01/01/2010 ayant une activité libérale (une partie de leur activité peut également être salariée).

Evaluation de l'activité libérale individuelle : base de données de l'Assurance maladie (Système National Inter Régimes PS) pour l'année 2009.

Démographie générale : INSEE 2010, recensement de la population pour l'année 2008.

II DESCRIPTION DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE

Aspects généraux

Pour toute profession libérale incluse dans l'analyse (omnipraticiens - généralistes et Médecins à exercice particulier - infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, orthophonistes et orthoptistes), on dispose des données individuelles suivantes communes :

âge, sexe, communes d'installations (pour les cabinets principaux et secondaires appelés ici « cabinets à activité partagée »), le fait d'avoir une activité salariée, date de la première installation dans le département ;
activité (mesurée en fonction de la profession considérée).

Pour les omnipraticiens, des informations complémentaires sont également exploitables : secteur conventionnel (secteur I ou honoraires libres), exercices particuliers (permettant de différencier les généralistes)

Description des données d'activité

Le niveau d'activité de chaque professionnel est décrit par dénombrement des actes produits en 2009. Par convention, les champs suivis sont les suivants :

pour tout omnipraticien, les Consultations (C) et Visites (V), les actes en K, KC et Z (radiologie) issues de la nomenclature des actes généraux (NGAP), ainsi que les actes de CCAM (ADI, ADE, ATM, ADO, ADC) ;

pour tout chirurgien dentiste, les actes de Soins conservateurs (SC, D, DC) et les actes en SPR ;

pour tout infirmier, les actes en AMI et AIS ;

pour tout masseur-kinésithérapeute, les actes en AMC, AMK et AMS ;

pour tout orthophoniste, les actes en AMO ;

pour tout orthoptiste, les actes en AMY.

La production d'indicateurs individuels d'activité : les notions de « forte activité » et d'impact saisonnier

« forte activité individuelle »

Par convention, l'activité individuelle des libéraux de Paca est comparée à l'activité moyenne individuelle observée au niveau national. On considère que l'activité d'un professionnel est « forte » si elle dépasse de plus de 20% la référence nationale pour sa catégorie professionnelle (pour les omnipraticiens, elle est par exemple de 5000 actes approximativement. Un professionnel est considéré comme ayant une forte activité si elle dépasse les 6000 actes/an).

Tableau 1 : références nationales issues du SNIR

	Activité France	Forte activité = activité moyenne France + 20%	Densité France	Densité faible = Densité France - 20%
Omnipraticiens	4967,6	5961,12	98	78,4
Infirmiers	7776	9331,2	93,6	74,88
Masseurs Kinésithérapeutes	4198	5037,6	77	449,6
Orthophonistes	1640	1968	21,2	16,96
Orthoptistes	2704	3244,8	2,7	3,76
Dentistes (SC + D + SPR + DC)	1860	2232	58,5	46,8

Source : Eco-santé 2008 et 2009 – IRDES (accessible depuis AMELI.fr)

« impact individuel de la saisonnalité » (évalué à partir des données du Régime général uniquement)

Toujours par convention, on considère que l'activité individuelle d'un omnipraticien est impactée par des facteurs saisonniers si :

la saisonnalité est très marquée, concrètement si la proportion des actes produits durant la période d'étude (premier trimestre de l'année pour l'impact hivernal, juillet/août pour l'impact estival) est supérieure à la valeur de la médiane mesurée des omnipraticiens pour cet indicateur ;

et si son activité est « élevée » (nombre d'actes mesuré en dates de soins) durant la période *id est* si son activité est supérieure à la valeur de l'activité médiane mesurée dans la région.

A noter que cette évaluation est produite pour les populations issues du régime général uniquement ce qui peut réduire la pertinence du second critère d'inclusion dans les zones à forte dominante rurale puisqu'une proportion particulièrement importante de l'activité individuelle n'y est pas mesurée.

III DE LA DESCRIPTION INDIVIDUELLE A L'ELABORATION D'INDICATEURS AGEREGES PAR (ESP)

Caractériser l'offre dans les ESP ou dans les cantons « FNORS » revient à agréger et à dégager du sens à partir des mesures individuelles.

Notion Graduation des fragilités sur un territoire

1) La situation la plus défavorable pour un territoire est de façon évidente la pénurie d'offre.

2) Plus généralement, la faiblesse des effectifs révèle de fait une fragilité territoriale. En associant ce dénombrement à la part des professionnels plus de 60 ans, il permet le repérage immédiat de territoires très fragiles ou en dangers à court terme du fait d'un risque de pénurie absolue d'offre.

3) Si à ces premiers indicateurs on associe les densités observées d'offre, on peut identifier trois catégories graduées de territoires fragiles :

des territoires fragiles du fait d'effectifs faibles (et éventuellement un vieillissement avancé des professionnels) avec de faibles densités d'offreurs ;
des territoires fragiles du fait d'effectifs faibles (et éventuellement un vieillissement avancé des professionnels) avec de fortes densités d'offreurs ;
des territoires avec de faibles densités d'offreurs mais des effectifs élevés.

Ces trois catégories n'appellent vraisemblablement pas les mêmes réponses organisationnelles (implantation nouvelle, collaboration de l'offre existante…), c'est pourquoi il est important de les différencier.

Facteurs aggravants à court terme

4) Le niveau « (apparent) de saturation » de l'activité des professionnels libéraux est un facteur susceptible d'aggraver la situation locale en matière d'accès potentiel à l'offre libérale. Il convient ici de différencier plusieurs configurations possibles, lesquelles sont fonction du degré de fragilité détectée à l'étape précédente. Par exemple, dans le cas d'effectifs faibles, de densités faibles associées à de fortes activités, on peut admettre que, sous réserve de viabilité économique à étudier précisément, une ou plusieurs nouvelles implantations puissent être une piste organisationnelle.

5) Un deuxième facteur - à examiner également - est la proportion d'omnipraticiens à honoraires libres (susceptibles d'effectuer des dépassements d'honoraires). Le niveau élevé de cet indicateur en association à de faibles effectifs (ou bien de faibles densités et/ou une saturation élevée de l'activité), contribue à restreindre l'éventail des choix possibles des populations (notamment les plus défavorisées) en matière d'accès aux soins

6) Enfin, le facteur saisonnier est fréquemment avancé comme susceptible d'accroître les difficultés.

Prise en considération de ces facteurs dans le cas des généralistes : application cartographique

Dans les cartographies utilisées, ces différentes fragilités seront retranscrites par convention de la manière suivante :

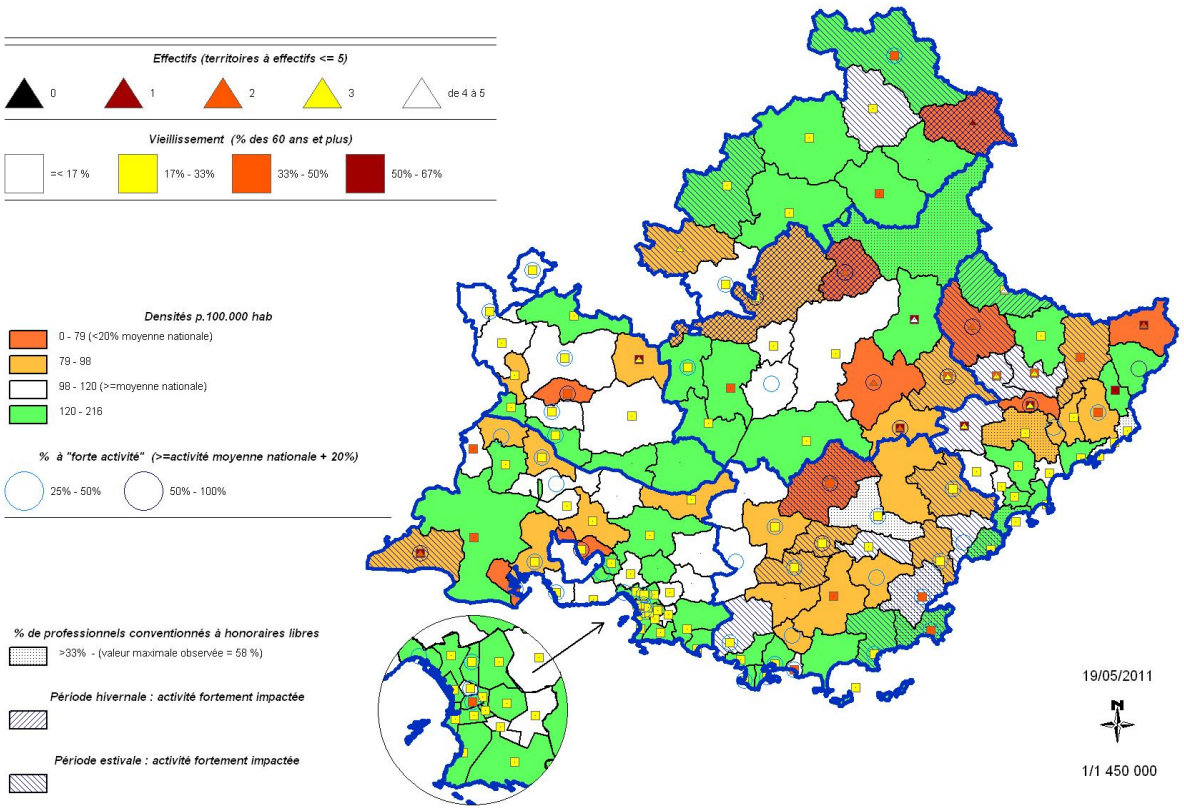
en deçà de 5 professionnels installés sur un territoire, on considère qu'il faut s'intéresser au risque de pénurie sur un ESP ;

tout territoire est identifié comme fragile pour le critère de densité si celle-ci est inférieure de 20% à la moyenne nationale ;

tout territoire est identifié comme « fortement saturé » en matière de production de soins si la proportion de médecins ayant une forte activité dépasse le seuil de 50% ;

si la proportion de médecins omnipraticiens à honoraires libres est supérieure à 33%, le territoire fait l'objet d'une attention particulière pour ce critère ;

si la proportion de médecins omnipraticiens impactés par les éventuels phénomènes de « saisonnalité » est respectivement supérieure à 40% l'hiver et 50% l'été, alors nous l'avons signalé au plan cartographique.



Autres professions libérales

En dehors des indicateurs les plus classiques (dénombrements, densités, fortes activités), l'identification de territoires fragiles reste à construire pour ces professions.

ANNEXE 3 :
ETAT DES LIEUX PAR TERRITOIRE DE SANTE

Rappel méthodologique :

Cette annexe dresse un état des lieux détaillé, dans chaque département, de l'offre de santé de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, masseur kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) et de son environnement sanitaire et médico-social.

Pour ce qui concerne les médecins généralistes :
Pour chaque département, un tableau synthétique met en évidence les ESP présentant l'une et/ou l'autre des caractéristiques suivantes :
un faible effectif de médecins (moins de 6) : la faiblesse de l'effectif est considérée comme le premier facteur de fragilité d'un territoire ;
une densité médicale inférieure à la moyenne nationale (98/100000 hab).

Sur ces ESP, 4 indicateurs supplémentaires viennent compléter l'état des lieux :
la part des médecins âgés de plus de 60 ans ;
la part des médecins ayant une forte activité ;
la part des médecins à honoraires libres ;
la part des médecins ayant une suractivité en été et/ou en hiver.

(Cf. Annexes 2 et 3 sur contenu précis de ces indicateurs).

A ces tableaux synthétiques, sont éventuellement ajoutés des ESP pour lesquels les groupes de travail départementaux ont signalé des difficultés particulières (difficultés organisationnelles, départs récent de professionnels, etc.…).

Pour ce qui concerne les autres professionnels de santé de proximité :

l'état des lieux est complété par des données relatives aux infirmiers, aux masseurs ; kinésithérapeutes, aux chirurgiens dentistes, aux modes d'exercice coordonné (réseaux, centres et maisons de santé), à l'environnement médico-social et sanitaire ;
la question de l'implantation des officines de pharmacie est traitée dans un paragraphe ; spécifique, car aucune particularité territoriale ne se dégage et l'implantation des officines est largement réglementée.

Enfin, quelques remarques sur les perspectives en matière de formation des médecins généralistes viennent compléter cet état des lieux.

Alpes de Haute Provence.

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement les cantons regroupés du territoire des Alpes de Haute Provence sont caractérisés par un taux de mortalité identique ou inférieur au niveau national. Le canton regroupé des Mées accuse une surmortalité générale et prématurée supérieure à la moyenne nationale ; celui de Barcelonnette un taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, infectieuses et parasitaires supérieur à la moyenne nationale mais une mortalité par cancer et cardiopathies ischémiques inférieure.

Population et conditions de vie
La plupart des cantons regroupés sont en classe 2 : population rurale, âgée, peu peuplés, revenus plutôt faibles et peu d'allocataires de prestations sociales.
Le canton regroupé de Digne se présente en classe 5 : villes centre et périurbaines avec de forts contrastes sociaux.
Les cantons regroupés de Manosque, Reillanne, Valensole et Riez sont en classe 3 : peuplés, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.
Tous les cantons regroupés ont un taux de bénéficiaires de la CMUC inférieur à la moyenne régionale[87].

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	Vieillissement	Forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Seyne les Alpes	+	-20%		+		Hiver été
St André les Alpes	+	-20%		+		
Annot	+	Entre -10% et -20%	++	+		Eté
Sisteron		Entre -10% et -20%	+	+		Hiver été
Castellane	+	Entre -10% et -20%	+++	+		
Allos	+	Supérieure	+++			

A noter que plus de 33% des médecins généralistes de l'ESP de Barcelonnette pratiquent les honoraires libres.

Les infirmiers
Globalement les ESP ont une densité identique ou supérieure à la médiane régionale.
Se distinguent l'ESP d'Annot avec une densité inférieure à la moyenne nationale, de faibles effectifs et une suractivité.
Même si les densités sont dans la norme nationale, il est constaté de faibles effectifs sur Castellane, Saint André les Alpes et Allos, aggravés par une forte activité des professionnels sur St André les Alpes.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP de Annot et Château-Arnoux accusent une densité inférieure à la médiane régionale, mais identique à la moyenne nationale
L'ESP d'Annot se caractérise par de faibles effectifs, un vieillissement de ses masseur kinésithérapeutes, et une forte activité ; celui de Château-Arnoux par une forte activité et un vieillissement modéré.
L'ESP de Banon est caractérisé par une forte densité, mais des effectifs faibles et vieillissants.

[5] Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010

Les chirurgiens dentistes
De nombreux ESP se caractérisent par une densité inférieure à la moyenne nationale : Forcalquier, Banon, Oraison, Allos, Annot, Castellane et St André les Alpes.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
Un seul Centre de Santé polyvalent est installé à Manosque ; il existe 4 centres de santé dentaires à Sainte Tulle, Manosque, Sisteron et Digne.
Trois projets de maisons de santé pluri-professionnelles sont en cours à Castellane, St Etienne les Orgues et Moustiers.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux sont présents sur ce territoire, qu'ils concernent l'oncologie, la périnatalité ou le handicap. Un réseau gérontologique couvre le département à l'exception de Digne. Une maison des adolescents est en projet.

L'environnement médicosocial
Avec un équipement autorisé de 12 SSIAD (soit 25,75 places /1000 habitants de 75 ans et plus), le territoire des Alpes de Haute Provence se situe au dessus de la moyenne régionale (18,32/1000 habitants de 75 ans et plus). Il en est de même pour les places d'EHPAD : 119,21/1000 personnes âgées de 75 ans et plus (région : 88,26/1000 personnes âgées de 75 ans et plus) (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Avec une dizaine d'établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux en zone rurale, le territoire dispose de points d'appui pour la médecine de proximité. Les établissements de santé de court séjour disposants de plateaux techniques se situent à Digne, Manosque et Sisteron (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Hautes Alpes

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
L'ensemble des cantons regroupés présente un taux de mortalité générale et prématurée identique ou inférieur à la moyenne nationale.

Population et conditions de vie :
Les cantons regroupés du nord du département sont classés en 1 : population rurale, plutôt favorisée socialement.
Ceux du sud sont classés en 2 : ruraux, population âgée, peu peuplés, revenus plutôt faibles et peu d'allocataires de prestations sociales.
Gap se comporte comme une ville centre et périurbaine, avec de forts contrastes sociaux, et des fragilités sociales.
Mônetier les Bains se caractérise comme une zone urbaine et périurbaine avec une population jeune socialement favorisée où les cadres et professions intellectuelles sont fortement représentées.
Aucun des cantons regroupés n'a un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale
(Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé :

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	Forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Aiguilles	Absence de MG	- 20%				Hiver été
Serres	+	Entre -10 et -20%				été

L'ESP de l'Argentière a été confronté en 2011 au départ de la quasi-totalité de ses médecins, sans remplacement prévu. Cet ESP n'apparaît donc pas comme problématique sur les cartes (données 2010), mais doit pourtant être pris en considération.
Dans une moindre mesure, l'ESP de St Bonnet a connu récemment les mêmes difficultés.

Les infirmiers
On note sur l'ensemble des ESP une densité égale ou supérieure à la valeur médiane de la région PACA. Se distingue l'ESP d'Aiguilles avec un faible effectif de professionnels et une suractivité.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP se caractérisent par une densité égale ou supérieure à la valeur médiane régionale.
Les ESP de Serres et d'Aiguilles sont caractérisés par un faible effectif avec une forte activité sur Serres.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP d'Aiguilles, l'Argentière, Laragne et Saint Bonnet se caractérisent par une faible densité.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
Deux Centres de Santé dentaires sont installés à Gap et Briançon.
Deux projets de maisons de santé pluri-professionnelles sont en cours à Aiguilles et à l'Argentière.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux sont présents sur ce territoire que ce soit sur l'oncologie, la périnatalité ou le handicap.

Deux réseaux sont spécifiques au département : un réseau de soins palliatifs (en cours d'évaluation) et un réseau gérontologique.

L'environnement médico-social
Avec 10 services de SSIAD et un équipement de 33,01 places /1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus région 18, 32/1000), et 102,71 places d'EHPAD /1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus région 88, 26/1000), le territoire est bien équipé (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Deux établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux sont présents à Aiguilles et Laragne.
Les établissements de santé de court séjour disposants de plateaux techniques se situent à Briançon, Embrun et Gap (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Alpes Maritimes

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement elle est identique ou inférieure à la moyenne nationale dans la plupart des ESP.
Néanmoins se distinguent :
- le canton regroupé de Tende avec un taux de mortalité générale et prématurée important ;
- le canton de Breil sur Roya avec un taux de mortalité générale et prématurée supérieur à la moyenne nationale ;
- les cantons de Saint Etienne de Tinée, Saint Sauveur sur Tinée et Villars sur Var avec une mortalité supérieure par maladies vasculaires cérébrales, infectieuses et parasitaires et inférieure par cancer.

Population et conditions de vie
De nombreux cantons regroupés sont classés en 2 dans le haut pays : zones rurales peu peuplées, population âgée, revenus plutôt faibles avec peu d'allocataires de prestations sociales.
La bande littorale est classée en 5 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux, des personnes plutôt favorisées et des fragilités sociales.
Les cantons regroupés de Saint Auban, Coursegoules, Bars sur Loup et Saint Vallier de Thiey sont classés en 6 et présentent les caractéristiques des zones périurbaines avec une population jeune, socialement favorisée et une forte représentation de cadres et professions intellectuelles supérieures.
Le haut pays et l'est du département sont caractérisés par une forte proportion de personnes âgées.
Aucun des cantons regroupés ne présente un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010).

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Tende	+	- 20%	+++			
Péone	+	- 20%		+		Eté
Gillette	+	- 20%	+++	+		
Roquebillière		Entre -10% et -20%	++			Eté
Contes		Entre -10% et -20%	++	+		
Vence		Entre -10% et -20%	+		+	
Tourette Levens		Entre -10% et -20%	+			
Carros		Entre -10% et -20%		+		
Puget Théniers	+		+++			Eté
Andon	+		++			Eté
Villars sur Var	+		+			Eté
St Etienne de Tinée	+					Hiver

Les ESP de Vence, Cannes et Menton ont un taux de médecins en secteur II supérieur à 33%.
La plupart des ESP du haut pays sont impactés par l'activité saisonnière d'été.

Les infirmiers
On note sur l'ensemble des ESP une densité égale ou supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de l'ESP de Breil sur Roya sur lequel on observe une densité largement inférieure à la densité nationale, de faibles effectifs et une suractivité.

Dans une moindre mesure les ESP de Valdeblore et Péone se caractérisent par une densité inférieure à la moyenne nationale et de faibles effectifs.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP de Tende, Valdeblore et Gillette accusent une densité largement inférieure à la moyenne nationale avec de faibles effectifs et une suractivité sur Tende.
Dans une moindre mesure, la densité est également inférieure à la moyenne nationale sur les ESP de Contes, Andon et Peymeinade.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP de Breil, Sospel, Contes, Valdeblore, Péone et Villars sur Var accusent une densité de dentistes inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
12 centres de santé dentaires sont installés sur ce territoire : Nice, Cannes, Antibes, Menton, Grasse, Saint Laurent du Var.
Par ailleurs, il existe 4 Centres de santé médicaux et 2 Centres de santé polyvalents (médicaux et dentaires) à Nice.

Le conseil général a accompagné la mise en place de 5 maisons de santé pluri-professionnelles, dont celle de Valderoure aujourd'hui fonctionnelle.
Quatre projets de maisons de santé sont en cours d'accompagnement méthodologique : Puget Thénier, Roquesteron, Roquebillière et Breil sur Roya.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux spécialisés en oncologie, périnatalité et handicap sont présents dans les Alpes Maritimes.
Il existe des réseaux spécifiques au territoire des Alpes Maritimes en gérontologie, diabète, addiction, soins palliatifs et souffrance psychique (maison des adolescents).
Par ailleurs, il faut noter la présence d'un réseau polyvalent (le centre de soutien aux réseaux de santé), d'une plateforme d'information sur la pratique des généralistes et d'un dispositif d'optimisation des prises en charges paramédicales en ville.

L'équipement médico-social
Le département des Alpes maritimes compte 41 services de SSIAD, ce qui représente 19,59 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32/1000 en PACA)
Les EHPAD offrent 95,34 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26/1000 en PACA). (Source Finess au 12 janvier 2011)

Les établissements sanitaires
Le territoire dispose de six établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux situés dans le haut pays sur lesquels une offre de proximité pourrait se positionner. (Source ARS PACA Bilans territoriaux).
Les établissements disposants de plateaux techniques sont situés essentiellement sur la côte.

Bouches du Rhône

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée :
Globalement tous les cantons regroupés ont un taux de mortalité comparable ou inférieur au niveau national.

Population et conditions de vie
Trois classes sont principalement représentées :
- Marseille et l'Est du département sont en classe 5 et 6 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux et une population jeune ;
- l'ouest du département est en classe 3 : peuplé, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.

CMUC : Les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Tarascon, Arles, Port St louis du Rhône ont une part d'assurés sociaux bénéficiaires de cette prestation bien supérieure à la moyenne régionale.
(Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Port St louis du Rhône		- 20%		+		
Berre l'Etang		- 20%	+	+		
Ste Marie de la mer	+	Entre -10% et -20%	+++	+		Eté
Chateaurenard		Entre -10% et -20%		+		
Sénas		Entre -10à et -20%	+	+		
Pelissanne		Entre -10% et -20%	+			
Puy Ste Réparade		Entre -10% et -20%	+			
Istres		Entre -10% et -20%	+	+		

Les infirmiers
Dans la majorité des ESP, les densités d'infirmiers sont très largement supérieures à la moyenne nationale.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les densités sont conformes ou supérieures à la moyenne nationale ; on constate pour la plupart des ESP une activité relativement élevée.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP des Sainte Marie de la mer, d'Istres, de Port Saint Louis du Rhône et de Trets accusent une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé
Le département dispose d'un équipement important en centres de santé :
- 29 centres de santé dentaires.
- 13 centres de santé médicaux essentiellement sur le pourtour de l'Etang de Berre. Les faibles densités de médecins généralistes libéraux dans cette zones doivent être appréciées au regard de l'offre des centres de santé.
- 8 centres de santé polyvalents.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de Santé
L'ensemble des réseaux régionaux spécialisés sont présents sur le territoire qu'ils concernent la prise en charge en oncologie, en périnatalité ou le handicap.
De nombreux réseaux spécifiques au département sont présents sur le territoire : gérontologie, diabète, addiction, handicap, soins palliatifs, souffrance psychique (maison des adolescents).
Il existe deux réseaux polyvalents : une coordination de proximité et un dispositif de soins de suite infirmiers et soins de support étendu à d'autres départements.
Par ailleurs, il existe plusieurs dispositifs relatifs à la consommation de psychotropes, à l'amélioration de la pratique des IVG et à la permanence de masseur kinésithérapeutes pour les bronchiolites à domicile.

L'équipement médico-social
64 services de SSIAD sont présents sur le département, soit 17,28 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA).
Le taux d'équipement en EHPAD est de 84,54 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26 places/1000 en PACA). (Source Finess au 12 janvier 2011)

L'équipement sanitaire
L'offre en établissements de santé de court séjour dotés de plateaux techniques est dense et complexe sur le département.
Il n'existe qu'un seul établissement public de santé ex-hôpital local, situé à Beaucaire/Tarascon (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Le Var

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement les cantons regroupés ont un taux de mortalité générale et prématurée identique ou inférieur à la moyenne nationale. Le canton regroupé de la Seyne se distingue avec un taux de mortalité générale et prématurée élevé.

Population et conditions de vie
Les caractéristiques populationnelles du département sont très hétérogènes.
Les cantons du centre et du nord du département se distinguent des cantons côtiers et se comportent comme des zones de classe 3 : peuplés, difficultés professionnelles et forte proportion d'allocataires de prestations diverses.

Toulon est classés en 5 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux. Le canton de Rians se comporte comme celui de Toulon.
Trois cantons regroupés ont un pourcentage de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale (9,2%) Toulon, La Seyne et Brignoles. (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé :

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Aups		- 20%	++	+	+	été
Figanières		entre -10% et -20%				
Montauroux		entre -10% et -20%	+	+		été
Garéoult		entre -10% et -20%				
Vidauban		entre -10% et -20%		+		
Cuers		entre -10% et -20%	++			
Barjols		entre -10% et -20%	+	+		
Brignoles		entre -10% et -20%	+	+		été
Roquebrune		entre -10% et -20%	+	+		été
Carces		entre -10% et -20%	+	+		été
Solies Pont		entre -10% et -20%		+		

Il faut noter que quatre ESP ont une part de praticiens conventionnés à honoraires libres supérieure à 33% : Aups, Draguignan, Cavalaire et Ste Maxime

Les infirmiers
L'ensemble des ESP ont une densité identique ou supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de l'ESP de Figanières qui se distingue par une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP d'Aups et Carcès cumulent une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale et des effectifs faibles de professionnels.

Les chirurgiens dentistes
On note au niveau des ESP de Vidauban, Cuers, Garéoult, Saint Maximin, et Barjols une densité inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
7 centres de santé dentaires sont installés sur le département : Le Luc, Ollioules, Toulon, Saint Raphaël, Brignoles et Cogolin.

Il existe par ailleurs 5 centres de santé médicaux : Brignoles, Le Luc, Ollioules, Toulon (2).
Une étude de faisabilité pour un projet de maison de santé pluri-professionnelle est en cours à Carcès.

Modes d'exercice coordonnés : les réseaux de Santé
Les réseaux régionaux spécialisés sont présents sur le territoire : oncologie, périnatalité, handicap.
Il existe par ailleurs des réseaux spécifiques au département en gérontologie (1), soins palliatifs(2) et en diabétologie.
Deux dispositifs expériences de ville, relatifs à la permanence de soins de masseurs kinésithérapeutes et à l'échange de pratiques sont présents sur le territoire.

L'environnement médico-social
28 services de SSIAD sont installés sur le département, soit un taux d'équipement de 15,32 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA)
Le taux d'équipement en EHPAD est de 79,10 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26 places/1000 en PACA) (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Un seul établissement public de santé ex-hôpital local est présent au Luc (source ARS PACA Bilans territoriaux).
Le département est bien pourvu en établissements sanitaires de court séjour, essentiellement sur la bande côtière où se concentre la majorité de la population.

Le Vaucluse

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée :
La situation est globalement favorable sur l'ensemble des ESP, avec un taux de mortalité générale et prématurée inférieur à la moyenne nationale.

Population et conditions de vie :
Une part importante des ESP sont en classe 3 : zones peuplées, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.
Le canton regroupé d'Avignon se caractérise, comme toutes les zones urbaines et périurbaines, par de forts contrastes sociaux, une population plutôt favorisée mais avec des fragilités sociales.
Seuls quelques cantons regroupés sont classés 1 : zones rurales, situation socio-démographique moyenne, plutôt favorisés par rapport à la France : Cadenet, Bonnieux, Gordes et Pernes les Fontaines.
Part des assurés de moins 65 ans bénéficiaires de la CMUC : le canton regroupé d'Avignon se situe au dessus de la moyenne régionale pour cet indicateur (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

La démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Pernes le Fontaines		- 20%	++	+		
Sault	+	Entre-10 et -20%	+++			
Sorgues		Entre-10 et -20%	+			

Bien que l'ESP de Pernes se distingue statistiquement, les membres du groupe de travail ne mettent en évidence aucune difficulté particulière sur cette zone.

Les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes
Tous les ESP ont une densité supérieure à la moyenne nationale pour ces deux catégories de professionnels.
Seul l'ESP de Sault présente une densité d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes inférieure de plus de 20% à la moyenne nationale, aggravé par un faible effectif pour les deux professions.

Les chirurgiens dentistes
La situation de cette profession dans le département est globalement satisfaisante, à l'exception de l'ESP de Sorgues qui se caractérise par une densité inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé
10 centres de santé dentaires sont présents sur le territoire : Avignon (4), Orange (2), Sorgues, Cavaillon (2) et Carpentras.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux présents sur le territoire concernent l'oncologie, la périnatalité et le handicap.
Des réseaux spécifiques au département sont installés : polyvalents, addictologie, soins palliatifs et souffrance psychique (maison des adolescents).

L'environnement médico-social
15 SSIAD sont présents sur le département, avec un taux d'équipement de 19,06 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA).

Par ailleurs le taux d'équipement en EHPAD est inférieur à la moyenne régionale : 69,92 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88, 26 places/1000 en PACA) (source Finess au 12 janvier 2011)

L'environnement sanitaire
L'ensemble du département est couvert par des établissements de court séjour dont le temps d'accès pour les patients n'excède pas 30 mn, à l'exception de l'ESP de Sault. Quatre établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux sont par ailleurs présents sur le territoire (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Les pharmaciens (Dr Laurence GERAKIS, Pharmacien Inspecteur de Santé Publique)

Le contexte règlementaire

Le système de répartition des officines de pharmacie, institué par la Loi du 11 septembre 1941 est fondé sur des critères démo-géographiques et s'assimile à une planification ; elle vise à ce que l'offre officinale soit en corrélation avec les besoins pharmaceutiques de la population.

C'est la Loi du 19 décembre 2007 qui pose désormais les conditions d'ouverture d'une officine de pharmacie dans les communes :
dans une commune d'au moins 2500 habitants dépourvue d'officine, une ouverture peut être autorisée ;
dans une commune de plus de 2500 habitants avec déjà une ou plusieurs officines, une ouverture peut être autorisée par tranche supplémentaire de 3500 habitants.

Cependant la règle est à la priorisation des regroupements d'officine sur les transferts et en dernier lieu les créations.
L'âge moyen national des pharmaciens titulaires d'officine est de 47 ans.

Les données régionales

Pour leur première installation en officine, les jeunes pharmaciens privilégient plutôt la moitié nord de la France (coût de l'investissement moindre).
Le littoral méditerranéen se caractérise donc par une moyenne d'âge plus élevée des pharmaciens titulaires d'une officine.

Le nombre d'étudiants en pharmacie admissibles en deuxième année d'études à la faculté de Marseille était de 191 en 2009 et 2010, il est de 149 en 2011.

La densité pharmaceutique par habitant met en lumière une bonne répartition des officines.
En 2009, le nombre d'habitants par pharmacie en moyenne nationale est de 2849.

Département	Nombre de pharmacies	Population municipale	Habitants / pharmacie
04	61	157.965	2590
05	55	134.205	2440
06	465	1.084.428	2332
13	771	1.966.005	2550
83	370	1.001.408	2706
84	201	538.902	2681

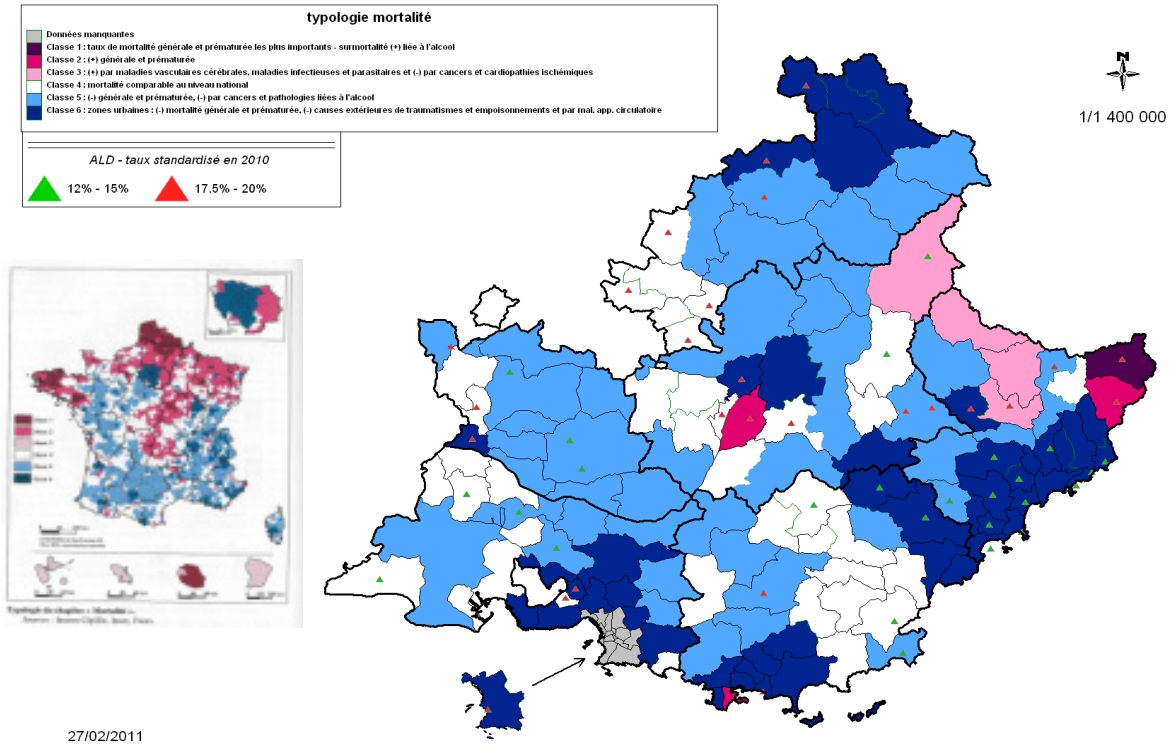
Dans la plus part des grandes villes, les pharmacies sont en nombre excédentaire.
Dans les zones de plus faibles densités démographiques, liées à une certaine désertification ou à des contraintes topographiques, l'approvisionnement de la population en médicaments de première nécessité est assuré par des médecins dits propharmaciens, présents sur le territoire régional au nombre de 25.

Il n'apparait pas de nécessité à l'implantation d'officines supplémentaires, d'autant que l'économie officinale actuelle est plutôt défaillante.

Les cartes

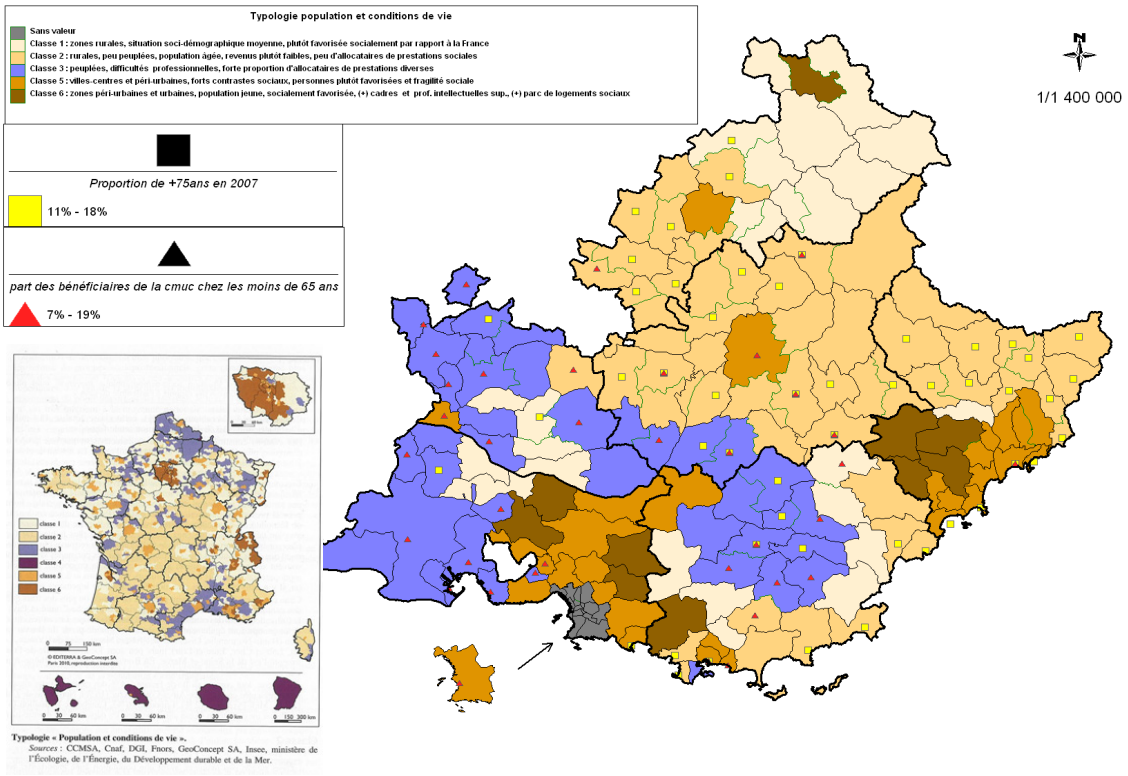
Typologies FNORS

TYPOLOGIES FNORS



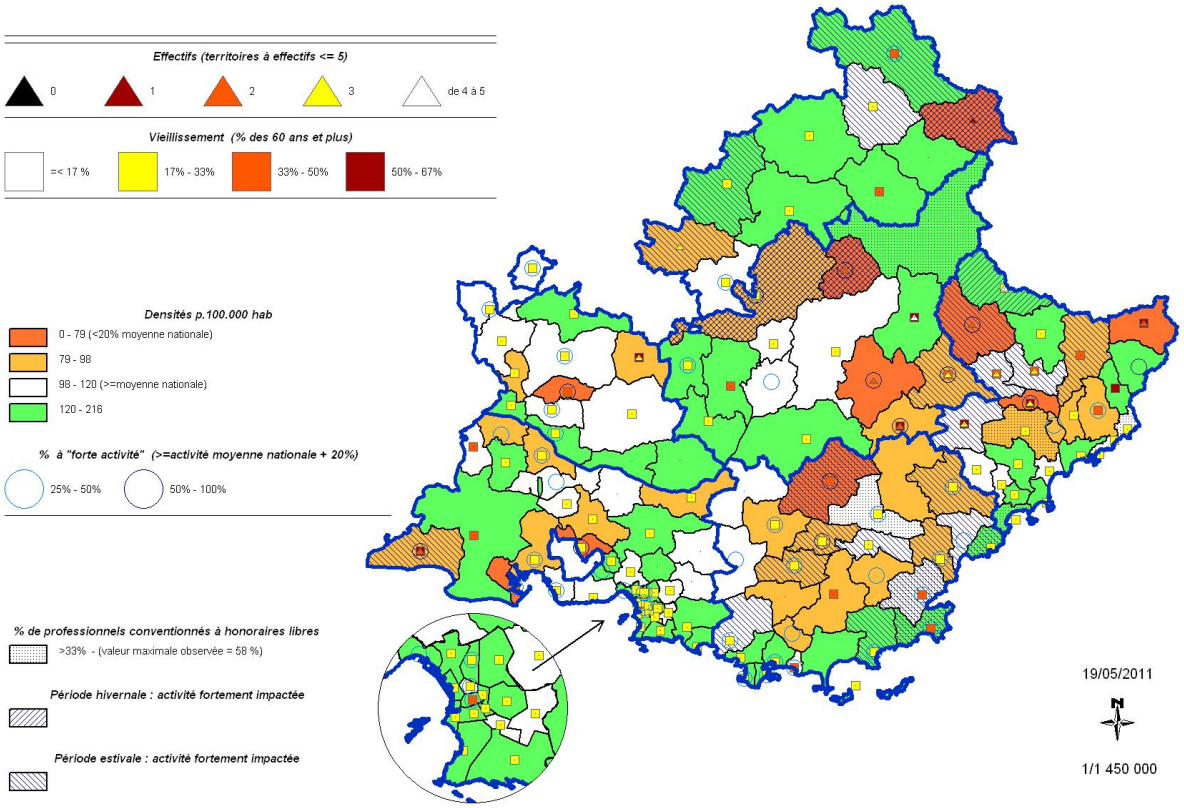
27/02/2011

TYPOLOGIES FNORS

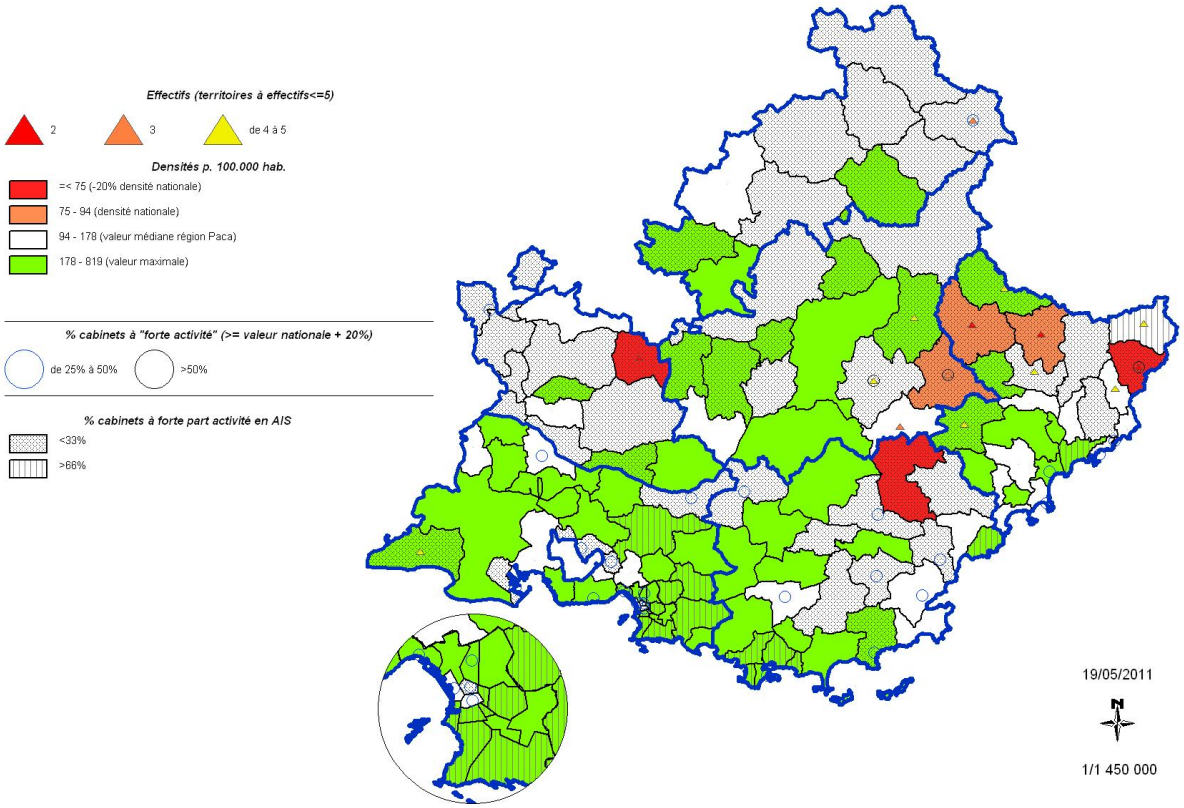


Typologie « Population et conditions de vie ».
Sources : CCMSA, Cnaf, DGI, Fnors, GeoConcept SA, Insee, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.

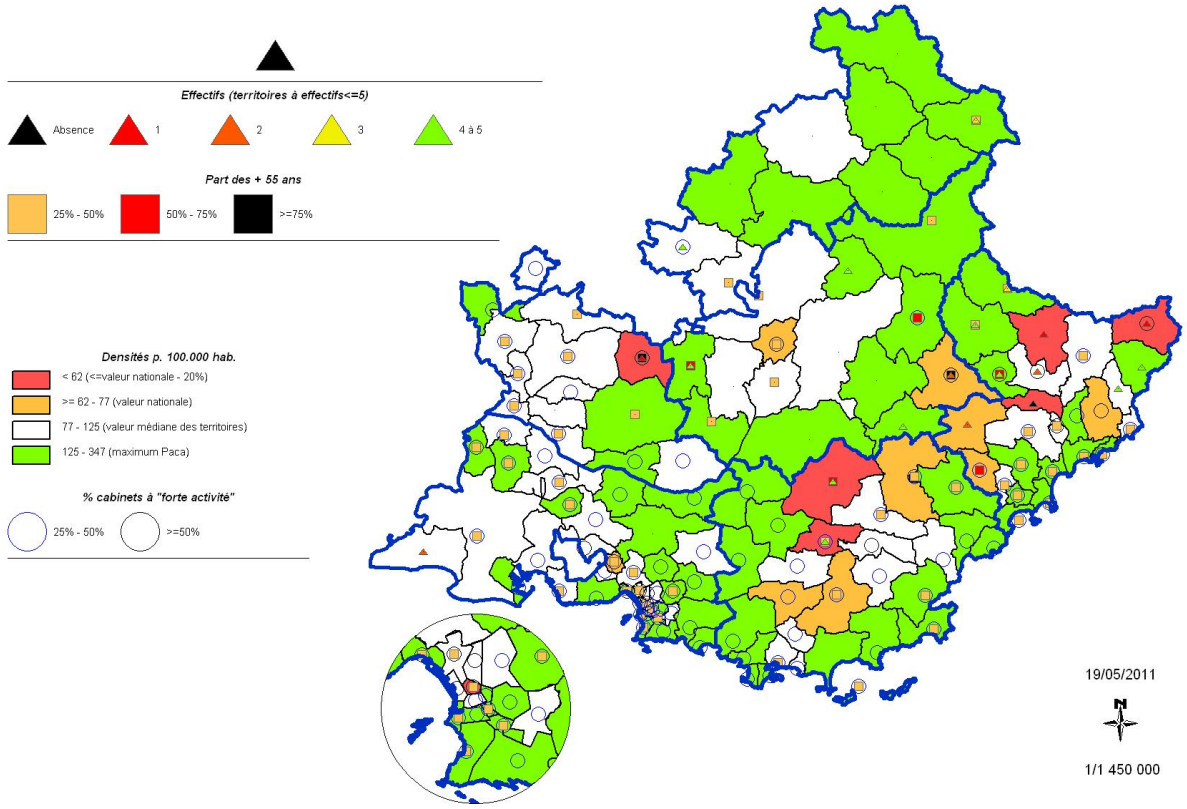
Les médecins généralistes



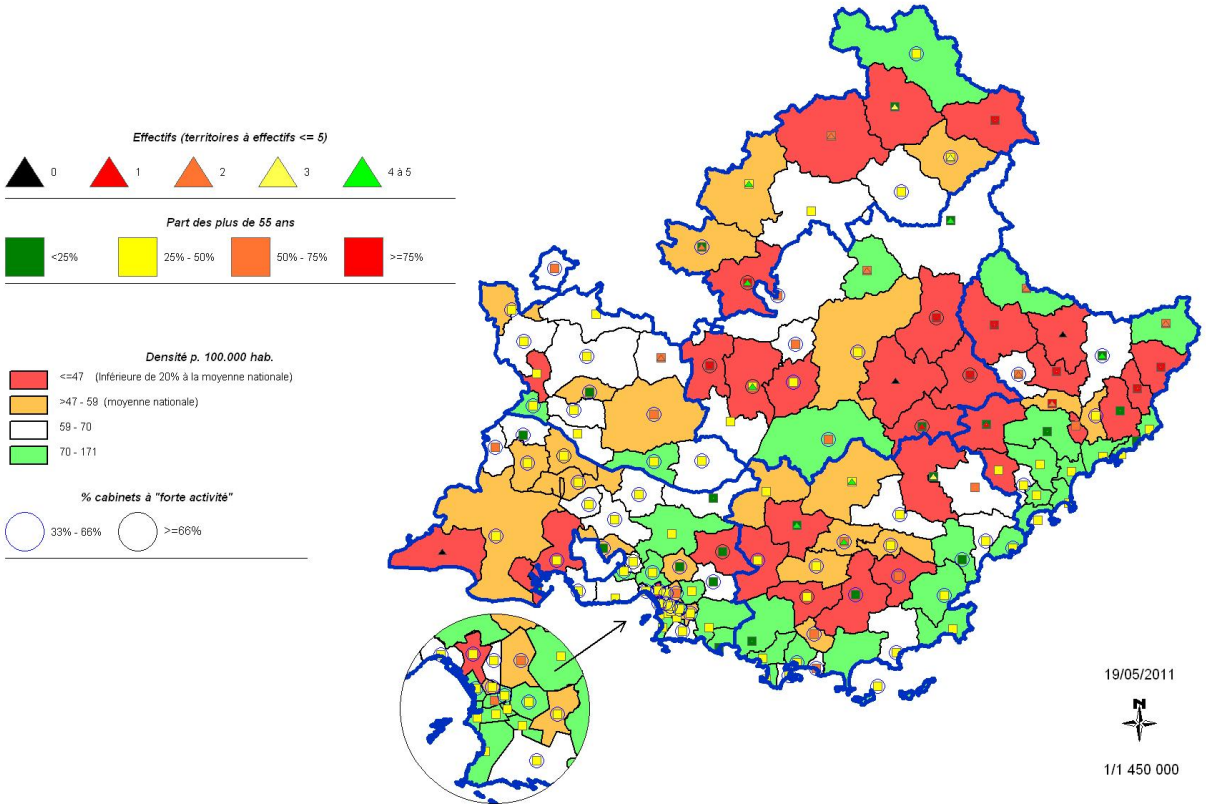
Les infirmiers



Les masseurs kinésithérapeutes

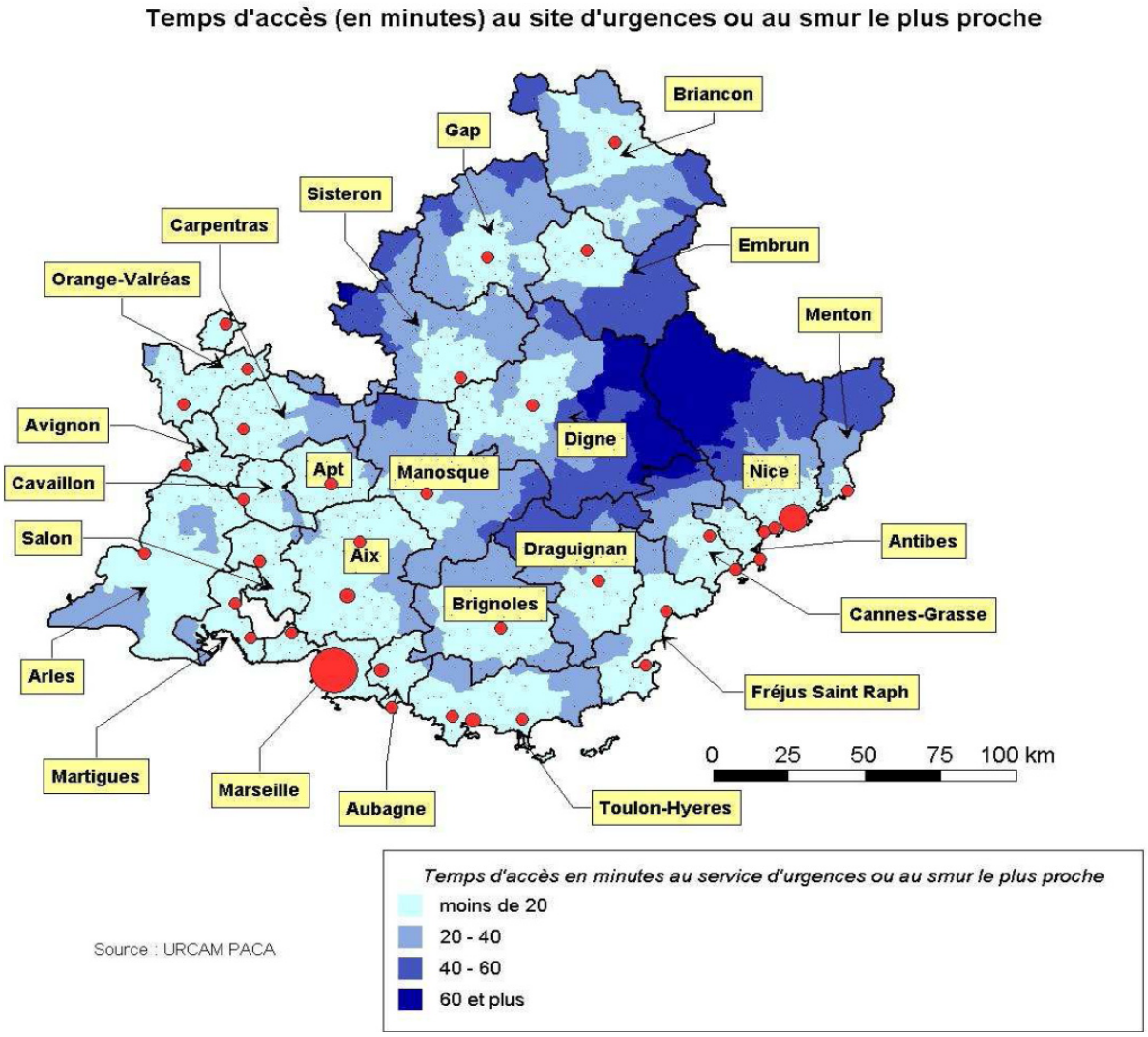


Les chirurgiens dentistes



ANNEXES SROS Chapitre Urgence

1. *Cartographie*



2. Communes de rattachement des SMUR et population desservie

Alpes de Haute Provence

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Digne	Aiglun	Le Castellard-Melan
Digne	Allons	Le Chaffaut-Saint-Jurson
Digne	Allos	Le Vernet
Digne	Angles	Les Mées
Digne	Archail	L'Escale
Digne	Auzet	Majastres
Digne	Barles	Malijai
Digne	Barras	Mallemoisson
Digne	Barrême	Marcoux
Digne	Beaujeu	Mézel
Digne	Beauvezer	Mirabeau
Digne	Beynes	Montclar
Digne	Blégiers ou Prads-Haute-Bléone	Moriez
Digne	Blieux	Peyroules
Digne	Bras-d'Asse	Puimichel
Digne	Brunet	Puimoisson
Digne	Castellane	Rougon
Digne	Champtercier	Saint-André-les-Alpes
Digne	Châteauredon	Saint-Jacques
Digne	Chaudon-Norante	Saint-Jeannet
Digne	Clumanc	Saint-Julien-d'Asse
Digne	Colmars	Saint-Jurs
Digne	Demandolx	Saint-Lions
Digne	Digne-les-Bains	Saint-Martin-lès-Seyne
Digne	Draix	Selonnet
Digne	Entrages	Senez
Digne	Estoublon	Seyne
Digne	Gigors	Soleilhas
Digne	Hautes-Duyes	Tartonne
Digne	La Garde	Thoard
Digne	La Javie	Thorame-Basse
Digne	La Mure-Argens	Thorame-Haute
Digne	La Palud-sur-Verdon	Verdaches
Digne	La Robine-sur-Galabre	Vergons
Digne	Lambruisse	Villars-Colmars
Digne	Le Brusquet	
TOTAL SMUR DIGNE : 45 958		

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Manosque	Allemagne-en-Provence	Oraison
Manosque	Aubenas-les-Alpes	Peyruis
Manosque	Banon	Pierrerue
Manosque	Céreste	Pierrevert
Manosque	Châteauneuf-Val-Saint-Donat	Quinson
Manosque	Corbières	Redortiers
Manosque	Cruis	Reillanne
Manosque	Dauphin	Revest-des-Brousses
Manosque	Entrevennes	Revest-du-Bion
Manosque	Esparron-de-Verdon	Revest-Saint-Martin
Manosque	Fontienne	Riez
Manosque	Forcalquier	Roumoules
Manosque	Ganagobie	Sainte-Croix-à-Lauze
Manosque	Gréoux-les-Bains	Sainte-Croix-de-Verdon
Manosque	La Brillanne	Saint-Etienne-les-Orgues
Manosque	La Rochegiron	Sainte-Tulle
Manosque	Lardiers	Saint-Julien-du-Verdon
Manosque	Le Castellet	Saint-Laurent-du-Verdon
Manosque	L'Hospitalet	Saint-Maime
Manosque	Limans	Saint-Martin-de-Brômes
Manosque	Lurs	Saint-Martin-les-Eaux
Manosque	Mallefougasse-Augès	Saint-Michel-l'Observatoire
Manosque	Mane	Saumane
Manosque	Manosque	Sigonce
Manosque	Montagnac-Montpezat	Simiane-la-Rotonde
Manosque	Montfort	Vachères
Manosque	Montfuron	Valensole
Manosque	Montjustin	Villemus
Manosque	Montlaux	Villeneuve
Manosque	Montsalier	Volx
Manosque	Moustiers-Sainte-Marie	Les Omergues
Manosque	Niozelles	Ginasservis (83)
Manosque	Ongles	Saint-Julien (83)
Manosque	Oppedette	Vinon-sur-Verdon (83)
TOTAL SMUR MANOSQUE : 85 214		

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Sisteron	Aubignosc
Sisteron	Château-Arnoux-Saint-Auban
Sisteron	Peipin
Sisteron	Salignac
Sisteron	Sourribes
Sisteron	Volonne
Sisteron	Authon
Sisteron	Bayons
Sisteron	Bellaffaire
Sisteron	Bevons
Sisteron	Châteaufort
Sisteron	Châteauneuf-Miravail
Sisteron	Clamensane
Sisteron	Curel
Sisteron	Entrepierres
Sisteron	Faucon-du-Caire
Sisteron	Le Caire
Sisteron	Melve
Sisteron	Mison
Sisteron	Nibles
Sisteron	Noyers-sur-Jabron
Sisteron	Saint-Geniez
Sisteron	Saint-Vincent-sur-Jabron
Sisteron	Sigoyer
Sisteron	Sisteron
Sisteron	Turriers
Sisteron	Valavoire
Sisteron	Valbelle
Sisteron	Valernes
Sisteron	Thèze
Sisteron	La Motte-du-Caire
Sisteron	Vaumeilh
Sisteron	Ribiers
Sisteron	Sainte-Colombe
Sisteron	Saint-Pierre-Avez
Sisteron	Saléon
Sisteron	Salérans
Sisteron	Trescléoux
Sisteron	Upaix
TOTAL SMUR SISTERON : 23 673	

Hautes Alpes

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES			SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Gap	Agnières-en-Dévoluy	La Bâtie-Vieille	Barcelonnette	**Briançon**	Abriès
Gap	Ancelle	La Beaume	Chorges	**Briançon**	Aiguilles
Gap	Antonaves	La Bréole	Pontis	**Briançon**	Arvieux
Gap	Aspremont	La Chapelle-en-Valgaudémar	Prunières	**Briançon**	Briançon
Gap	Aspres-lès-Corps	La Cluse	Puy-Saint-Eusèbe	**Briançon**	Ceillac
Gap	Aspres-sur-Buëch	La Condamine-Châtelard	Puy-Sanières	**Briançon**	Cervières
Gap	Avançon	La Fare-en-Champsaur	Rabou	**Briançon**	Champcella
Gap	Baratier	La Faurie	Rambaud	**Briançon**	Château-Ville-Vieille
Gap	Barcillonnette	La Freissinouse	Réallon	**Briançon**	Eygliers
Gap	Barret-le-Bas ou Barret-sur-Méouge	La Haute-Beaume	Remollon	**Briançon**	Freissinières
Gap	Bénévent-et-Charbillac	La Rochette	Ribeyret	**Briançon**	Guillestre
Gap	Bréziers	La Saulce	Rochebrune	**Briançon**	La Grave
Gap	Bruis	Lagrand	Saint-André-de Rosans	**Briançon**	La Roche-de-Rame
Gap	Buissard	Laragne-Montéglin	Saint-Apollinaire	**Briançon**	La Salle les Alpes
Gap	Chabestan	Larche	Saint-Auban-d'Oze	**Briançon**	L'Argentière-la-Bessée
Gap	Chabottes	Lardier-et-Valença	Saint-Bonnet-en-Champsaur	**Briançon**	Le Monêtier-les-Bains
Gap	Champoléon	Laye	Saint-Clément-sur-Durance	**Briançon**	Les Vigneaux
Gap	Chanousse	Lazer	Saint-Disdier	**Briançon**	Molines-en-Queyras
Gap	Châteauneuf-de-Chabre	Le Bersac	Sainte-Marie	**Briançon**	Mont-Dauphin
Gap	Châteauneuf-d'Oze	Le Glaizil	Saint-Étienne-en-Dévoluy	**Briançon**	Montgenèvre
Gap	Châteauroux-les-Alpes	Le Lauzet-Ubaye	Saint-Étienne-le-Laus	**Briançon**	Névache
Gap	Châteauvieux	Le Noyer	Saint-Eusèbe-en-Champsaur	**Briançon**	Pelvoux
Gap	Chauffayer	Le Poët	Saint-Firmin	**Briançon**	Puy-Saint-André
Gap	Claret	Le Saix	Saint-Genis	**Briançon**	Puy-Saint-Pierre
Gap	Crévoux	Le Sauze-du-Lac	Saint-Jacques-en-Valgodemard	**Briançon**	Puy-Saint-Vincent
Gap	Crots	L'Épine	Saint-Jean-Saint-Nicolas	**Briançon**	Réotier
Gap	Curbans	Les Costes	Saint-Julien-en-Beauchêne	**Briançon**	Risoul
Gap	Embrun	Les Infournas	Saint-Julien-en-Champsaur	**Briançon**	Ristolas
Gap	Enchastrayes	Les Orres	Saint-Laurent-du-Cros	**Briançon**	Saint-Chaffrey
Gap	Esparron	Les Thuiles	Saint-Léger-les-Mélèzes	**Briançon**	Saint-Crépin
Gap	Espinasses	Lettret	Saint-Maurice-en-Valgodemard	**Briançon**	Saint-Martin-de-Queyrières
Gap	Étoile-Saint-Cyrice	Manteyer	Saint-Michel-de-Chaillol	**Briançon**	Saint-Véran
Gap	Eyguians	Méolans-Revel	Saint-Paul-sur-Ubaye	**Briançon**	Val-des-Prés
Gap	Faucon-de-Barcelonnette	Méreuil	Saint-Pierre-d'Argençon	**Briançon**	Vallouise
Gap	Forest-Saint-Julien	Meyronnes	Saint-Pons	**Briançon**	Vars
Gap	Fouillouse	Monêtier-Allemont	Saint-Sauveur	**Briançon**	Villar-d'Arêne
Gap	Furmeyer	Montbrand	Saint-Vincent-les-Forts	**Briançon**	Villar-Saint-Pancrace
Gap	Gap	Montclus	Savines-le-Lac	**TOTAL SMUR BRIANCON : 34 238**	
Gap	Jarjayes	Montgardin	Savournon		
Gap	Jausiers	Montjay	Serres		
Gap	La Bâtie-Montsaléon	Montmaur	Sigottier		
Gap	La Bâtie-Neuve	Montmorin	Sigoyer		
Gap	La Bâtie-Vieille	Montrond	Sorbiers		
Gap	La Beaume	Moydans	Tallard		
Gap	La Bréole	Neffes	Théus		
Gap	La Haute-Beaume	Nossage-et-Bénévent	Uvernet-Fours		
Gap	La Motte-en-Champsaur	Orcières	Valserres		
Gap	La Piarre	Orpierre	Ventavon		
Gap	La Roche-des-Arnauds	Oze	Venterol		
Gap	Rosans	Pelleautier	Veynes		
Gap	Rousset	Piégut	Villar-Loubière		
Gap	Saint-André-d'Embrun	Poligny	Vitrolles		
TOTAL SMUR GAP 107 097					

Alpes Maritimes

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Antibes	Antibes
Antibes	Biot
Antibes	Cagnes-sur-Mer
Antibes	Coursegoules
Antibes	La Colle-sur-Loup
Antibes	La Gaude
Antibes	Saint-Laurent-du-Var
Antibes	Saint-Paul
Antibes	Tourrettes-sur-Loup
Antibes	Valbonne
Antibes	Vallauris
Antibes	Vence
Antibes	Villeneuve-Loubet
TOTAL SMUR ANTIBES 263 135	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Cannes	Cannes
Cannes	La Roquette-sur-Siagne
Cannes	Le Cannet
Cannes	Mandelieu-la-Napoule
Cannes	Mougins
Cannes	Pégomas
Cannes	Théoule-sur-Mer
Cannes	Tanneron (83)
Cannes	Les Adrets-de-l'Estérel
TOTAL SMUR CANNES 171 900	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Grasse	Caussols
Grasse	Châteauneuf-Grasse
Grasse	Courmes
Grasse	Gourdon
Grasse	Le Bar-sur-Loup
Grasse	Le Rouret
Grasse	Opio
Grasse	Roquefort-les-Pins
Grasse	Amirat
Grasse	Andon
Grasse	Auribeau-sur-Siagne
Grasse	Briançonnet
Grasse	Cabris
Grasse	Caille
Grasse	Cipières
Grasse	Collongues
Grasse	Escragnolles
Grasse	Gars
Grasse	Grasse
Grasse	Gréolières
Grasse	Le Mas
Grasse	Le Tignet
Grasse	Les Mujouls
Grasse	Mouans-Sartoux
Grasse	Peymeinade
Grasse	Saint-Auban
Grasse	Saint-Cézaire-sur-Siagne
Grasse	Saint-Vallier-de-Thiey
Grasse	Séranon
Grasse	Spéracèdes
Grasse	Valderoure
Grasse	Callian (83)
Grasse	Mons (83)
Grasse	La Bastide (83)
Grasse	La Martre (83)
TOTAL SMUR GRASSE : 112 331	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES		
Nice	Ascros	Gilette	Marie
Nice	Aiglun	Guillaumes	Massoins
Nice	Annot (04)	Ilonse	Nice
Nice	Aspremont	Isola	Peille
Nice	Auvare	La Bollène-Vésubie	Peillon
Nice	Bairols	La Croix-sur-Roudoule	Péone
Nice	Beaulieu-sur-Mer	La Penne	Pierlas
Nice	Beausoleil	La Roquette-sur-Var	Pierrefeu
Nice	Belvédère	La Tour	Puget-Rostang
Nice	Bendejun	La Trinité	Puget-Théniers
Nice	Berre-les-Alpes	La Turbie	Revest-les-Roches
Nice	Beuil	Lantosque	Rigaud
Nice	Bézaudun-les-Alpes	Saint-André de la Roche	Rimplas
Nice	Blausasc	Saint-Antonin	Roquebillière
Nice	Bonson	Saint-Blaise	Roquesteron
Nice	Bouyon	Saint-Dalmas-le-Selvage	Roquestéron-Grasse
Nice	Cantaron	Saint-Etienne-de-Tinée	Roubion
Nice	Cap-d'Ail	Saint-Jean-Cap-Ferrat	Sigale
Nice	Carros	Saint-Jeannet	Thiéry
Nice	Castagniers	Saint-Léger	Toudon
Nice	Châteauneuf-d'Entraunes	Saint-Martin-d'Entraunes	Touët-de-l'Escarène
Nice	Châteauneuf-Villevieille	Saint-Martin-du-Var	Touët-sur-Var
Nice	Clans	Saint-Martin-Vésubie	Tourette-du-Château
Nice	Coaraze	Saint-Sauveur-sur-Tinée	Tournefort
Nice	Colomars	Sallagriffon	Tourrette-Levens
Nice	Conségudes	Sauze	Utelle
Nice	Contes	Val-de-Chalvagne (04)	Valdeblore
Nice	Cuébris	La Rochette (04)	Venanson
Nice	Daluis	Saint-Pierre (04)	Villars-sur-Var
Nice	Drap	Le Broc	Villefranche-sur-Mer
Nice	Duranus	Les Ferres	Villeneuve-d'Entraunes
Nice	Entraunes	L'Escarène	Braux (04)
Nice	Entrevaux (04)	Levens	Castellet-lès-Sausses (04)
Nice	Èze	Lieuche	Le Fugeret (04)
Nice	Falicon	Lucéram	Méailles (04)
Nice	Gattières	Malaussène	Ubraye (04)
Nice	Saint-Benoît (04)	Sausses (04)	
TOTAL SMUR NICE: 493 060			

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Menton	Breil-sur-Roya
Menton	Castellar
Menton	Castillon
Menton	Fontan
Menton	Gorbio
Menton	La Brigue
Menton	Menton
Menton	Moulinet
Menton	Roquebrune-Cap-Martin
Menton	Sainte-Agnès
Menton	Saorge
Menton	Sospel
Menton	Tende
TOTAL SMUR MENTON 55 341	

Bouches du Rhône

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Aix en Provence	Aix-en-Provence
Aix en Provence	Beaurecueil
Aix en Provence	Belcodène
Aix en Provence	Bouc-Bel-Air
Aix en Provence	Cabriès
Aix en Provence	Cadolive
Aix en Provence	Châteauneuf-le-Rouge
Aix en Provence	Coudoux
Aix en Provence	Éguilles
Aix en Provence	Fuveau
Aix en Provence	Gardanne
Aix en Provence	Gréasque
Aix en Provence	Jouques
Aix en Provence	La Roque-d'Anthéron
Aix en Provence	Lambesc
Aix en Provence	Le Puy-Sainte-Réparade
Aix en Provence	Le Tholonet
Aix en Provence	Meyrargues
Aix en Provence	Meyreuil
Aix en Provence	Mimet
Aix en Provence	Peynier
Aix en Provence	Peyrolles-en-Provence
Aix en Provence	Puyloubier
Aix en Provence	Rognes
Aix en Provence	Rousset
Aix en Provence	Saint-Antonin-sur-Bayon
Aix en Provence	Saint-Cannat
Aix en Provence	Saint-Estève-Janson
Aix en Provence	Saint-Marc-Jaumegarde
Aix en Provence	Saint-Paul-lès-Durance
Aix en Provence	Saint-Savournin
Aix en Provence	Simiane-Collongue
Aix en Provence	Trets
Aix en Provence	Vauvenargues
Aix en Provence	Velaux
Aix en Provence	Venelles
Aix en Provence	Ventabren
Aix en Provence	Rians (83)
Aix en Provence	Pourcieux (83)
Aix en Provence	Pourrières(83)
TOTAL SMUR AIX EN PROVENCE	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Aubagne	Aubagne
Aubagne	Auriol
Aubagne	Carnoux-en-Provence
Aubagne	Cassis
Aubagne	Ceyreste
Aubagne	Cuges-les-Pins
Aubagne	Gémenos
Aubagne	La Bouilladisse
Aubagne	La Ciotat
Aubagne	La Destrousse
Aubagne	Peypin
Aubagne	Roquefort-la-Bédoule
Aubagne	Roquevaire
Aubagne	Saint-Zacharie (83)
Aubagne	Nans-les-Pins (83)
Aubagne	Plan-d'Aups-Sainte-Baume (83)
TOTAL SMUR AUBAGNE	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Arles	Arles
Arles	Aureille
Arles	Beaucaire (30)
Arles	Fontvieille
Arles	Fourques (30)
Arles	Les Baux-de-Provence
Arles	Maillane
Arles	Mas-Blanc-des-Alpilles
Arles	Maussane-les-Alpilles
Arles	Mouriès
Arles	Paradou
Arles	Saint Gilles(30)
Arles	Saintes-Maries-de-la-Mer
Arles	Saint-Étienne-du-Grès
Arles	Saint-Martin-de-Crau
Arles	Saint-Pierre-de-Mézoargues
Arles	Tarascon
Arles	Saint-Rémy-de-Provence
TOTAL SMUR ARLES	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Martigues	Carry-le-Rouet
Martigues	Châteauneuf-les-Martigues
Martigues	Ensuès-la-Redonne
Martigues	Fos-sur-Mer
Martigues	Istres
Martigues	Martigues
Martigues	Port-de-Bouc
Martigues	Port-Saint-Louis-du-Rhône
Martigues	Saint-Mitre-les-Remparts
Martigues	Sausset-les-Pins
TOTAL SMUR MARTIGUES	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Salon	Alleins
Salon	Aurons
Salon	Berre-l'Étang
Salon	Charleval
Salon	Eyguières
Salon	La Barben
Salon	La Fare-les-Oliviers
Salon	Lamanon
Salon	Lançon-Provence
Salon	Mallemort
Salon	Pélissanne
Salon	Saint-Chamas
Salon	Salon-de-Provence
Salon	Sénas
Salon	Vernègues
Salon	Cornillon-Confoux
Salon	Grans
Salon	Miramas
TOTAL SMUR SALON	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
AP-HM	Les Pennes-Mirabeau
AP-HM	Rognac
AP-HM	Vitrolles
AP-HM	Allauch
AP-HM	Gignac-la-Nerthe
AP-HM	La Penne-sur-Huveaune
AP-HM	Le Rove
AP-HM	Marignane
AP-HM	Marseille
AP-HM	Plan-de-Cuques
AP-HM	Saint-Victoret
AP-HM	Septèmes-les-Vallons
TOTAL SMUR APHM	

Var

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Brignoles	Artigues
Brignoles	Barjols
Brignoles	Besse-sur-Issole
Brignoles	Bras
Brignoles	Brignoles
Brignoles	Brue-Auriac
Brignoles	Cabasse
Brignoles	Camps-la-Source
Brignoles	Carcès
Brignoles	Carnoules
Brignoles	Châteauvert
Brignoles	Correns
Brignoles	Cotignac
Brignoles	Flassans-sur-Issole
Brignoles	Forcalqueiret
Brignoles	Fox-Amphoux
Brignoles	Garéoult
Brignoles	Gonfaron
Brignoles	La Celle
Brignoles	La Roquebrussanne
Brignoles	La Verdière
Brignoles	Le Cannet-des-Maures
Brignoles	Le Luc
Brignoles	Le Val
Brignoles	Les Mayons
Brignoles	Mazaugues
Brignoles	Artignosc-sur-Verdon
Brignoles	Montfort-sur-Argens
Brignoles	Néoules
Brignoles	Ollières
Brignoles	Pignans
Brignoles	Pontevès
Brignoles	Rocbaron
Brignoles	Rougiers
Brignoles	Saint-Maximin -la-Sainte-Baume
Brignoles	Seillons-Source -d'Argens
Brignoles	Tavernes
Brignoles	Tourves
Brignoles	Varages
Brignoles	Vins-sur-Caramy
Brignoles	Entrecasteaux
Brignoles	Esparron
Brignoles	Sainte-Anastasie-sur-Issole
Brignoles	Saint-Martin
Brignoles	Puget-Ville
Brignoles	Méounes-lès-Montrieux
TOTAL SMUR BRIGNOLES : 122 616	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Draguignan	Aiguines
Draguignan	Ampus
Draguignan	Aups
Draguignan	Bargème
Draguignan	Bargemon
Draguignan	Bauduen
Draguignan	Callas
Draguignan	Châteaudouble
Draguignan	Claviers
Draguignan	Comps-sur-Artuby
Draguignan	Draguignan
Draguignan	Figanières
Draguignan	Flayosc
Draguignan	La Motte
Draguignan	Le Bourguet
Draguignan	Les Arcs
Draguignan	Lorgues
Draguignan	Montferrat
Draguignan	Régusse
Draguignan	Saint-Antonin-du-Var
Draguignan	Salernes
Draguignan	Seillans
Draguignan	Sillans-la-Cascade
Draguignan	Taradeau
Draguignan	Tourtour
Draguignan	Trans-en-Provence
Draguignan	Vidauban
Draguignan	Villecroze
Draguignan	Brenon
Draguignan	Châteauvieux
Draguignan	Trigance
Draguignan	Vérignon
Draguignan	Les Salles-sur-Verdon
Draguignan	La Roque-Esclapon
Draguignan	Montmeyan
Draguignan	Baudinard-sur-Verdon
Draguignan	Moissac-Bellevue
Draguignan	Le Thoronet
TOTAL SMUR DRAGUIGNAN : 102 696	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Fréjus	Bagnols-en-Forêt
Fréjus	Saint-Paul-en-Forêt
Fréjus	Fréjus
Fréjus	Le Muy
Fréjus	Puget-sur-Argens
Fréjus	Roquebrune-sur-Argens
Fréjus	Saint-Raphaël
Fréjus	Montauroux
Fréjus	Fayence
Fréjus	Tourrettes
TOTAL SMUR FREJUS : 130 455	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Hyères	Bormes-les-Mimosas
Hyères	Carqueiranne
Hyères	Collobrières
Hyères	Hyères
Hyères	La Crau
Hyères	La Londe-les-Maures
Hyères	Le Lavandou
Hyères	Pierrefeu-du-Var
Toulon	Cuers
TOTAL SMUR HYERES : 121 223	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
St Tropez	Cavalaire-sur-Mer
St Tropez	Cogolin
St Tropez	Gassin
St Tropez	Grimaud
St Tropez	La Croix-Valmer
St Tropez	La Garde-Freinet
St Tropez	La Môle
St Tropez	Plan-de-la-Tour
St Tropez	Ramatuelle
St Tropez	Sainte-Maxime
St Tropez	Saint-Tropez
St Tropez	Rayol-Canadel-sur-Mer
TOTAL SMUR ST TROPEZ : 55 607	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Toulon	Bandol
Toulon	Belgentier
Toulon	Évenos
Toulon	La Farlède
Toulon	La Garde
Toulon	La Seyne-sur-Mer
Toulon	La Valette-du-Var
Toulon	Le Castellet
Toulon	Le Pradet
Toulon	Le Revest-les-Eaux
Toulon	Ollioules
Toulon	Saint-Cyr-sur-Mer
Toulon	Saint-Mandrier-sur-Mer
Toulon	Sanary-sur-Mer
Toulon	Signes
Toulon	Six-Fours-les-Plages
Toulon	Solliès-Pont
Toulon	Solliès-Toucas
Toulon	Solliès-Ville
Toulon	Toulon
Toulon	La Cadière-d'Azur
Toulon	Le Beausset
Toulon	Riboux
TOTAL SMUR TOULON : 433 219	

Vaucluse

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Avignon	Althen-des-Paluds
Avignon	Aramon (30)
Avignon	Avignon
Avignon	Barbentane (13)
Avignon	Bédarrides
Avignon	Caumont-sur-Durance
Avignon	Châteauneuf-de-Gadagne
Avignon	Châteaurenard (13)
Avignon	Domazan (30)
Avignon	Entraigues-sur-la-Sorgue
Avignon	Estezargues (30)
Avignon	Eyragues (13)
Avignon	Graveson (13)
Avignon	Jonquerettes
Avignon	Le Pontet
Avignon	Les Angles (30)
Avignon	Morières-lès-Avignon
Avignon	Noves (13)
Avignon	Pujaut (30)
Avignon	Rochefort du Gard (30)
Avignon	Rognonas (13)
Avignon	Saint-Saturnin-lès-Avignon
Avignon	Sauveterre (30)
Avignon	Saze (30)
Avignon	Sorgues
Avignon	Tavel (30)
Avignon	Vedène
Avignon	Boulbon (13)
Avignon	Villeneuve les Avignon (30)
TOTAL SMUR AVIGNON : 251 896	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Orange	Bollène
Orange	Caderousse
Orange	Cairanne
Orange	Camaret-sur-Aigues
Orange	Châteauneuf-du-Pape
Orange	Courthézon
Orange	Jonquières
Orange	Lagarde-Paréol
Orange	Lamotte-du-Rhône
Orange	Lapalud
Orange	Mondragon
Orange	Montfaucon (30)
Orange	Mornas
Orange	Orange
Orange	Piolenc
Orange	Roquemaure (30)
Orange	Sainte-Cécile-les-Vignes
Orange	Sérignan-du-Comtat
Orange	Travaillan
Orange	Uchaux
Orange	Violès
TOTAL SMUR ORANGE : 92 939	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Apt	Apt
Apt	Auribeau
Apt	Bonnieux
Apt	Buoux
Apt	Caseneuve
Apt	Castellet
Apt	Gargas
Apt	Gignac
Apt	Goult
Apt	Joucas
Apt	Lacoste
Apt	Lagarde-d'Apt
Apt	Lioux
Apt	Murs
Apt	Roussillon
Apt	Rustrel
Apt	Saignon
Apt	Saint-Christol
Apt	Saint-Martin-de-Castillon
Apt	Saint-Saturnin-lès-Apt
Apt	Sivergues
Apt	Viens
Apt	Villars
TOTAL SMUR APT : 27 922	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Carpentras	Aubignan
Carpentras	Aurel
Carpentras	Beaumes-de-Venise
Carpentras	Bédoin
Carpentras	Blauvac
Carpentras	Caromb
Carpentras	Carpentras
Carpentras	Crillon-le-Brave
Carpentras	Flassan
Carpentras	Gigondas
Carpentras	La Roque-Alric
Carpentras	La Roque-sur Pernes
Carpentras	Lafare
Carpentras	Le Barroux
Carpentras	Le Beaucet
Carpentras	Loriol-du-Comtat
Carpentras	Malemort-du-Comtat
Carpentras	Mazan
Carpentras	Méthamis
Carpentras	Modène
Carpentras	Monieux
Carpentras	Monteux
Carpentras	Mormoiron
Carpentras	Pernes-les-Fontaines
Carpentras	Saint-Didier
Carpentras	Saint-Hippolyte-le-
Carpentras	Saint-Pierre-de-Vassols
Carpentras	Saint-Trinit
Carpentras	Sarrians
Carpentras	Sault
Carpentras	Vacqueyras
Carpentras	Venasque
Carpentras	Villes-sur-Auzon
TOTAL SMUR CARPENTRAS : 92 855	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Cavaillon	Beaumettes
Cavaillon	Cabannes (13)
Cavaillon	Cabrières-d'Avignon
Cavaillon	Cavaillon
Cavaillon	Cheval-Blanc
Cavaillon	Eygalières (13)
Cavaillon	Fontaine-de-Vaucluse
Cavaillon	Gordes
Cavaillon	Lagnes
Cavaillon	Le Thor
Cavaillon	L'Isle-sur-la-Sorgue
Cavaillon	Maubec
Cavaillon	Ménerbes
Cavaillon	Mérindol
Cavaillon	Mollégès (13)
Cavaillon	Oppède
Cavaillon	Orgon (13)
Cavaillon	Plan-d'Orgon (13)
Cavaillon	Robion
Cavaillon	Saint-Andiol (13)
Cavaillon	Saint-Pantaléon
Cavaillon	Saumane-de-Vaucluse
Cavaillon	Taillades
Cavaillon	Velleron
Cavaillon	Verquières
TOTAL SMUR CAVAILLON : 97 607	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Pertuis	Ansouis
Pertuis	Beaumont-de-Pertuis
Pertuis	Cabrières-d'Aigues
Pertuis	Cadenet
Pertuis	Cucuron
Pertuis	Grambois
Pertuis	La Bastide-des-Jourdans
Pertuis	La Bastidonne
Pertuis	La Motte-d'Aigues
Pertuis	La Tour-d'Aigues
Pertuis	Lauris
Pertuis	Lourmarin
Pertuis	Mirabeau
Pertuis	Pertuis
Pertuis	Peypin-d'Aigues
Pertuis	Puget
Pertuis	Puyvert
Pertuis	Saint-Martin-de-la-Brasque
Pertuis	Sannes
Pertuis	Vaugines
Pertuis	Villelaure
Pertuis	Vitrolles-en-Lubéron
TOTAL SMUR PERTUIS : 48 384	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Vaison	Beaumont-du-Ventoux	La Charce (26)
Vaison	Brantes	La Penne sur ouveze (26)
Vaison	Buisson	La roche sur le Buis (26)
Vaison	Crestet	Laborel (26)
Vaison	Entrechaux	Le Pegue (26)
Vaison	Faucon	Le Poët en Percip (26)
Vaison	Grillon	Le Poët Sigillat (26)
Vaison	Malaucène	Les Pilles (26)
Vaison	Puyméras	Merindol les Oliviers (26)
Vaison	Rasteau	Mevouillon (26)
Vaison	Richerenches	Montauban sur l'Ouveze (26)
Vaison	Roaix	Montaulieu (26)
Vaison	Sablet	Montbrison sur Lez (26)
Vaison	Saint-Léger-du-Ventoux	Montbrun les Bains (26)
Vaison	Saint-Marcellin-lès-Vaison	Montferrand la Fare (26)
Vaison	Saint-Romain-en-Viennois	Montguers (26)
Vaison	Saint-Roman-de-Malegarde	Montreal les Sources (26)
Vaison	Savoillan	Pelonne (26)
Vaison	Séguret	Piegon (26)
Vaison	Suzette	Pierrelongue (26)
Vaison	Vaison-la-Romaine	Plaisians (26)
Vaison	Valréas	Pommerol (26)
Vaison	Villedieu	Propiac (26)
Vaison	Visan	Reilhanette (26)
Vaison	Buis les Baronnies (26)	Remuzat (26)
Vaison	Mirabel aux Baronnies (26)	Rioms (26)
Vaison	Mollans sur l'Ouvèze (26)	Rochebrune (26)
Vaison	Nyons (26)	La Rochette du Buis (26)
Vaison	Vinsobres (26)	Rousset les vignes (26)
Vaison	Arpavon (26)	Sahune (26)
Vaison	Aubres (26)	Sederon (26)
Vaison	Aulan (26)	St Auban sur l'Ouveze (26)
Vaison	Ballons (26)	St Ferreol Trente Pas (26)
Vaison	La Beaume - de - Transit (26)	St Maurice sur Eygues (26)
Vaison	Beauvoisin (26)	St May (26)
Vaison	Bellecombe Tarendol (26)	St Pantaléon les Vignes (26)
Vaison	Benivay Ollon (26)	St Sauveur Gouvernet (26)
Vaison	Besignan (26)	Ste Euphémie sur Ouvèze (26)
Vaison	Bouchet (26)	Sainte Jalle (26)
Vaison	Chateauneuf de bordette (26)	Suze la Rousse (26)
Vaison	Chaudebonne (26)	Tulette (26)
Vaison	Chauvac Laux Montaux (26)	Valouse (26)
Vaison	Colonzelle (26)	Venterol (26)
Vaison	Condorcet (26)	Verclause (26)
Vaison	Cornillac (26)	Vercoiran (26)
Vaison	Cornillon sur l 'Oule (26)	Vers sur meouge (26)
Vaison	Curnier (26)	Villefranche le Château (26)
Vaison	Eygaliers (26)	Villeperdrix (26)
Vaison	Eyroles (26)	Taulignan (26)
Vaison	Izons la Bruisse (26)	
TOTAL SMUR VAISON 62 887		

3. Liste des maisons médicales de garde

Département	Ville	MMG	Patients venant des urgences	Total consult Année 2008	Total consult Année 2009	Total consult Année 2010
05	**Gap**	**MMG du Gapençais (MMGG)**	4%	5316	NR	5985
06	**Cannes**	**CH de Cannes**		_	_	_
06	**Grasse**	**CH de Grasse**		_	_	2 039
06	**Nice**	**Hôpital Saint Roch (urgences)**	NR	NR	NR	NR
13	**Marseille**	**Maison Médicale Marseille Nord -** Hôpital Nord-	81%	5424	NR	4754
13	Martigues	**MGM Martigues**	NR		NR	3740
13	**Istres**	**Groupe Istréen des Professions de Santé (GIPS)**-	0%	NR	3436	3171
13	**Marseille**	**HIA Laveran -**	NR	7800	NR	NR
83	**Fréjus**	**Maison Médicale Fréjus Saint Raphël**	36%	6124		6113
83	**Draguignan**	**CH de la Dracénie**	NR	4 796 4 898	5 646 5 689	4 882
83	**Le Luc**	**Quartier Précoumin**	NR			2500
83	**Brignoles**	**Centre hospitalier**	NR	2 709	3 229	2 733
83	**La Seyne**	**Cité BERTHE**	NR	2	892	1 561 2443
83	**Hyères**	**CH Marie Josée Trefflo**	NR	4 870	4 720	4 374 4679
83	**St Maximin**	**Maison Medicale**	NR	NR	NR	NR
83	**St Tropez**	**Pôle de Santé du Golfe de St Tropez**	NR			5728
84	**Avignon**	**Association des Médecins Généralistes du Grand Avignon (AMGGA)**	26%			13048
84	**Avignon**	**Maison médicale "La rose des vents"(SOS MEDECINS)**	NR			NR

www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur