



SRS

Schéma régional de santé
2018 – 2023

PRS 2018-2028
NOUVELLE
AQUITAINE
Projet Régional de Santé

Editorial



Michel Laforcade
Directeur général
ARS Nouvelle-Aquitaine

Un schéma transversal, synthétique, au service d'une approche globale de la santé

Ce nouveau schéma régional 2018-2023, désormais unique, nous invite à nous projeter dans une approche globale de la santé.

Une approche qui place la santé au cœur de toutes les politiques pilotées par l'agence et portées par nos partenaires : services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale.

Une approche qui engage tous les acteurs à développer davantage la transversalité entre les secteurs, à faire émerger de nouvelles modalités de prises en charge et des modes de travail collaboratif.

Une approche qui prend en compte les besoins de la personne dans son milieu de vie et vise à y répondre de la façon la plus appropriée, dans le respect de ses choix, en évitant les ruptures dans la chaîne d'accompagnement et de soins qui peuvent être préjudiciables aux publics les plus fragiles. C'est le sens de la stratégie régionale parcours dont le déploiement se conjuguera avec la mise en œuvre du schéma régional de santé.

Pour que cet engagement soit concret, pour que chacun puisse s'y inscrire à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine, pour que la politique régionale réponde le mieux possible aux besoins de la population, l'élaboration du schéma a été largement concertée : concertation avec les représentants des opérateurs en santé, des professionnels, des usagers, concertation avec les instances de démocratie en santé, régionales et territoriales, concertation avec les partenaires de politiques publiques.

Ainsi, j'ai souhaité que l'ambition de transversalité se concrétise de manière très précise, avec des priorités majeures, des objectifs clairs, atteignables par la mobilisation des acteurs.

Un schéma plus transversal et plus concret, c'est aussi un schéma plus lisible, résolument plus court, pour en faire un document tourné vers l'action.

Une action qui sera déclinée année après année, et sur les territoires, pour que le schéma reste un outil vivant, au service d'une politique régionale de santé dynamique, suivie et soucieuse des résultats concrets.



Sommaire

Editorial	2
Sommaire	3
Attendus et méthode d'élaboration du schéma régional de santé Nouvelle-Aquitaine	5
Axe 1 :	10
Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé.....	10
1.1. Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens	12
1.1.1. Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et les compétences de vie.....	12
1.1.2. Développer les actions de promotion de la santé et de prévention par tous les acteurs de santé	13
1.1.3. Inciter et accompagner les collectivités territoriales et leurs groupements dans la mise en place d'actions sur les déterminants de santé	14
1.2 Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé	16
1.2.1 Garantir aux enfants une équité d'accès à la santé globale, plus particulièrement pendant la petite enfance	16
1.2.2 Agir sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de nutrition	17
1.2.3 Développer un parcours de santé sexuelle adapté et respectueux de l'individu, de ses spécificités et de ses choix	18
1.2.4 Prévenir les conduites addictives et réduire leurs conséquences nocives	19
1.2.5 Prévenir la perte d'autonomie (liée à l'âge).....	21
1.3 Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé	24
1.3.1 Agir sur les déterminants environnementaux de la santé, notamment dans la vie foetale et la petite enfance.....	24
1.3.2 Développer des actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, universitaire et périscolaire.....	25
1.3.3 Agir sur le logement et l'hébergement, notamment pour les populations les plus vulnérables.....	26
1.3.4 Promouvoir et accompagner les actions de développement de la santé en milieu de travail .	27
1.4 Mobiliser les outils de prévention du système de santé	29
1.4.1 Promouvoir la vaccination.....	29
1.4.2 Renforcer les dépistages et les repérages précoces	30
Axe 2 :	34
Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé .	34
2.1 Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d'urgence ou de crise	36
2.1.1 Garantir un accès équitable aux soins primaires.....	36
2.1.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le système de santé des populations vulnérables	38
2.1.3 Organiser l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés	40
2.1.4 Accompagner une organisation des activités de diagnostic garantissant qualité et accessibilité	45
2.1.5 Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif	48
2.1.6 Poursuivre la transformation de l'offre de soins et médico-sociale en garantissant la gradation et la complémentarité des services et des structures	50

2.1.7	Développer l'usage de la télémédecine, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes fragiles ou en situation d'isolement	53
2.1.8	Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles.....	55
2.1.9	Encourager la coopération transfrontalière.....	57
2.2	Organiser des parcours de santé sans ruptures.....	60
2.2.1	Mettre en œuvre une stratégie régionale parcours qui profite au plus grand nombre, et en particulier aux plus fragiles	60
2.2.2	Définir, mettre en œuvre et accompagner une organisation de la santé en parcours.....	63
2.2.3	Soutenir le développement des fonctions d'appui et des initiatives des professionnels visant à améliorer le parcours coordonné des patients.....	85
2.2.4	Développer les usages du numérique en santé au service de l'accès à une offre de santé coordonnée dans les territoires	87
2.3	Renforcer la démocratie en santé, l'implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel.....	89
Axe 3 :.....		93
Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge		93
3.1	Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques.....	95
3.1.1	Développer la culture de sécurité de l'ensemble des professionnels en associant les usagers	95
3.1.2	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge.....	97
3.1.3	Améliorer la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la fin de vie	99
3.1.4	Promouvoir la réflexion éthique dans les soins et les accompagnements.....	101
3.2	Améliorer la pertinence des soins, des accompagnements et des produits de santé	103
3.3	Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge.....	105
3.3.1	Maintenir les compétences et une démographie médicale adaptées aux besoins des territoires	105
3.3.2	Promouvoir le prendre soin des professionnels du champ de la santé	107
3.4	Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation	110
Objectifs quantifiés de l'offre de soins.....		118
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) et activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN).....		118
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales		123
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.....		124
Réanimation		127
Soins de Longue Durée.....		130
Psychiatrie.....		132
Médecine sous la forme d'hospitalisation à domicile (HAD).....		140
Médecine		143
Médecine d'urgence		147
Chirurgie		154
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale.....		158
Soins de suite et de réadaptation		163
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.....		179
Traitement du cancer.....		185
Equipements matériels lourds		200
Permanence des soins en établissements de santé		210
Glossaire		235

UN SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ TOURNÉ VERS L'ACTION...

Un document au service de la transformation du système de santé régional

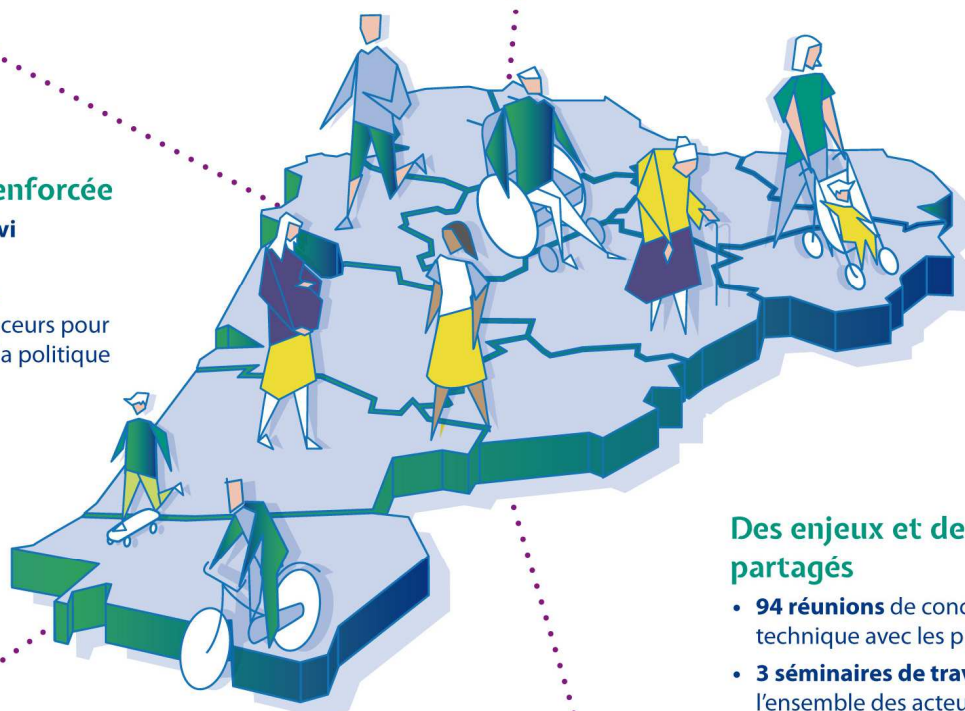
- Un **document plus court, plus accessible** pour permettre à tous les acteurs de s'y inscrire
- Un cadre pour **coordonner les politiques publiques de santé**

Un schéma unique pour plus de transversalité

- Une déclinaison du cadre d'orientation stratégique en **objectifs opérationnels sur 5 ans**
- Une **approche globale de la santé** (prévention, offre sanitaire et médico-sociale, veille et sécurité sanitaires, santé environnementale)

Une évaluation renforcée

- Une **exigence de suivi** clairement affichée
- Un **nombre resserré d'indicateurs** dits traceurs pour permettre d'adapter la politique régionale de santé



Des enjeux et des priorités partagés

- **94 réunions** de concertation technique avec les professionnels
- **3 séminaires de travail** réunissant l'ensemble des acteurs de santé
- **L'association des instances et des partenaires** de l'ARS
- **Une large consultation** sur une période de 3 mois (120 contributions reçues)

Une déclinaison territoriale

- Des territoires contrastés nécessitant une **adaptation de la politique régionale de santé**
- Des **plans d'action territoriaux** à décliner en lien avec les conseils territoriaux de santé (CTS)

AXE 1

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ RENFORCER L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

- Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens
- Agir le plus tôt possible sur les déterminants de santé
- Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé
- Mobiliser les outils de prévention du système de santé (vaccination, dépistages...)



AXE 2

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ ORGANISER UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, ACCESSIBLE À TOUS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DE SANTÉ

- Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d'urgence ou de crise
- Organiser des parcours de santé sans ruptures
- Renforcer la démocratie sanitaire, l'implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel



AXE 3

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

- Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques
- Améliorer la pertinence des soins, des accompagnements et des produits de santé
- Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge
- Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation et l'évaluation



UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

Avec 6 objectifs opérationnels et 13 priorités d'action.



Attendus et méthode d'élaboration du schéma régional de santé Nouvelle-Aquitaine

Un schéma unique pour plus de transversalité

Le schéma régional de santé (SRS) de Nouvelle-Aquitaine 2018-2023, désormais unique, rompt avec l'approche segmentée de l'organisation de la santé - prévention, offre sanitaire, offre médico-sociale. Il comporte les objectifs opérationnels de la politique régionale de santé et décline les orientations stratégiques définies par le cadre d'orientation stratégique (COS).

Conformément à l'article R. 1434-6 du Code de la santé publique, et en cohérence avec la Stratégie nationale de santé, le SRS vise à « développer la prévention et la promotion de la santé, améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, sur les plans social, géographique et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies, préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ».

Il intègre également la finalité de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, inhérente à la politique de santé conduite en France.

Le SRS Nouvelle-Aquitaine traduit donc l'ambition de transversalité de la politique régionale de santé, et de renforcement de la coordination des politiques publiques ayant un lien direct ou indirect avec la santé : partenariat avec les services de l'Etat, les organismes de protection sociale, les collectivités territoriales.

Adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose ainsi que, autour du citoyen, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

Centré sur l'objectif, il est résolument tourné vers le résultat à atteindre, et donc l'utilisateur.

Une concertation élargie pour partager les enjeux et les priorités

L'élaboration du SRS s'est appuyée sur 94 réunions de concertation technique de mars à juin 2017, qui ont sollicité plus de 160 acteurs en santé: partenaires de politiques publiques, opérateurs en santé de tous les secteurs, et représentants d'utilisateurs. Les travaux de concertation se sont appuyés sur les

éléments de diagnostic régional et territoriaux, ainsi que sur les bilans des projets régionaux de santé (PRS) des trois ex-régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes.

Deux séminaires de travail, en mars et juin 2017, en présence de représentants des membres de la commission régionale santé autonomie (CRSA), des commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) et des conseils territoriaux de santé (CTS) ont permis de partager la réflexion, et d'enrichir les contributions issues de la concertation technique.

Parallèlement, et en continu depuis le printemps 2016, les instances et les partenaires de l'agence ont été associés à l'élaboration du SRS.

Un document synthétique et engageant au service de la transformation du système de santé régional

Le principe de décloisonnement qui guide la politique régionale de santé a été traduit dans la structure du SRS. Le lecteur est ainsi invité à une lecture globale du présent document.

En cohérence avec l'ambition du PRS « amplifier la transformation du système de santé pour garantir la qualité des réponses aux besoins et l'accessibilité globale au système de santé », les objectifs opérationnels de la politique régionale sont organisés autour de 3 axes :

- Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé
- Organiser un système de santé de qualité, coordonné et accessible à tous
- Garantir la qualité et la pertinence des prises en charge.

Cette ambition de transformation a également amené au choix d'un document résolu plus court que les précédents projets régionaux de santé, afin de rendre plus accessible la politique régionale de santé dans notre région, et permettre ainsi à tous les acteurs de s'y inscrire.

Ainsi, des actions emblématiques illustrent pour chaque axe d'intervention du schéma, sans viser à l'exhaustivité, les objectifs de la politique régionale de santé.

Des objectifs suivis dans leur mise en œuvre, et déclinés dans les territoires

En cohérence avec la stratégie globale de suivi et d'évaluation du projet régional de santé, le SRS fera l'objet d'un suivi régulier avec l'ensemble des acteurs pour apprécier la déclinaison concrète de la politique régionale de santé, et réévaluer si besoin les objectifs fixés.

Les objectifs du SRS seront déclinés en plans d'action régional et sur les territoires, en lien étroit avec les conseils territoriaux de santé, afin de garantir la mise en œuvre et l'efficacité de la politique régionale de santé.



AXE 1

RENFORCER L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ POUR PRÉVENIR LES ATTEINTES ÉVITABLES À LA SANTÉ

Axe 1 :

Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé

- 1.1 Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens
- 1.2 Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé
- 1.3 Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé
- 1.4 Mobiliser les outils de prévention du système de santé

Selon la définition proposée dès 1946 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Il s'agit donc de promouvoir une santé globale et positive, une ressource pour la vie et non une finalité.

L'état de santé dépend en grande partie de facteurs extérieurs aux soins. Les comportements (activité physique, alimentation, tabagisme, consommation d'alcool, prise de risques, etc.) et les milieux de vie (domicile, école, travail, environnement, etc.) déterminent l'état de santé, dès les tout premiers jours de la vie. Agir sur ces déterminants, c'est prévenir les maladies chroniques, limiter la mortalité évitable avant 65 ans, préserver l'autonomie et la qualité de vie des habitants de Nouvelle-Aquitaine.

Cette approche globale de la santé nécessite d'agir sur trois dimensions complémentaires :

- Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens
- Agir le plus tôt possible sur les comportements et les milieux de vie afin de préserver le capital santé des habitants de Nouvelle-Aquitaine
- Mettre la santé au cœur de toutes les politiques et coordonner l'action de l'Agence et de ses partenaires pour une efficacité accrue.

Faciliter les comportements favorables à la santé par des environnements propices est aussi un levier pour lutter, avec nos partenaires, contre les inégalités de santé en Nouvelle-Aquitaine.

Axe 1

Actions phares



Vaccination

- **Accroître la vaccination des professionnels de santé et développer leur formation** afin de renforcer leur propre capacité à **recommander la vaccination**
- **Simplifier le parcours vaccinal** (ex : vaccination grippe en pharmacie)
- Diffuser des **messages objectifs** sur la vaccination pour **combattre les idées reçues**, notamment sur les **réseaux sociaux**



Cancers

- Mobiliser les **animateurs de santé publique** sur la promotion des dépistages organisés des cancers
- **Faciliter l'accès au dépistage des personnes vulnérables** (en situation de précarité, de handicap, gens du voyage...)



Nutrition

- **Former et inciter les médecins à la prescription d'activité physique** pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes sédentaires ou inactives n'atteignant pas la recommandation des 30 minutes d'activité physique par jour.
- Travailler sur l'image corporelle des jeunes par le **déploiement d'outils** pour expliquer, en milieu scolaire, **l'importance de l'estime de soi, d'une alimentation variée et de l'activité physique**



Petite enfance

- Déployer un **label auprès des maternités pour qu'elles s'engagent dans la prévention et la promotion du « bien grandir »** auprès des jeunes parents
- **Sensibiliser les gestionnaires d'établissements et de collectivités** accueillant des jeunes enfants pour **limiter l'exposition aux substances chimiques** (action du Plan régional santé environnement 3)



Tabac

- Déployer au moins un **programme de prévention du tabagisme ayant fait ses preuves auprès des jeunes en milieu scolaire par département**
- **Aider à l'arrêt** par la mobilisation autour de l'opération « **Moi(s) sans tabac** »



Les résultats attendus du

COS

- + de couverture vaccinale
- + de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus)
- + d'activité physique

- d'obésité et de surpoids des enfants et des adultes
- de consommation de tabac et d'alcool
- d'écarts de mortalité entre les départements
- d'exposition de la population aux substances chimiques présentes dans l'environnement intérieur

1.1. Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens

La santé est encore aujourd'hui trop souvent perçue comme l'absence de maladie. Il est désormais essentiel de promouvoir une vision globale et positive de la santé, de développer la culture de promotion de la santé auprès de tous. Dans la logique de la stratégie nationale de santé, le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) permettra d'évoluer vers un modèle de santé globale, intégrant la promotion de la santé dont la prévention. Ce dispositif permettra par exemple d'aborder la santé bucco-dentaire tel que prévu dans le plan régional santé bucco-dentaire co-construit avec les partenaires, lors de la formation des professionnels soignants.

1.1.1. Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et les compétences de vie

La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, son aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement, constituent des déterminants majeurs de la santé.

Agir sur ces compétences de vie, par ailleurs dénommées compétences psychosociales, dès le plus jeune âge, permet de rendre chacun plus responsable vis-à-vis de sa propre santé, de limiter l'exposition à des situations délétères et à des prises de risque impactant la santé : troubles du sommeil, addictions, infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, troubles du comportement alimentaire, santé mentale, expositions environnementales, etc. Il s'agit donc d'aborder ces compétences à travers tous les apprentissages et les relations interpersonnelles quotidiennes, de manière globale, afin de donner à chacun les capacités de développer ses propres ressources pour faire les choix les plus favorables à sa santé, à tout âge de la vie.

L'éducation thérapeutique du patient, qui associe les patients et les différents soignants, vise à améliorer la qualité de vie du patient après l'épisode du traitement de la maladie. Elle s'inscrit donc pleinement dans une démarche d'éducation à la santé tout en faisant appel aux ressources personnelles des malades. Pour cette raison, elle est traitée dans l'axe 2 (thème 2.3).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La capacité d'agir des personnes, des familles, des aidants et des associations représentatives doit être renforcée et ce dès l'enfance. Pour y parvenir, il sera nécessaire :

- ▶ de développer la **littératie en santé**, c'est-à-dire la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche, pour rendre plus accessibles les messages de promotion de la santé et de prévention,

- de favoriser les projets sur le renforcement de la capacité d’agir, les démarches d’aller vers, la santé communautaire, la participation du public,
- et de mettre en place des programmes de formation et de soutien.

Le renforcement des **compétences de vie (ou compétences psychosociales)** fera appel à de nouvelles approches et de nouveaux services tels que le coaching à distance, la guidance parentale, l’aide à la parentalité, etc.

1.1.2. Développer les actions de promotion de la santé et de prévention par tous les acteurs de santé

La promotion de la santé permet aux personnes d’améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d’actions et d’interventions conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel. Elle ne se limite pas seulement au traitement et à la guérison. Elle insiste sur les ressources à développer ou à maintenir pour la bonne santé et vise à mettre en place des environnements favorables à la santé, physiques et sociaux, permettant aux personnes d’effectuer facilement les meilleurs choix possibles pour leur propre santé. Elle fait également appel à des pratiques basées sur des données probantes.

L’objectif poursuivi est de faire connaître la promotion de la santé au plus grand nombre d’acteurs, y compris ceux qui y participent sans en avoir conscience, de développer la culture de promotion de la santé dans tous les secteurs d’activité : santé mais aussi social, éducation, sport, tourisme, développement économique, recherche, innovation, transports, etc. et enfin de la déployer auprès des habitants dans tous les milieux de vie.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Le développement des **connaissances et des compétences en prévention et promotion de la santé** concerne de multiples acteurs, intervenant dans des sphères complémentaires et ayant des besoins spécifiques :

- des acteurs du milieu éducatif, social, de la petite enfance, de la santé scolaire et du secteur périscolaire et sportif qui ont besoin de s’appuyer sur les compétences psycho-sociales ;
- des professionnels de santé libéraux ou exerçant en structure sanitaire et médico-sociale, à la recherche d’appui méthodologique, d’échanges de pratiques, d’outils partagés. Au travers des formations initiales et continues, il s’agira notamment d’apporter à ces professionnels les connaissances leur permettant de renforcer et de diversifier leurs actions de prévention auprès de la population générale mais aussi auprès des patients à risques (insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux chroniques, etc.) ;
- des professionnels de santé et particulièrement de la petite enfance qu’il convient d’éclairer sur les risques environnementaux.

La **montée en compétence de tous les acteurs** favorise l’amélioration des pratiques et la qualité des actions menées. Pour y parvenir, l’ARS s’attachera à :

- élaborer conjointement avec les partenaires engagés un plan régional de formation en éducation pour la santé, y compris environnementale, intégrant les formations initiales et continue ;
- intégrer la promotion de la santé au sein de la culture de l'hôpital ou du service de santé, dans les structures médico-sociales, en s'appuyant sur les outils existants, tels que la Charte établissement actif du Programme national nutrition santé (PNNS) ;
- inscrire le développement des actions de promotion de la santé et de prévention par les professionnels de santé, structures de soins (établissements de santé, structures d'exercice coordonné), médico-sociales et thermales dans les négociations et la convention de partenariat avec l'Assurance- Maladie ;
- mailler le territoire régional par des postes d'animateurs/chargés de mission en santé publique portés par les établissements de santé.

1.1.3. Inciter et accompagner les collectivités territoriales et leurs groupements dans la mise en place d'actions sur les déterminants de santé

Bien que la compétence santé ne leur soit pas reconnue d'un point de vue règlementaire, les collectivités territoriales et leurs groupements, en intervenant au plus près des besoins des habitants, agissent sur de nombreux déterminants de santé : aménagement du territoire dont accessibilité, mobilité, espaces publics et espaces verts, action sociale et culturelle, qualité de l'eau, restauration collective, politiques sportives, écoles, portage de repas, etc.

La construction de dynamiques territoriales de santé, adaptées aux besoins et associant l'ensemble des acteurs, permet ainsi d'agir sur les inégalités de santé, via différents outils déjà déployés en région : ateliers santé ville (ASV), contrats locaux de santé (CLS), contrats de ville, etc.

Il s'agit de poursuivre cette dynamique, en incitant et en accompagnant les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), dans la mise en place d'actions sur les déterminants de santé adaptées aux besoins des habitants du territoire et élaborées avec eux : compétences psychosociales, nutrition, addictions, environnement, santé sexuelle, etc.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Au plus près des besoins des habitants, les collectivités agissent pour améliorer la qualité de vie de leurs concitoyens. Il est donc essentiel de **développer et valoriser les compétences et les actions des collectivités territoriales et de leurs groupements en matière de santé** en veillant à :

- promouvoir les échanges de pratiques, les journées thématiques, le blog « santé et territoires », les réseaux « villes-santé OMS », « collectivités actives PNNS », « Agenda 21 », les conférences de sensibilisation des élus à la santé environnementale, etc. ;
- travailler en collaboration avec les partenaires institutionnels pour la mise en place d'actions adaptées sur les déterminants de la santé.

L'action de l'ARS consistera également à **accompagner les territoires dans le développement d'approches globales de la santé**, telles que l'urbanisme favorable à la santé, l'évaluation d'impact sur la santé, la mise en place de pratiques favorables à la santé dans les structures d'accueil de jeunes enfants et à soutenir les projets émanant des contrats locaux de santé (CLS). En fonction des dynamiques et des ressources du territoire, l'ARS pourra cofinancer les postes de coordinateurs de CLS.

La Conférence des financeurs, présidée par le Conseil départemental et par l'ARS, constitue, dans chaque département, un levier pour la coordination des actions visant à préserver l'autonomie des personnes âgées.

1.2 Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé

L'espérance de vie en Nouvelle-Aquitaine a progressé ces dernières années. Pour autant, il existe entre les départements de fortes inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé. Celles-ci se construisent dès la grossesse.

Par ailleurs, l'augmentation prévisible des maladies chroniques et de certaines pathologies non transmissibles, comme les maladies métaboliques, les cancers liés aux perturbateurs endocriniens ou les problèmes de santé liés à la vie sexuelle et reproductive (malformations congénitales, baisse de la concentration de spermatozoïdes, insuffisance ovarienne, etc.) démontrent la nécessité d'agir le plus précocement possible sur les déterminants de la santé.

1.2.1 Garantir aux enfants une équité d'accès à la santé globale, plus particulièrement pendant la petite enfance

En raison de ses effets à long terme sur le développement de l'enfant et sa réussite éducative ainsi que sur les inégalités de santé, la Stratégie nationale de santé (SNS) consacre un volet à la politique de santé, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

La santé de l'enfant conditionne en effet largement celle de l'adulte qu'il deviendra. Elle se construit dès la phase de sa conception et se poursuit jusqu'à son adolescence. Le déterminant essentiel du bon développement ultérieur en santé d'une personne est la réponse adéquate à ses besoins fondamentaux de la période fœtale jusqu'à la fin de la petite-enfance, la période des 1000 premiers jours étant particulièrement critique. Ces besoins, pour un enfant, sont un logement correct dans un environnement sain, une nutrition équilibrée, l'absence de précarité énergétique, l'accès à l'éducation, la sécurité affective (Cf. charte d'Ottawa adoptée sous l'égide de l'OMS le 21 novembre 1986 par la première conférence internationale pour la promotion de la santé).

Par ailleurs, le plan national santé environnement (PNSE) 3 et la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens font apparaître que les femmes enceintes et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux expositions environnementales.

L'objectif vise ainsi à mettre en place une politique partagée en faveur de la petite enfance favorisant la prise de conscience individuelle et collective d'agir pendant cette période essentielle.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Agir sur les déterminants environnementaux de la santé implique de nouer des liens solides avec l'ensemble des acteurs de prévention et de santé et de travailler **en partenariat pour décliner une politique partagée en faveur de la petite enfance**, portant sur les facteurs de risques environnementaux, la nutrition. Les contrats locaux de santé offrent un cadre de travail propice au développement d'actions concertées.

Grâce à la mobilisation des acteurs de la petite enfance, il sera possible de développer la stratégie régionale en santé environnementale pour la petite enfance afin de **réduire l'exposition des jeunes enfants à des substances susceptibles d'être toxiques, présentes dans leur environnement intérieur** (produits d'entretien, d'hygiène, jouets, meubles, etc. au domicile, à la crèche, à l'école, etc.).

Les bilans de santé collectés par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) et les services de santé scolaire permettront tous les 2 ans, de **recueillir des données sur la santé des jeunes enfants et d'en faire une restitution partenariale.**

1.2.2 Agir sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de nutrition

L'alimentation, l'activité physique (regroupés dans le terme « nutrition ») sont des déterminants majeurs des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'obésité morbide ou l'ostéoporose. La sédentarité, c'est-à-dire un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante, est elle-même associée, indépendamment du niveau d'activité physique, au développement de pathologies chroniques chez l'adulte.

La nutrition est intimement liée à l'image corporelle. L'insatisfaction corporelle, plus fréquente chez les femmes, peut conduire au développement de pratiques à risque (restriction alimentaire, consommation tabagique, etc.).

En plus des facteurs économiques et sociaux (choix d'aliments « nourrissants » peu chers et très caloriques, par exemple), la nutrition est fortement influencée par des facteurs culturels et de genre (différences dans le rapport au corps et à la santé, dans les consommations alimentaires, la pratique d'activité physique, etc.) et ce dès le plus jeune âge.

La nutrition est une thématique commune à divers plans et programmes émanant de plusieurs ministères (Plan national alimentation (PNA), Plan national santé environnement (PNSE), Plan cancer, etc.), le cadre de référence étant le Plan national nutrition santé (PNNS) initié en 2001. Le 4ème PNNS à paraître en 2018, visera l'atteinte des repères de consommation et d'activité physique pour la population française actualisés par Santé publique France.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

A partir des orientations du prochain PNNS, un **programme d'actions régional partenarial** sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle sera élaboré et mis en œuvre en Nouvelle-Aquitaine. Il associera notamment la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) et inclura le Plan régional sport santé bien-être, déclinant en particulier le dispositif néo-aquitain de prescription d'activité physique.

Afin de **lutter contre les inégalités sociales en matière de nutrition**, l'un des principes d'actions retenus sera celui de l'universalisme proportionné, consistant à conjuguer des actions en population générale, à des actions ciblées auprès d'enfants, de publics en situation de précarité, de personnes âgées, etc.

De plus, des démarches territoriales permettant de **développer des environnements nutritionnels favorables** (accessibilité à l'activité physique et à une offre alimentaire de qualité) seront soutenues : Contrats Locaux de Santé (CLS), Contrats de Ville et Ateliers Santé Ville, collectivités actives du Programme national nutrition santé (PNNS), projets alimentaires territoriaux (PAT), etc.

Enfin, l'ARS veillera à développer une **approche transversale alliant santé environnementale et nutrition**, tant en matière d'actions pédagogiques que d'accompagnement des démarches territoriales. Cela passera notamment par la mise en œuvre de l'action 13 du plan régional santé environnement (PRSE) 3 : « Favoriser l'accès pour tous à une alimentation saine et durable ».

1.2.3 Développer un parcours de santé sexuelle adapté et respectueux de l'individu, de ses spécificités et de ses choix

La vie affective et sexuelle est l'une des dimensions de la santé. Elle ne se résume pas au fait d'être parent. En cohérence avec la stratégie nationale de santé sexuelle, la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité, le consentement. La santé sexuelle et reproductive fait donc partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des individus. L'objectif vise à renforcer le dépistage des différentes infections sexuellement transmissibles (IST), assurer l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), tout en développant une approche positive de la vie affective et sexuelle. Cette thématique sera travaillée de manière privilégiée avec les institutions membres de la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, et la COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

En s'appuyant sur les principes et modalités d'actions adoptés par la stratégie nationale de santé sexuelle qui développe six axes, plusieurs objectifs, convergents et adaptés au contexte de la Nouvelle-Aquitaine, ont été identifiés.

Il s'agit ainsi de **promouvoir**, en lien avec l'Education nationale, **l'éducation à la vie affective et sexuelle dès le plus jeune âge**. Pour les plus âgés, il est nécessaire de favoriser l'accès à une contraception adaptée, notamment chez les moins de 25 ans et les personnes les plus démunies, en particulier par des consultations de première contraception. Un programme régional d'amélioration de l'accès à l'IVG précisera les modalités permettant de rendre visible et de promouvoir la filière d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

De manière complémentaire, la **prévention et le dépistage des IST**, dont le VIH et les hépatites virales devront être renforcées par une approche de prévention diversifiée et une amélioration de la couverture vaccinale.

Une attention particulière devra être apportée à la **réponse aux besoins des populations les plus vulnérables**, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec un (des) autre(s) homme(s), les personnes transgenres, les migrants, les personnes placées sous-main de justice, les usagers de drogues, etc.

Plus globalement, le **parcours de santé doit prendre en compte les dysfonctions sexuelles** notamment celles pouvant concerner les malades porteurs d'une maladie chronique –en particulier les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)- ou avec une hépatite, des addictions, des troubles psychiques, etc.

Enfin, il conviendra d'aborder la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées autour d'une vision positive de la sexualité, notamment au sein des établissements et services médico-sociaux.

La déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle en Nouvelle-Aquitaine nécessitera de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours.

1.2.4 Prévenir les conduites addictives et réduire leurs conséquences nocives

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée dans le temps de contrôler un comportement dont les conséquences négatives sont connues. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substance psychoactive (jeu, par exemple).

De nombreuses actions de prévention et promotion de la santé concernant les conduites addictives sont mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine ; elles émanent de partenaires associatifs, institutionnels, collectivités territoriales. Elles témoignent d'une importante dynamique sur les différents territoires. Cette dynamique est à poursuivre, afin de diminuer la prévalence de la consommation de substances psychoactives dans la population générale avec une approche renforcée sur des publics prioritaires : jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Il s'agit de développer sur l'ensemble du territoire régional des actions de prévention des addictions et de promotion de la santé s'appuyant sur des pratiques validées, première étape du parcours de santé « addictions ».

Au moment de la grossesse, une **sensibilisation constante des professionnels de la périnatalité** au risque alcool, tabac, cannabis est déterminante. En outre, la définition d'un programme de prévention régional et la mise en place du centre ressource régional créeront les conditions favorables pour **prévenir le syndrome d'alcoolisation foétale (SAF)**.

Une **stratégie globale et territorialisée de prévention des addictions** s'appuiera sur des démarches de labellisation de parcours.

Cette démarche visera à apporter une **réponse graduée, simple et lisible en fonction des territoires**, reposant sur un panier minimum de services attendus. Cette stratégie contribuera à **conforter les démarches proactives de prévention, d'accompagnement, de soins et de réduction des risques et des dommages (RDRD)** à partir des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) par la diffusion des connaissances sur les nouveaux outils, la mise en œuvre de formations territorialisées, le développement de passerelles vers l'insertion, les interventions de RDRD en milieu pénitentiaire et préparation à la sortie.

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) y compris pour les addictions sans produit, seront amenées à mettre en œuvre le modèle de l'intervention précoce s'appuyant sur une approche à la fois expérientielle et environnementale c'est-à-dire une approche hors les murs, s'appuyant sur les pratiques et les contextes de consommations.

Une attention particulière sera consacrée à **l'accompagnement des équipes pédagogiques intervenant auprès des jeunes**, notamment les apprentis et les étudiants, sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, et autres produits psychoactifs.

Les professionnels du premier recours seront incités à poursuivre et à mettre en œuvre le programme de repérage précoce et intervention brève en addictologie (RPIB).

Les équipes de liaison et de soins en addictologie seront incitées à développer leurs interventions aux urgences auprès des jeunes présentant des épisodes d'intoxication éthylique aiguë et à développer des actions de sensibilisation, formation auprès des personnels de la périnatalité.

Il s'agira également d'accompagner et d'évaluer le dispositif expérimental de salle de consommation à moindre risque dont une implantation est prévue à Bordeaux.

Enfin, **la lutte contre le tabagisme** sera poursuivie en se fondant notamment sur la campagne « Moi(s) sans tabac » et le développement des chartes hôpitaux et maternités sans tabac.

1.2.5 Prévenir la perte d'autonomie (liée à l'âge)

Le souhait, pour les personnes âgées, de pouvoir vivre au domicile le plus longtemps possible nécessite de tout mettre en œuvre pour retarder la survenue de la perte d'autonomie. L'enjeu est triple : préserver l'autonomie de chacun durant toute la vie, prévenir les pertes d'autonomie évitables et éviter l'aggravation des situations par une incapacité. Cet enjeu est particulièrement prégnant en Nouvelle-Aquitaine car sa population est âgée. Début 2015, plus de 11% de la population a 75 ans ou plus, contre 9,3 % en métropole. Ce serait près de 14 % en 2027.

Parmi les 662 000 personnes âgées d'au moins 75 ans, 242 000 vivent seules dans leur logement (logement ordinaire ou résidence autonomie) et 65 000 sont hébergées dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins longue durée (USLD) soit 8,9 à 12,5% selon les départements.

La politique régionale vise à décliner une logique de prévention, de dépistage et de traitement de la fragilité des personnes âgées à un stade précoce, afin de repousser la survenue du handicap, de la dépendance et la poursuite de la qualité de vie au domicile le plus longtemps possible. Le parcours de la personne âgée doit ainsi inclure une dimension forte de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'à terme, un accès homogène, au repérage de la fragilité sur l'ensemble de la région.

Parmi les 662 000 personnes âgées d'au moins 75 ans en Nouvelle-Aquitaine, 242 000 vivent seules dans leur logement (logement ordinaire ou logement dans une résidence autonomie) et 65 000 sont hébergées au sein de ménages collectifs, essentiellement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des unités de soins de longue durée (USLD).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Repérer le plus précocement possible la perte d'autonomie vise à en réduire ou à en retarder ses conséquences. Ainsi, le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité. Il vise à agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable », et de prévenir la survenue d'évènements défavorables (incapacité, chute, hospitalisation, entrée non préparée en institution, etc.). C'est une démarche qui nécessite une évaluation globale et pluri-professionnelle de la personne, car les causes de la fragilité sont multiples. Le développement d'actions de repérage des fragilités et de prévention de la perte d'autonomie, accessibles sur l'ensemble du territoire, vise à permettre de repousser l'entrée en institution des personnes âgées et à préserver leur bien-être et leur qualité de vie.

Pour cela, il conviendra dans les cinq prochaines années de :

- ▀ Renforcer et outiller le repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie
 - par le développement de l'utilisation d'outils de repérage et de dépistage de la fragilité et de la perte d'autonomie (chutes, iatrogénie médicamenteuse¹, dépression, dénutrition, dépistage bucco-dentaire prévu par le plan régional santé bucco-dentaire co-construit avec les partenaires, etc.) ;

¹ La iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments. Elle regroupe des symptômes très divers depuis la simple fatigue jusqu'à l'hémorragie digestive, ou la fracture de la hanche.

- par la sensibilisation des médecins généralistes à l'utilisation des outils de repérage en s'appuyant sur les ressources médico-sociales du territoire via les plateformes territoriales d'appui. ;
- par la formation des acteurs susceptibles de participer au repérage des fragilités : aidants, professionnels du secteur social et médicosocial, auxiliaires de vie ;
- Après repérage de la fragilité, rendre accessible l'accès à une évaluation gériatrique standardisée sur l'ensemble du territoire (en ambulatoire, intervention d'une équipe mobile gériatrique, hôpital de jour gériatrique) ;
- Développer la recherche et favoriser les actions innovantes en direction des personnes éloignées des dispositifs habituels de repérage.

Afin de **retarder la survenue de la perte d'autonomie**, il est nécessaire de développer des actions de prévention et de promotion de la santé tout au long du parcours de santé. Cela se traduit par la nécessaire mobilisation des acteurs de proximité, afin de ralentir le vieillissement prématuré et de repousser l'entrée en institution des personnes âgées. Lorsque la perte d'autonomie est évitable, la prévenir représente un défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi d'actions conduites dans les établissements. Lorsque la récupération est peu possible, en particulier dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), il convient de préserver et de valoriser les capacités restantes.

Afin de renforcer l'accent sur la prévention primaire et la promotion de la santé, en particulier pour les personnes les plus éloignées du système de santé, l'ARS se mobilisera avec les autres institutions pour intervenir auprès du public âgé. Il s'agira ainsi à horizon du schéma régional de santé :

- d'intégrer la prévention dans les projets de tous les acteurs (services à domicile (SAD), de soins infirmiers à domicile (SSIAD), polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), maisons de santé pluridisciplinaires, hospitalisation à domicile, équipes mobiles de gériatrie (EMOG), consultations avancées de gériatrie, etc.) afin de garantir le repérage des fragilités, la prévention des chutes, de la dénutrition ;
- de promouvoir l'activité physique adaptée pour toutes les personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie. En établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) s'attacheront à intégrer cette pratique dans le projet de vie de leurs résidents et à faciliter l'accès à ces activités aux personnes âgées du quartier, de la commune (établissements pôles ressources de proximité) ;
- de développer des actions de prévention de la dépendance iatrogène survenant lors de l'hospitalisation de la personne âgée fragile (formation des équipes, évaluation de l'autonomie à l'entrée et à la sortie de chaque service, etc.).

Dans le cadre des parcours, l'approche populationnelle, transversale, de prévention, d'éducation et de promotion de la santé s'inscrit pleinement dans la déclinaison régionale des orientations et des mesures du plan national des **maladies neurodégénératives** 2014-2019, notamment sur le volet médico-social.

A cet effet, le renfort et l'évolution de l'offre interviennent, en complément des mesures de droit commun, sous la forme d'actions expérimentales, voire innovantes. A titre d'illustration, dans le cadre du maintien à domicile, trois équipes spécialisées Parkinson, en coordination avec les centres experts des centres hospitaliers universitaires, seront déployées, ainsi que des axes en faveur des malades jeunes. Ces démarches ont pour vocation de favoriser des approches coordonnées pour déstigmatiser et

améliorer les diagnostics des maladies neurodégénératives, enjeu de demain au regard de l'impact sur la qualité de vie tant des personnes malades que des proches aidants.

Pour ce faire, au-delà d'un socle commun, la spécificité de chaque maladie doit être prise en compte pour une **réponse de qualité tout au long du parcours de vie** quelque soit l'âge, à l'accès équitable aux soins et pour un accompagnement adapté sur l'ensemble des territoires, en coordination avec tous les acteurs.

1.3 Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé

La promotion de la santé et l'action sur les déterminants de santé nécessitent des interventions «multiniveaux », c'est-à-dire visant à la fois l'acquisition de connaissances et de compétences par les individus, mais aussi le développement des conditions propices à leur santé dans leurs différents milieux de vie : des «environnements favorables à la santé ».

Créer les conditions qui aideront les individus et les collectifs, à faire des choix favorables à leur santé et à adopter des comportements adaptés contribue à lutter contre les inégalités de santé.

1.3.1 Agir sur les déterminants environnementaux de la santé, notamment dans la vie foetale et la petite enfance

L'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine est à la fois une des préoccupations majeures de santé publique, et un enjeu écologique central. La loi de modernisation de notre système de santé identifie ce phénomène en adoptant le concept « d'exposome ». Ce concept regroupe l'ensemble des expositions intervenant pendant toute la durée de la vie qui ne sont pas d'origine génétique. En effet, les connaissances actuelles permettent d'affirmer que de nombreuses pathologies ont un lien avéré avec l'environnement, par exemple le saturnisme, les intoxications au monoxyde de carbone, les allergies, certains cancers et pathologies de la reproduction. Pour d'autres maladies, les liens avec l'environnement sont suspectés. Par ailleurs les facteurs environnementaux ne sont pas toujours spécifiques, ils peuvent être des co-facteurs qui influencent l'état de santé.

De plus, sont observés une baisse de la qualité du sperme, une augmentation de la fréquence d'anomalies du développement des organes ou de la fonction de reproduction, un abaissement de l'âge de la puberté, etc. Ces phénomènes pourraient être la conséquence d'une exposition aux produits chimiques dont les perturbateurs endocriniens. Le rôle des perturbateurs endocriniens est aussi suspecté dans la survenue de certains cancers hormonaux-dépendants. Les femmes enceintes et les jeunes enfants constituent une population particulièrement vulnérable à l'exposition de substances présentes dans nos environnements intérieurs.

La mise en œuvre du plan régional santé environnement (PRSE) 3 et de la stratégie régionale de prévention et de promotion de la santé environnementale autour des femmes enceintes et de la petite enfance doivent conduire à réduire de manière significative les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est, de ce fait, essentiel de tisser des liens de partenariat forts avec l'ensemble des institutions, collectivités, professionnels de santé, opérateurs, associations impliqués dans des actions sur les déterminants environnementaux de la santé.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Afin de **promouvoir un environnement favorable à la santé et adapté aux caractéristiques du territoire**, en lien étroit avec la mise en œuvre du PRSE, co-piloté par l'État –Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), l'Agence Régionale de Santé (ARS), et le Conseil régional - l'ARS déploiera son action sur plusieurs directions tendant à :

- ▶ limiter l'exposition à des substances chimiques présentes dans l'environnement intérieur des femmes enceintes et jeunes enfants, via la mise en œuvre de la stratégie régionale de prévention et promotion de la santé environnementale (SRPPSE) autour des femmes enceintes et de la petite enfance et du PRSE ;
- ▶ agir sur les pesticides et les risques émergents ou qui progressent comme les ondes électromagnétiques, les nanoparticules, les perturbateurs endocriniens, les espèces végétales envahissantes et allergisantes, le moustique-tigre, les tiques (maladie de Lyme) ;
- ▶ améliorer la qualité de l'eau potable et l'accès à une alimentation saine et durable.

1.3.2 Développer des actions de promotion de la santé et de prévention en milieux scolaire, universitaire et périscolaire

Les inégalités sociales de santé se construisent dès le plus jeune âge. C'est pourquoi l'accompagnement du développement des enfants, des jeunes, notamment les plus fragiles, est un enjeu majeur de promotion de la santé.

En milieu scolaire, le parcours éducatif de santé est désormais l'outil structurant de la maternelle au lycée. En ce qui concerne les étudiants, les interactions entre santé et situation d'études sont peu documentées. Selon l'espace santé étudiant de l'Université de Bordeaux, les données des mutuelles et l'Etude I-Share, les rythmes universitaires et l'environnement sont pourtant identifiés comme ayant un impact sur les déterminants de la santé : stress, sommeil, alimentation, pratiques sportives, décohabitation et séparation de la famille avec un éloignement géographique. L'état de santé des jeunes en parcours d'insertion professionnelle n'est pas mieux documenté, et les centres de formation des apprentis (CFA) développent peu d'actions d'éducation et de promotion à la santé au sein de leur établissement. Ils sont souvent non dotés en professionnel de santé et le rythme contraint qu'impose l'alternance en milieu professionnel ne facilite pas l'animation de sessions collectives.

Pour tous ces jeunes, il s'agit de développer les facteurs de protection, prévenir les conduites à risques, et promouvoir un environnement favorable à la santé.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

En milieu scolaire, l'action de l'ARS s'inscrit dans les orientations de la **convention-cadre régionale de partenariat en santé publique en milieu scolaire**, déclinant la convention nationale signée fin 2017 entre les ministères de la santé et de l'éducation nationale. Construite autour du parcours éducatif de santé, la convention qui engagera l'ARS et les trois académies, intègre la surveillance et l'observation de la santé des élèves, la santé environnementale et le soutien des actions de prévention et de promotion

de la santé, construites et réalisées par les établissements scolaires. Une convention-cadre spécifique à la démarche « école inclusive » organise les modalités de coopération dans le champ du handicap.

Le partenariat ainsi formalisé entre les deux institutions permettra **d’organiser et soutenir les formations d’acteurs** en capacité d’intervenir en éducation pour la santé auprès d’enfants ou jeunes en milieu scolaire et/ou périscolaire. Il sera également propice pour promouvoir la santé environnementale : un volet santé environnementale pourrait être ainsi intégré dans les critères de **labellisation « développement durable » des établissements d’enseignement** proposés par les rectorats. Les initiatives locales visant à sensibiliser à la **santé environnementale les enfants de 7 à 11 ans** seront plus particulièrement soutenues.

L’ARS veillera également à développer dans les actions de prévention et de promotion de la santé, **les liens communautaires en particulier avec les parents**.

Elle s’engage aussi à soutenir avec le rectorat de région académique, la **recherche interventionnelle**² coordonnée par l’Ecole supérieure du professorat et de l’éducation (ESPE)d’Aquitaine portant sur les effets de dispositifs éducatifs menés auprès des élèves, étudiants et apprentis sur la promotion de la santé au travail et la prévention des risques psychosociaux.

En parallèle des actions menées avec l’Education nationale, il est enfin prévu de soutenir des actions de promotion de la santé dans les **centres de formation d’apprentis (CFA), les lycées professionnels et agricoles, les maisons familiales rurales (MFR), les missions locales, ainsi que dans le milieu périscolaire**. Cette ouverture sur d’autres terrains d’intervention nécessite de **mobiliser les différents partenariats** avec les institutions, collectivités et autres acteurs ressources en faveur de milieux scolaire, périscolaire, universitaire, etc. favorables à la santé.

1.3.3 Agir sur le logement et l’hébergement, notamment pour les populations les plus vulnérables

L’habitat est un déterminant de la santé. Un logement sain, salubre, décent est un facteur de bonne santé. Quand l’habitat est très dégradé, il peut présenter un réel danger pour les occupants : présence des peintures dégradées contenant du plomb à l’origine de cas de saturnisme, présence de légionelles dans les réseaux de distribution d’eau, dysfonctionnement des appareils de chauffage pouvant être à l’origine d’intoxication voire de décès. L’humidité, l’absence de dispositifs d’aération efficaces engendrent une dégradation de la qualité de l’air intérieur qui peut contribuer à l’émergence ou à l’aggravation d’asthme et/ou allergies, etc.

Pour les personnes en situation de précarité, le 6ème objectif opérationnel du programme Régional d’Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) décline un ensemble d’actions spécifiques.

² Utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l’extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations » (Hawe, Potvin. 2009. « What Is Population Health Intervention Research? » Canadian Journal of Public Health 100 (1): Suppl 18-14).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La politique du logement étant une politique intersectorielle, il est essentiel de **poursuivre la sensibilisation des partenaires concernés** par la lutte contre l'habitat indigne, notamment :

- ▶ au travers de la participation de l'ARS aux instances départementales de lutte contre l'habitat indigne ;
- ▶ et en intégrant des actions de repérage et de traitement de l'habitat indigne dans les contrats locaux de santé.

La mobilisation institutionnelle doit également conduire à **renforcer la prise en charge des personnes occupant des logements insalubres**. Un effort particulier doit être consenti en direction :

- ▶ des personnes en grande précarité repérées lors des visites insalubrité réalisées par l'ARS ;
- ▶ et celles présentant des troubles psychiatriques. Pour ce faire, il conviendra d'identifier et de construire un réseau d'acteurs en mesure d'assurer cette prise en charge.

Les actions de promotion de la santé et de **sensibilisation** du public, des élus, des professionnels sur les risques sanitaires liés **au monoxyde de carbone, à l'amiante, aux légionelles et au radon** seront poursuivies.

Enfin, une répartition géographique homogène de **l'offre d'intervention des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)** sera organisée, en veillant à leur rattachement aux parcours de santé et, lorsque celles-ci existent, aux consultations d'éducation thérapeutique.

1.3.4 Promouvoir et accompagner les actions de développement de la santé en milieu de travail

Le travail est également un déterminant de santé, à la fois facteur de protection pour la santé globale, mais également source de risques (pathologies professionnelles, risques psychosociaux...). Lieu de vie, l'environnement professionnel permet d'agir sur les comportements : alimentation, activité physique, consommation d'alcool, tabagisme, etc.

En ce sens, le plan national santé au travail (PNST) 3 met l'accent sur la qualité de vie au travail, et incite à un rapprochement plus fort entre acteurs de la santé publique et acteurs de la santé au travail. Plus particulièrement, dans les établissements de santé et médicosociaux, les démarches santé et qualité de vie au travail (SQVT) sont à connecter avec la bientraitance et la qualité des soins : le bien-être des équipes retentit sur les tâches accomplies ; en sens inverse, le bien-être des patients/résidents contribue notamment au sentiment d'utilité, à la reconnaissance, facteurs de bien-être des équipes. Cet enjeu est notamment mis en avant, par la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé (libéraux, des établissements sanitaires et médico-sociaux), lancée fin 2016.

Un autre enjeu important consiste à maintenir dans l'emploi les personnes atteintes de maladies chroniques. Enfin, l'analyse du contexte des actions à mener doit prendre en compte la diversité des individus au sein des organisations (approches basées sur le genre, lutte contre les discriminations, etc.).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Pour améliorer la qualité de vie au travail, le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi des patients atteints de maladies chroniques, les actions en faveur de la prévention primaire et de la culture de prévention doivent nécessairement **s'articuler avec le Plan régional santé au travail (PRST) 3** et être menées en lien avec tous les partenaires de l'ARS concernés.

De même, les actions de prévention en santé environnement prévues dans le **PRSE 3** et la Stratégie régionale de prévention et promotion de la santé environnementale (**SRPPSE**) **doivent être cohérentes entre elles et pluri partenariales**. C'est le cas, notamment, pour la prévention vis-à-vis des risques émergents qui vise à renforcer la connaissance des expositions professionnelles aux perturbateurs endocriniens en développant l'information des préventeurs, employeurs, salariés et instances représentatives du personnel (IRP).

D'une manière plus générale, il est indispensable de **prendre en compte le développement des facteurs de protection dès la formation initiale des jeunes en parcours d'insertion professionnelle**, afin de développer la qualité de vie au travail et prévenir les risques psycho-sociaux.

Des outils ou des méthodes existent. L'ARS s'attachera à **diffuser les ressources sur les habitudes de vie spécifiques au milieu de travail** (notamment, le programme nutrition « écoutons- nous », les programmes addictions & entreprises, la charte établissements actifs du PNNS).

Enfin, elle veillera à **promouvoir et accompagner les démarches santé et qualité de vie au travail (SQVT) dans les établissements de santé et médicosociaux**.

1.4 Mobiliser les outils de prévention du système de santé

Les services de santé et les professionnels de santé jouent un rôle majeur dans la prévention de l'apparition et de l'aggravation des maladies. Bénéficiant de la confiance du public, ils constituent le vecteur essentiel de transmission des démarches de prévention mais aussi de la diffusion des recommandations en matière de promotion de la santé.

1.4.1 Promouvoir la vaccination

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les vaccinations sauvent la vie de 2 millions de personnes chaque année dans le monde. Les actions entreprises depuis plusieurs années en Nouvelle-Aquitaine ont permis de faire globalement progresser la couverture vaccinale, notamment des enfants de deux ans. La couverture vaccinale reste néanmoins insuffisante au regard de la cible nationale de 95% de la population, et il demeure des disparités entre les territoires, principalement marquées pour les vaccinations hépatite B, rougeole oreillons rubéole (ROR), méningocoque C et papillomavirus humains.

L'adhésion des citoyens à la vaccination est aujourd'hui un défi majeur de santé publique inscrit au sein de la stratégie nationale de santé. En France, l'arrêt de la transmission, voire l'élimination de certaines maladies infectieuses, est possible si chacun recourt à la vaccination pour se protéger mais aussi pour protéger les autres, enfants et adultes plus fragiles du fait de leur âge ou de leur état de santé et qui ne peuvent être vaccinés. Depuis le 1er janvier 2018, l'obligation vaccinale, pour des vaccins jusqu'alors seulement « recommandés », s'applique aux nouveau-nés, tout en continuant à promouvoir la vaccination et le rattrapage vaccinal pour l'ensemble de la population. Pour faciliter ces changements et remédier à la défiance vis-à-vis de la vaccination, l'ARS et ses partenaires doivent mettre à disposition des citoyens des données et des informations factuelles. Les efforts relatifs à la promotion de la vaccination doivent par ailleurs se poursuivre afin d'atteindre les cibles fixées.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'ARS continuera de mener une action déterminée en faveur de la promotion de la vaccination. Celle-ci nécessite **de poursuivre la mobilisation de l'ensemble des partenaires de l'ARS**, notamment par le biais des comités de pilotage départementaux ou régionaux, des contrats locaux et d'actions innovantes (« hôpitaux promoteurs de santé », actions des animateurs de santé).

Les **campagnes de communication régionale** à destination du grand public et des professionnels de santé seront reconduites. Durant la durée du schéma, l'ARS maintiendra une forte pression en faveur de la promotion de la vaccination, tous publics confondus, indépendamment des actions conduites pour les 11 vaccins obligatoires pour les nouveaux-nés.

Eu égard au rôle qui est le leur, des actions ciblées viseront à **promouvoir la vaccination des professionnels de santé** eux-mêmes et leur **formation** devra être renforcée.

Enfin, l'ARS et ses partenaires se coordonneront pour **accompagner la simplification du parcours vaccinal** (accessibilité, disponibilité des vaccins, carnet de vaccination électronique, etc.) et se mobiliseront pour **développer des actions ciblées sur les territoires fragiles et envers certaines populations** (malades chroniques, personnes handicapées, vaccination contre la grippe des personnes âgées, populations précaires, populations ayant des comportements à risque, etc.).

1.4.2 Renforcer les dépistages et les repérages précoces

Repérer dès les premiers symptômes une maladie permet de mettre en place une prise en charge adaptée le plus rapidement possible, afin de retarder son apparition, d'éviter son aggravation, et d'anticiper les situations de fragilité. Premier point d'entrée dans un parcours de santé, le repérage et le dépistage peuvent constituer un moment critique, notamment pour les publics les plus éloignés du système de santé (personnes en situation de handicap, personnes précaires, personnes rencontrant une barrière culturelle et/ou linguistique, etc.). En effet, ces personnes accèdent plus difficilement aux actions de prévention et de dépistage, notamment en ce qui concerne les principales maladies chroniques (diabète, maladie cardio-neuro-vasculaires, cancer, etc.). Elles devront à ce titre faire l'objet d'interventions ciblées, afin de réduire les inégalités d'accès à la prévention les concernant.

Renforcer les repérages et les dépistages précoces auprès de l'ensemble de la population permet ainsi de préserver la qualité de vie des néo aquitains, d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé, tout en allégeant la pression sur le système de soins.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Le dépistage des vulnérabilités liées à la grossesse fait partie intégrante de l'accompagnement des projets de naissance. Celles-ci sont diverses et peuvent être liées aux grossesses antérieures, au contexte obstétrical de la grossesse actuelle, aux difficultés sociales, à la sphère familiale dont conjugale, aux pathologies médicales, aux difficultés psychiques passées ou actuelles, au passé ou vécu traumatiques, etc.

Les objectifs liés à l'accompagnement des projets de naissance sont traités au sein de l'axe 2 du présent schéma.

Les objectifs opérationnels de la politique régionale de santé en la matière sont ainsi de :

- Systématiser et réaliser le plus tôt possible l'entretien prénatal précoce (EPP) ;
- Renforcer la réalisation des dépistages néonataux obligatoires ;
- Organiser avec l'appui du réseau régional de périnatalité, un suivi des nouveau-nés identifiés comme vulnérables sur l'ensemble de la région ;

- Développer des campagnes de promotion auprès des établissements de santé et des femmes sur la promotion du bien manger pendant la grossesse, sur la prévention (diabète-hypertension artérielle), pour informer sur les risques liés au tabac, à l'alcool, à l'environnement.

Un million de personnes souffrent d'au moins d'une maladie chronique en Nouvelle-Aquitaine. **Renforcer les dépistages et agir sur les facteurs de risques de ces maladies** sont des enjeux essentiels au regard du nombre de personnes concernées.

Un diagnostic plus précoce aura pour effet un impact positif sur le pronostic de la maladie. Il permettra également de mieux préparer l'annonce d'un diagnostic péjoratif pour le malade ; il facilitera la suite de la prise en charge et permettra d'accompagner au mieux la personne dans une approche globale de ses besoins.

Il s'agira ainsi dans les 5 prochaines années :

- D'intervenir sur des pathologies ciblées, en prévoyant de :
 - Renforcer le dépistage de facteurs de risque de l'accident vasculaire cérébral (hypertension artérielle, diabète, addictions) ;
 - Développer et promouvoir les actions de prévention sur les risques cardiovasculaires ;
 - Favoriser l'accès au dépistage pour les patients à risque en termes d'insuffisance rénale chronique ;
- D'inciter les professionnels de santé au dépistage du diabète et de ses complications, en analysant notamment le déploiement d'une action de dépistage auprès des laboratoires de biologie médicale à partir de l'expérimentation menée en ex-Limousin ;
 - Généraliser / poursuivre le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique ;
 - Améliorer le repérage et l'accès au diagnostic de qualité de la personne atteinte d'une maladie neuro dégénérative (MND) – avec délai adapté, évaluation et programme personnalisé de santé , tant en suivis simples que complexes ;
- D'apporter une attention particulière aux publics vulnérables en veillant à :
 - Décliner dans les contrats locaux de santé (CLS) et dans les projets territoriaux de santé (PTS) l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage, notamment auprès des publics vulnérables (personnes précaires, personnes sous main de justice, personnes handicapées) ;
 - Renforcer les dépistages auprès des personnes détenues dans le cadre de la visite médicale d'admission (addictions, infections sexuellement transmissibles (IST), hépatites, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), état bucco-dentaire, tuberculose, troubles psychiques).

Enfin, l'ARS visera à améliorer la **connaissance partagée sur les maladies rares**.

La participation aux **dépistages des cancers** est plus ou moins élevée selon les territoires. Si les taux régionaux sont proches de la moyenne nationale, ils cachent des disparités importantes entre les territoires. Or, le retard dans l'identification d'un cancer et la mise en place d'un traitement expose le patient à une évolution défavorable. Il convient donc de poursuivre les campagnes de sensibilisation et d'information auprès du grand public et des professionnels de santé sur les dépistages organisés des cancers et de poursuivre les efforts en matière de dépistage des cancers.

L'ARS se fixe donc comme objectifs à cinq ans :

- D'accompagner et suivre la régionalisation des dépistages organisés, confiée à la structure unique des dépistages organisés des cancers (sein, colorectal, et col de l'utérus) et ses antennes locales sur les territoires ;
- De travailler à la réduction des inégalités d'accès et de recours au dépistage des publics vulnérables (personnes en situation de précarité, personnes handicapées, personnes en milieu carcéral, etc.) ;
- De développer auprès des femmes en situation précaire, le dispositif de médiation sanitaire dans le domaine du dépistage des cancers.

Depuis plusieurs années, la région Nouvelle-Aquitaine présente une situation de surmortalité par suicide par rapport à la moyenne française. Le suicide, phénomène complexe et multifactoriel, touche majoritairement les hommes de 40 à 50 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans. Il concerne certaines professions plus particulièrement et se manifeste fortement en milieu carcéral.

Repérer de façon précoce la souffrance psychique et/ou prévenir la crise suicidaire est donc un enjeu essentiel du parcours de santé mentale.

Au-delà du développement des compétences psycho-sociales qui concourent au développement des facteurs de protection individuels et préviennent indirectement les passages à l'acte suicidaire, l'ARS poursuivra les objectifs suivants :

- Diffuser des outils de repérage et des protocoles d'orientation des publics sur les thématiques prioritaires (souffrance psychique des jeunes, patients porteurs d'une maladie mentale...) auprès notamment des acteurs du champ social ;
- Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes présentant une souffrance psychique ;
- Intégrer et mettre en œuvre un volet « prévention du suicide » dans les projets territoriaux de santé mentale ;
- Agir sur les facteurs « environnementaux » notamment médiatiques afin de limiter l'effet de contagiosité (phénomène de suicide mimétique connu sous le nom « d'effet Werther³ »).

³ L'effet Werther ou suicide mimétique est un phénomène mis en évidence en 1982 par le sociologue américain David Philipps, qui a étudié la hausse du nombre de suicides suivant la parution dans les médias d'un cas de suicide. Le nom est inspiré par une vague de suicides s'étant produite en Europe lors de la parution du roman de Goethe, Les Souffrances du jeune Werther.



AXE 2

**ORGANISER UN SYSTÈME
DE SANTÉ DE QUALITÉ,
ACCESSIBLE A TOUS
DANS UNE LOGIQUE DE
PARCOURS DE SANTÉ**

Axe 2 :

Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé

- 2.1 Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d'urgence ou de crise
- 2.2 Organiser des parcours de santé sans ruptures
- 2.3 Renforcer la démocratie en santé, l'implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel

Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite ; ce sont les principes d'égal et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945, et fondés sur la solidarité.

L'accès équitable ne signifie pas que tous les services sont disponibles en tout point du territoire, mais qu'une orientation adéquate permet l'accès à des services de santé adaptés aux besoins de personnes. L'accès aux soins non programmés et la réponse du système de santé aux situations exceptionnelles doivent également être garantis.

L'accès se traduit donc par une réponse graduée et lisible, adaptée aux spécificités des territoires et des personnes, pour mieux lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette accessibilité est évolutive car les réponses aux besoins de la population se modifient. Elles doivent notamment prendre en compte le besoin d'une offre de plus en plus tournée vers le domicile, une prise en charge davantage adaptée à des pathologies chroniques qu'à la gestion d'épisodes aigus, les bouleversements techniques en cours de la médecine de précision et des aspirations des citoyens à être acteurs de leur santé.

Ainsi, adapter la prise en charge aux besoins des personnes suppose que, autour du citoyen, quel que soit le professionnel de santé sollicité, les différents acteurs puissent se coordonner afin d'apporter une réponse globale et non cloisonnée.

Axe 2

Actions phares



Aller vers la population

- Augmenter le nombre de **consultations avancées** permettant de **faciliter l'accès à des spécialistes** pour la population (cardiologues, pédiatres, psychiatres, ophtalmologues, gynécologues)
- Amplifier le **virage numérique en santé** en créant des **points d'accès territoriaux de télémedecine** accessibles à tous en priorité dans les zones sous-denses
- **Développer le « aller vers » les publics vulnérables** dans les lieux d'intervention « hors les murs » ou par des équipes mobiles



Accès aux soins urgents

- Garantir un **dispositif de garde** répondant mieux aux besoins de santé de la population
- Développer les **médecins correspondants du SAMU (MCS)** dans les territoires où le délai d'accès aux soins est supérieur à 30 minutes



Offre de santé au plus proche des lieux de vie

- **Réduire les prises en charge en établissement, développer plus de services proches des lieux de vie** (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile...)
- **Renforcer le maintien à domicile** en développant les offres alternatives à l'hébergement permanent pour les personnes âgées, en situation de handicap et atteintes de troubles psychiques (accueil de jour, hébergement temporaire d'urgence, centres médico-psychologiques, groupes d'entraide mutuelle...)
- Favoriser l'**inclusion des personnes en situation de handicap** dans les domaines de la scolarisation, de l'habitat, de l'emploi accompagné et de la vie sociale



Participation des citoyens

- **Impliquer les citoyens et usagers dans la définition des projets de santé** : élaboration des contrats locaux de santé, participation d'usagers-experts (dans la formation des professionnels de santé, les parcours de soins des maladies chroniques et les programmes d'éducation thérapeutique), recueil de la parole des usagers suivis à domicile, budgets participatifs...



Coordination

- Développer les **dispositifs de coordination entre professionnels** (plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins primaires)



Les résultats attendus du

COS

- + d'alternatives à l'hospitalisation
- + d'association des citoyens à la définition des projets de santé
- + d'accompagnement adapté aux besoins des personnes en situation de handicap, en perte d'autonomie
- de personnes éloignées du système de santé
- de personnes à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents
- de ruptures dans les prises en charge

2.1 Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d'urgence ou de crise

L'un des défis majeurs du présent schéma est de réduire les inégalités d'accès aux soins, elles-mêmes corollaires d'inégalités territoriales tout autant marquées à l'échelle régionale qu'à l'échelle nationale. Le maillage de l'offre de soins depuis les soins de premiers recours jusqu'aux prises en charge les plus spécialisées constitue donc un objectif prioritaire. Ce maillage vise tout type de prise en charge mais également tout type de populations, notamment les plus vulnérables pour lesquelles l'adaptation du système de santé doit être prévue à chaque fois que cela est nécessaire. Ce maillage et cette adaptation passent par la mobilisation d'outils de coordination des professionnels et de télémédecine qui doivent permettre d'abolir les distances, de rompre l'isolement et également de favoriser les prises en charge « hors les murs », en ambulatoire et à domicile.

2.1.1 Garantir un accès équitable aux soins primaires

Les soins primaires ont une place essentielle dans notre système de santé, en particulier depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a conféré au médecin traitant un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient, dans le cadre du parcours de soins coordonné. Selon la loi HPST du 21 juillet 2009, les soins primaires ou de premier recours 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 ».

En 2012, le Pacte territoire santé a prévu diverses mesures pour lutter contre la désertification médicale et promouvoir l'exercice coordonné au sein des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et des centres de santé. Le Plan d'accès aux soins dans les territoires adopté par le Gouvernement fin 2017 vise quant à lui à garantir un égal accès aux soins en s'adaptant à la spécificité de chaque territoire et en personnalisant la réponse aux besoins des professionnels de santé, afin de créer des solutions durables aux territoires en déficit de professionnels. En cela, il amplifie et donne une nouvelle dimension aux mesures du Pacte territoire santé 2 qu'il complète par ailleurs. En outre, afin de répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé et améliorer l'organisation des parcours des patients, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a prévu deux nouveaux modes d'organisation : les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Au 1er janvier 2016, environ 35 000 professionnels de santé libéraux exerçaient en Nouvelle-Aquitaine. La densité régionale des médecins généralistes libéraux est supérieure à la densité nationale. Toutefois, cette densité régionale masque de fortes disparités infrarégionales et infra-départementales. Ainsi, certains départements ruraux (la Charente, la Creuse, la Dordogne, le Lot-et-Garonne et les Deux-Sèvres) ont une densité médicale nettement inférieure à la densité nationale. Par ailleurs, près de 50 % des médecins libéraux sont âgés de 55 ans et plus. Les autres professions médicales et paramédicales présentent également des disparités au sein de la région et au sein des départements, ce qui justifie une approche des besoins et de l'offre au plus près des territoires.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Le **maintien voire le renforcement de l'offre de soins de premier recours** constitue un enjeu primordial pour l'accessibilité géographique aux soins primaires. Cet objectif implique une mobilisation de l'ensemble des dispositifs permettant d'inciter les jeunes professionnels de santé à s'installer dans les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. Cette mobilisation doit également permettre, de façon corollaire, de redonner à ces territoires plus d'attractivité, tant pour les professionnels de santé en exercice que pour les étudiants.

Ainsi, la consolidation de l'offre de soins de premier recours nécessite notamment :

- Une action concertée sur la formation des professions médicales et paramédicales, (tant au niveau des quotas de professionnels formés que de l'adaptation des enseignements aux nouvelles modalités d'exercice), en lien avec les Universités et le Conseil régional, pour répondre aux besoins des territoires ;
- Le développement des stages en médecine générale pour les étudiants en médecine de 2ème cycle, ainsi que le développement des stages dans les territoires fragiles pour tous les futurs professionnels de santé, en facilitant l'accueil de ces futurs professionnels (hébergement, notamment) ;
- Une meilleure information des professionnels de santé sur les aides à et les démarches à effectuer grâce à la mise en place d'un guichet unique qui doit informer les professionnels depuis leur installation jusqu'à leur retraite, coordonner et suivre la réponse apportée à leurs besoins ;
- Le déploiement de tous les dispositifs favorisant des professionnels de santé dans les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins :
 - nouveaux contrats incitatifs conventionnels (Assurance maladie) ;
 - contrats d'engagement de service public (CESP) ;
 - contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG), de praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA) et de praticiens territoriaux de médecine remplaçants (PTMR) ;
- Une diversification des modes d'exercice, en permettant, par exemple, aux jeunes médecins diplômés d'avoir un exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense (« assistants partagés ») ;
- La mise en place de consultations avancées permettant de répondre aux besoins de la population, en particulier en gynécologie, en pédiatrie, en cardiologie, en ophtalmologie et en psychiatrie ;
- Une action de développement et de promotion du territoire au sens large pour augmenter l'attractivité des zones fragiles.

En outre, le développement des structures d'exercice coordonné contribue directement à assurer l'accès de tous aux soins primaires, car elles offrent un cadre et une organisation de travail plus attractifs pour les jeunes professionnels de santé. Au sein des maisons et des centres de santé, notamment, la coordination entre les professionnels de santé permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, en particulier ceux qui sont atteints d'une maladie chronique. Dans ce contexte, il s'agit de conforter et développer ces structures, qui reposent sur un mode d'exercice rénové (pluri professionnel), et de mobiliser les nouvelles modalités d'organisation prévue par la loi pour mieux structurer les parcours de santé, à savoir les ESP et les CPTS. Dans ce contexte, la politique régionale de santé a pour objet :

- Le développement des maisons pluri professionnelles (MSP) et centres de santé (CDS), en favorisant l'implantation de nouvelles structures dans les zones les plus fragiles en termes de démographie médicale et paramédicale ;
- Le déploiement des équipes de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- La structuration des fonctions d'appui à la coordination dans le cadre des plates-formes territoriales d'Appui (PTA) ;
- La mise en œuvre de protocoles de coopération entre professionnels de santé, avec notamment la pérennisation et le développement du protocole Action de santé libérale en équipe (ASALEE) et le déploiement accéléré de protocoles sur certaines filières ;
- La promotion des actions de santé publique et d'éducation thérapeutique du patient, notamment dans le cadre des MSP, CDS, ESP et CPTS ;
- Un plus grand usage des outils sécurisés de partage d'information entre professionnels (messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, dossier pharmaceutique, dossier communicant en cancérologie, logiciel collaboratif de coordination des parcours de santé) ;
- Un meilleur accès à la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance).

2.1.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le système de santé des populations vulnérables

Les citoyens ont une facilité plus ou moins grande pour s'adresser aux services de santé dont ils ont besoin, du fait d'une situation de précarité, d'une barrière culturelle ou linguistique, d'un handicap, d'une situation de fragilité ponctuelle ou durable. Les populations les plus éloignées du système de santé bénéficient ainsi plus difficilement des prises en charge que leur état de santé nécessite, en termes de soins, d'accompagnement des psychotraumatismes, mais aussi de prévention et de dépistages des maladies, notamment chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.).

La politique régionale de santé définit les objectifs en termes de développement des dispositifs d'accès aux soins et aux droits, de renforcement de l' « aller vers » les personnes qui en ont le plus besoin, afin de les aider à revenir vers les dispositifs accessibles à tous, en favorisant leur autonomie. L'ensemble du système de santé, notamment les dispositifs de coordination des acteurs, doivent veiller aux situations sociales complexes, notamment en visant une intervention « universelle », avec une attention particulière pour les plus démunis. Ces objectifs sont déclinés en actions et en moyens au sein du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023.

Les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable : elles sont souvent en moins bonne santé que la population générale, et ce, dès leur entrée en détention. Les objectifs sont donc de prévenir une dégradation de leur état de santé du fait des accélérée par les effets délétères de l'isolement l'enfermement, de la promiscuité et de l'exposition à des pratiques à risque ou à des risques sanitaires du milieu carcéral, de garantir une égalité de prise en charge sanitaire entre les détenus et les autres citoyens, de développer les compétences en matière de santé, afin qu'à la sortie, les anciens détenus adoptent des comportements plus favorables au maintien d'un bon état de santé, et à une insertion sociale.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Renforcer l'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins de santé nécessite de poursuivre le déploiement des dispositifs dédiés d'accès aux droits et à la santé, tout en renforçant l'accès des publics les plus fragiles au droit commun. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre de la coordination des politiques publiques en la matière, en lien avec le plan pluriannuel interministériel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, en partenariat avec la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSDCS), notamment.

Pour y parvenir, il sera nécessaire de :

- Encourager le développement de l'offre en d'équipes de soins primaires dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ;
- Développer et renforcer les dispositifs spécifiques : permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles sur l'ensemble de la région, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT) en diversifiant les modalités d'accueil ;
- Déployer un dispositif régional d'accès à l'interprétariat professionnel pour les PASS et EMPP en complément des ressources déjà mobilisées ;
- Déployer des actions de médiation sanitaire ;
- Favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes en hébergement social et promouvoir des référents santé dans les structures ;
- Coordonner les dispositifs d'accès à la prévention et aux soins, avec les équipes de soins primaires.

Améliorer la qualité des prises en charge des personnes placées sous-main de justice vise à prévenir une dégradation de leur état de santé.

Dans les 5 prochaines années, il conviendra ainsi de :

- Développer la prévention, la promotion et l'éducation à la santé et l'acquisition de compétences de vie favorables à la santé (addictions, santé sexuelle, prévention buccodentaire, prévention des risques infectieux, nutrition, etc.) ;
- Poursuivre les actions de prévention et de repérage précoce des troubles psychiques, notamment par la formation des personnels pénitentiaires et de santé au repérage de la crise suicidaire ;
- Favoriser l'accessibilité à la prévention et aux soins dentaires des détenus en partenariat avec les unités sanitaires de premier niveau (auparavant dénommées unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) ;
- Garantir la continuité de la prise en charge sanitaire des personnes sortant de prison.

En ce qui concerne les **personnes en situation de handicap**, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a montré dans une étude dédiée, publiée en 2015⁴, que ceux-ci rencontraient de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins courants. Les principales raisons en étaient : une expression des besoins parfois difficile, une situation socio-économique plus défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, une accessibilité physique aux cabinets médicaux ou aux matériels de consultation inadaptée, une méconnaissance du handicap par le personnel soignant, la nécessité de la présence d'un tiers accompagnant.

⁴ L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France, juin 2015.

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, un plan régional dédié est mis en œuvre afin de :

- Faciliter l'accès à la prévention, l'éducation à la santé et aux soins primaires des personnes en situation de handicap ;
- Améliorer l'accès aux soins somatiques pour les problèmes de santé physique des personnes en situation de handicap dans le cadre de l'offre de soins de droit commun ; le volet bucco-dentaire fait l'objet d'un plan régional co-construit avec l'ensemble des partenaires ;
- Mettre en place des centres spécialisés d'accès aux soins somatiques et de prise en charge de la douleur pour les personnes dyscommunicantes et non compliantes aux soins proposant une prise en charge pluridisciplinaire, par des professionnels formés, avec un bilan clinique complet, des examens complémentaires de base : bilan biologique adapté au handicap, Électrocardiogramme (ECG), électroencéphalogramme (EEG), en fonction des antécédents. Ces centres spécialisés devront se positionner comme ressource pour le premiers recours, les établissements de santé (ES) et les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESMS) de son territoire ;
- Améliorer la prise en charge de la douleur notamment pour les personnes qui ont des difficultés majeures de communication ;
- Faciliter l'orientation des personnes par les professionnels de santé vers les dispositifs dédiés aux personnes en situation de handicap. L'organisation de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap constitue un objectif socle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements sanitaires.

2.1.3 Organiser l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés

L'accès aux soins non programmés, a fortiori dans le cadre de l'urgence vitale, constitue une priorité pour les pouvoirs publics. L'enjeu est notamment de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour la population, conformément à l'engagement présidentiel pris en 2012. Au 31 décembre 2016, 131 700 personnes, soit 2.2 % de la population, se trouvaient à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès aux soins urgents : service des urgences (SU), services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), médecins correspondants du SAMU (MCS) et les moyens hélicoptérés (HéliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile). L'objectif est également d'améliorer l'efficacité de notre système de santé grâce à une meilleure articulation entre les structures de médecine d'urgence et l'offre de soins de premier recours.

La réponse aux besoins de soins non programmés passe, de plus en plus, par une organisation territoriale. Ainsi, pour assurer un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, le rapport sur la territorialisation des activités d'urgences de juillet 2015, dit rapport Grall, préconise la mise en place d'équipes d'urgentistes de territoire, au sein de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT), afin notamment de maintenir une haute qualité de prise en charge et de favoriser le recrutement de médecins urgentistes, en particulier dans certains territoires.

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) permettent de maintenir un accès aux soins non programmés de qualité dans les territoires, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Pour autant,

L'organisation de la permanence des soins peut être améliorée, comme le souligne le rapport d'information de l'Assemblée nationale, adopté à l'unanimité par la Commission des affaires sociales le 3 juin 2015, qui met notamment en évidence la persistance d'inégalités territoriales et sociales.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'organisation de la **permanence des soins ambulatoires (PDSA)** a pour objet d'assurer l'égalité d'accès aux soins non programmés dans l'ensemble du territoire. La PDSA vise, en effet, à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé, notamment de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les samedis à partir de midi, les dimanches et jours fériés. Elle repose, d'une part sur l'effectif, qui recouvre les consultations et les visites à domicile réalisées par les médecins de garde et, d'autre part, sur la régulation, pivot du dispositif, à laquelle participent également les médecins libéraux.

Le cadre du cahier des charges régional de la PDSA a pour objet de garantir :

- ▶ une régulation libérale renforcée, au niveau des SAMU-Centre-15, ce qui implique :
 - la promotion et le développement de la formation de nouveaux médecins régulateurs, afin de consolider les pools de régulation ;
 - l'harmonisation des modalités de rémunération des médecins régulateurs libéraux sur la région ;
 - l'adaptation des moyens aux volumes d'appel (variations horaires, hebdomadaires et saisonnières, gestion de crise, épidémie) ;
 - l'extension de la régulation libérale les samedis matins ;
 - l'engagement d'une réflexion sur la mutualisation de la régulation en nuit profonde, afin d'optimiser les ressources disponibles en régulateurs et de l'étendre à tous les territoires, en lien avec le déploiement du système d'information national des SAMU "SI-SAMU" ;
- ▶ le développement de la télémédecine et notamment de la visiorégulation.
- ▶ une effectif permettant de répondre aux besoins et d'améliorer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé, ce qui passe par :
 - le maintien d'une réponse adaptée aux besoins de soins non programmés les soirées et les week-ends, pour éviter les recours inadaptés aux services d'urgence ;
 - l'adaptation de la sectorisation aux territoires, à la démographie et à l'activité ;
 - le développement des points fixes de garde et des maisons médicales de garde (MMG), en s'appuyant sur le cahier des charges national des MMG ;
 - la création de centres de soins non programmés (CNSP) sur certains territoires ;
 - la professionnalisation de la PDSA, avec la possibilité, par exemple, de mettre en place des médecins mobiles dédiés sur de grands secteurs, dans certains territoires ;
 - le soutien aux initiatives en matière de télémédecine, au sein des structures ambulatoires (maisons et centres de santé, centres de soins non programmés), permettant l'émergence d'une forme innovante d'effectif, en particulier sur les territoires les plus isolés ;
- ▶ une communication régionale sur le bon usage de la PDSA, en lien avec le bon usage des urgences ;

- une évaluation de l'activité de la PDSA, en lien avec l'activité des urgences et des transports sanitaires.

L'accès à des soins urgents de qualité constitue, depuis plusieurs années, une priorité de santé publique. Les structures de médecine d'urgence ont pour mission de prendre en charge en priorité les besoins de soins immédiats dont le pronostic vital et/ou fonctionnel exigeant, quels que soit le lieu où les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge de l'urgence, ainsi que les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et moyens d'intervenir. L'anticipation et la gestion des tensions des services d'urgence constituent un enjeu majeur, parallèlement à l'amélioration de la fluidité de l'aval des urgences.

L'optimisation de la ressource en compétences de médecin urgentistes constitue un premier enjeu pour les structures de médecine d'urgence. Celle-ci passe, notamment, par :

- le renforcement de la filière de formation universitaire ;
- le développement des terrains de stage mixtes (services urgences – cabinets de médecins libéraux), permettant d'appréhender l'exercice de la médecine générale aux urgences ;
- le déploiement des équipes d'urgentistes de territoire, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;

En second lieu, la **garantie d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes**, implique :

- l'optimisation du maillage des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), en veillant à la cohérence de leurs secteurs d'intervention et en prenant notamment en compte les délais d'intervention ainsi que les interventions extra-départementales ;
- la garantie du bon fonctionnement des SMUR et de leurs antennes, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement réglementaires ;
- une organisation régionale des transports sanitaires hélicoptérés, concernant notamment les transferts par le SMUR pédiatrique et la prise en charge en thrombectomie⁵ des accidents vasculaires cérébraux, avec la mise en place d'une coordination régionale des HéliSMUR ;
- l'intensification du déploiement des médecins correspondants du SAMU (MCS) dans les zones situées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents ;
- un partenariat avec les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), dans le cadre du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

L'accès aux soins urgents en milieu maritime et en montagne doit également être garanti. Celui-ci repose sur :

- la formation des médecins urgentistes au secours en montagne dans le cadre du Diplôme universitaire de médecine d'urgence en montagne (DUMUM) ;
- la présence, tous les jours, d'un médecin montagnard en poste aux urgences ou au SMUR, doté de matériel spécifique, technique et médical, spécifiquement affecté à cette activité, permettant ainsi l'envoi d'un médecin, sans organiser une ligne de garde spécifique à cette activité ;
- le partenariat avec la Gendarmerie de haute montagne et la Sécurité Civile tant pour les interventions terrestres que pour les secours hélicoptérés ;
- l'existence du SAMU de coordination maritime (Bayonne) qui assure la coordination de l'aide médicale en mer sur la façade atlantique ;

⁵ Quand un caillot sanguin occlut une artère encéphalique (de la tête), il entraîne un accident vasculaire cérébral (AVC) responsable d'un infarctus ischémique. La thrombectomie mécanique consiste à retirer le caillot sanguin en introduisant une sonde dans l'artère.

- la présence des SMUR maritimes (La Rochelle et Bayonne) qui assurent, quant à eux, la couverture SMUR médicale en mer, grâce à des équipes formées et entraînées à intervenir en haute mer.

Par ailleurs, l'**amélioration de la performance des établissements disposant d'une structure d'urgence** doit être recherchée, en garantissant :

- une bonne gestion des lits d'aval et la connaissance des lits disponibles en temps réel au sein des établissements, la systématisation des commissions des admissions et des soins non programmés (CASNP) et des fonctions de gestionnaires de lits ;
- la définition de circuits de prise en charge des patients aux urgences (présence d'une infirmière organisatrice de l'accueil en H24, mise en place d'un circuit court pour les urgences ne nécessitant pas une hospitalisation) ;
- l'organisation du dispositif « hôpital en tension ».

De même, un **recours plus pertinent aux urgences** doit être visé, grâce à :

- une évaluation de l'activité des structures d'urgence et des filières de soins ;
- une meilleure articulation entre l'offre de soins de premier recours et les structures de médecine d'urgence, notamment dans le cadre de la PDSA, avec la création de maisons médicales de garde (MMG) préférentiellement adossées à un service d'urgence et la mise en place de centres de soins non programmés (CSNP) dans certains territoires ;
- une communication régionale sur le bon usage du 15 et du numéro d'appel généralisé ainsi que des urgences.

En outre, la **sécurité et l'efficacité des prises en charge et des parcours** doivent être garanties, via :

- l'évaluation des filières de prise en charge (accident vasculaire cérébral (AVC), syndromes coronaires aigus, traumatismes crâniens, etc.), dans le cadre des réseaux territoriaux des urgences (RTU) ;
 - l'organisation des filières pédiatriques, gériatriques et psychiatriques dans les services d'accueil des urgences, avec :
 - l'organisation des services d'urgences pédiatriques, au niveau des centres hospitaliers universitaires (CHU), et des SMUR pédiatriques ;
 - le développement et le renforcement de la formation des urgentistes et des personnels paramédicaux à la pédiatrie par simulation ainsi que la formation des régulateurs à la décision en pédiatrie ;
 - la mise en place d'une organisation et d'une coordination régionale des transferts SMUR pédiatriques et des transferts néonataux ;
 - le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie (EMOG) extrahospitalières ;
 - la prévention des hospitalisations inappropriées grâce, entre autres, à des expérimentations de mutualisation d'infirmier de nuits entre plusieurs EHPAD ;
 - l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie aux urgences en évitant, chaque fois que possible, qu'elle intervienne dans ces services ;
 - le repérage précoce pour prévenir et accompagner les situations de crises et d'urgence, en psychiatrie, en s'appuyant notamment sur des équipes mobiles, afin d'éviter les hospitalisations en urgence et/ou sous contrainte ;
 - un partenariat étroit entre les services d'urgences et structures spécialisées, permettant d'apporter une réponse aux situations d'urgences psychiatriques ;
- une meilleure prise en charge en addictologie aux urgences, en assurant l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans tous les services d'urgence ;

- un meilleur accès aux soins urgents pour les personnes en situation de handicap, ce qui nécessite :
 - la formation des personnels médicaux et paramédicaux des urgences à la prise en charge des personnes handicapées, avec l'utilisation de matériels adaptés ;
 - la mise en place de fiches de liaison entre services d'urgence et établissements médico-sociaux ;
 - L'accompagnement des personnes handicapées prises en charge dans les services d'urgence par un interprète, une tierce personne ou des équipes mobiles dédiées.

Enfin, la **participation des structures d'urgence à la gestion de crise**, dans le cadre des plans organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) et organisation de la réponse de sécurité civile – nombreuses victimes (ORSEC NOVI), est indispensable.

La **réponse aux besoins de transports sanitaires urgents** nécessite l'action coordonnée de plusieurs acteurs de l'urgence pré hospitalière, dont le SAMU-Centre 15 qui décide du moyen de transport le plus approprié pour chaque situation. Comme le souligne le référentiel relatif à l'« organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière » du 9 avril 2009, « les ambulanciers, professionnels de santé, ont vocation à être missionnés par la régulation du SAMU-Centre 15 pour participer à la prise en charge des urgences vitales, dans l'intérêt du patient ». Pour autant, l'effectivité et la qualité de la réponse aux besoins de transports sanitaires urgentes restent un enjeu important, au regard des carences ambulancières constatées dans certains territoires.

Dans ce contexte, une meilleure réponse aux besoins de transports sanitaires urgents passe par :

- une évaluation de l'efficacité de la réponse aux besoins de transports sanitaires urgents, sur la base d'un protocole d'étude permettant de disposer d'un état des lieux précis ;
- une gouvernance renforcée en matière de réponse aux besoins de transports sanitaires urgents ;
- l'amélioration de la régulation de l'offre de transports sanitaires : harmonisation des critères de délivrance des agréments en région, meilleure adéquation aux besoins de la population en matière de transport allongé et assis de patients, en évitant notamment la surutilisation des ambulances pour des transports assis programmés, diminution du nombre d'indisponibilités ambulancières (carences).

L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) doit permettre d'optimiser la prise en charge des patients en provenance des services d'urgence. Elle se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne également les patients accueillis en urgence dans les maternités ou hospitalisés en réanimation, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Le schéma cible de la PDSSES a pour objet de garantir :

- une organisation soutenable et territorialisée de la PDSSES permettant d'assurer une réponse adaptée aux besoins de soins urgents sur chaque territoire et reposant sur la gradation des soins ;
 - niveau de recours territorial ;
 - niveau de recours infrarégional ;
 - niveau de recours régional.

- la sécurisation des parcours de soins en s'appuyant notamment sur l'évaluation des filières spécialisées dans le cadre des réseaux territoriaux des urgences (RTU) et en lien avec l'observatoire régional des urgences (ORU) ;
- une optimisation des ressources médicales grâce à une mutualisation des lignes d'astreinte et de garde ;
- l'accessibilité financière, à savoir l'absence de dépassements d'honoraires dans le cadre de la mise en œuvre des lignes de PDSSES au sein des établissements, conformément à la réglementation.

Les spécialités médico-techniques (biologie, radiologie et imagerie médicale, pharmacie) doivent s'inscrire dans la même logique de rationalisation et de mutualisation inter-établissements. La PDSSES en radiologie/imagerie médicale pourra donner lieu, le cas échéant, à financement, dès lors qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une organisation mutualisée a minima au niveau territorial.

2.1.4 Accompagner une organisation des activités de diagnostic garantissant qualité et accessibilité

L'organisation des activités de diagnostic est essentielle pour garantir un accès aux soins efficient dans des délais adaptés. Ces activités ont été ou sont en train de se restructurer fortement, voire de prendre un essor qu'il est impératif d'accompagner. Concernant la biologie, celle-ci a été très fortement modernisée par la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Les données suivantes témoignent de l'effet de concentration induit : la région Nouvelle-Aquitaine compte aujourd'hui 71 laboratoires de biologie médicale (entités juridiques) répartis sur l'ensemble du territoire, qui ne comportent pas moins de 396 sites.

Pour l'imagerie médicale, les difficultés de démographie médicale engagent également une recomposition forte mais pour des motifs différents. La densité régionale de radiologues exerçant en région Nouvelle-Aquitaine (11,5 / 100 000 habitants) est inférieure à la densité moyenne nationale (12,0 / 100 000 habitants), seuls trois territoires (la Gironde, à un degré moindre la Vienne et les Pyrénées Atlantiques) présentent une densité de radiologues très supérieure à la moyenne nationale. Cependant, un phénomène similaire de regroupement des équipes médicales est observé avec le recours aux moyens de télé-imagerie. Dans l'objectif de maintenir une qualité et une accessibilité aux activités de diagnostic, lorsque cela sera nécessaire, tout comme les sites de prélèvement biologique (pré- et post-analytique) qui sont de plus en plus distincts des sites d'analyse biologique regroupés (plateau technique), les sites de réalisation des examens d'imagerie sont et seront de plus en plus souvent éloignés des sites d'interprétation qui concentrent la ressource médicale en imagerie médicale.

Parallèlement, la génétique médicale connaît des développements technologiques (séquençage à haut débit (SHD) ou très haut débit (STHD) notamment) et un essor sans commune mesure. Sollicitée par de nombreuses autres spécialités, elle est en pleine expansion : demandes de consultations multipliées par 4 en 10 ans, 36 laboratoires utilisaient le SHD ou le STHD en 2013, ils étaient 80 en 2015 et 92 en 2016. Aussi, l'enjeu est-il d'assurer une adaptation des ressources au regard de la montée en charge constatée des besoins et des évolutions techniques à venir.

La **restructuration de la biologie médicale** doit être confortée suite à la réforme dont elle a été l'objet notamment avec la mise en place d'une accréditation spécifique pour les laboratoires de biologie médicale, l'accréditation selon la norme NF EN ISO 15189 prononcée par le comité français d'accréditation (COFRAC). Le phénomène de concentration des plateaux techniques de biologie s'est accompagné du maintien d'un maillage de sites préleveurs. Cet équilibre qui respecte les objectifs de qualité et d'accessibilité doit être préservé en veillant à la continuité et à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie sur les zones de biologie médicale, en renforçant l'efficacité des plateaux techniques et les liens clinico-biologiques afin d'éviter que les biologistes exécutent des prescriptions et rendent des résultats en méconnaissant parfois le contexte clinique, nécessaire à l'interprétation des résultats et dont la communication par le médecin prescripteur est rendue obligatoire par la loi du 30 mai 2015. En outre, la nouvelle structuration de la discipline nécessite de s'assurer de :

- ▶ la sécurisation des liaisons inter-sites, notamment pour garantir la qualité de la phase pré-analytique ;
- ▶ la mise en place d'une organisation qui assure une réelle permanence des soins conforme aux besoins ;
- ▶ la poursuite de l'utilisation des outils numériques de coordination entre les laboratoires de biologie médicale et l'ensemble de leurs partenaires en favorisant et généralisant l'utilisation des messageries sécurisées de santé entre biologistes et professionnels de santé de l'ambulatoire mais aussi du domaine hospitalier.

Les **modifications technologiques** (numérisation de l'image, possibilités de traitement et de transmission aisée et rapide, essor de l'imagerie en coupe, de l'imagerie par résonance magnétique et de la médecine nucléaire) **et de pratiques que connaît l'imagerie médicale doivent être accompagnées**. En effet, la pénurie de radiologues sur certains territoires nécessite de garantir l'accès aux diagnostics d'imagerie par l'organisation d'une offre visant l'objectif d'un taux d'équipement équitable entre les territoires en prenant en compte la population et la charge en soins des territoires, et l'objectif d'amélioration de l'attractivité des organisations pour les radiologues.

Aussi, cette attractivité passe-t-elle par le développement d'un système d'information radiologique, d'archivage et de transmission des images commun et unique dans le cadre de plateaux techniques d'imagerie de taille plus importante qu'ils soient propres à un groupement hospitalier de territoire (GHT), privés, ou développés dans le cadre de coopérations public/privé autour de groupements de coopération sanitaires (GCS) ou de plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM). En effet, la gradation de l'offre en réseau nécessite d'être organisée autour d'équipes de taille suffisante permettant de développer et de mutualiser des surspécialités (imagerie cardio-vasculaire, neuroradiologie, imagerie abdominale et digestive, etc.), gages d'attractivité pour les praticiens. Les moyens d'action sur la démographie médicale des radiologues libéraux et hospitaliers passent également par l'augmentation du flux des internes en radiologie.

Dans ce contexte, les missions de santé publique relatives à l'**imagerie médicale** doivent être garanties en prenant en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation :

- ▶ la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDES), la participation à l'activité d'urgence hors PDES ;
- ▶ l'activité de dépistage du cancer (notamment de dépistage organisé du cancer du sein) ;

- la participation au maillage territorial de l'accès à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie et la conclusion d'une convention avec les établissements dotés d'une unité neuro-vasculaire (UNV) et les services d'aide médicale urgente (SAMU) pour prévoir les conditions d'accès en urgence des patients atteints d'une affection neuro-vasculaire ;
- la prise en charge des patients hospitalisés, en public et privé, pour garantir des délais de séjours adaptés ;
- l'accessibilité des équipements aux personnes obèses et plus globalement aux personnes en situation d'handicap ;
- la prise en compte des exigences universitaires pour accueillir des internes.

La génétique médicale, spécialité encore jeune, au cœur des évolutions de la médecine dite « personnalisée », doit encore se structurer. La médecine génomique personnalisée, qui associe variations génétiques et profils de réponse aux traitements différents, permet en effet d'accéder à une démarche diagnostique plus précise dans des délais raccourcis et à des orientations thérapeutiques plus efficaces avec des effets adverses limités. Aussi, l'un des défis principaux est-il de conforter les ressources médicales de la spécialité aujourd'hui insuffisantes pour faire face aux enjeux de la médecine de demain et garantir son accessibilité. L'insuffisance de dimensionnement des équipes aujourd'hui constituées se constate par les délais d'obtention d'une consultation. Ainsi, en moyenne, pour une consultation de génétique médicale, les délais étaient en 2016 de 6 mois minimum à Bordeaux (pour 3894 consultations et conseils génétiques réalisés), de 5 mois à Poitiers (pour 829 consultations y compris conseils génétiques, en augmentation en 2017), de 2 mois à Limoges (pour 843 consultations et conseils génétiques, activité et délais de rendez-vous également en augmentation en 2017).

- Dans ce contexte, si des consultations avancées sont actuellement réalisées à Bayonne et à Pau, à partir du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, il est nécessaire d'en développer sur d'autres sites du territoire néo-aquitain avec des équipes étoffées.
- Afin de garantir un accès facilité aux tests génétiques, une organisation régionale du diagnostic génétique biologique (y compris cytogénétique) à partir des équipes des trois CHU devra être mise en place.
- L'attractivité des postes de génétique médicale doit être renforcée notamment en développant les échanges d'expertise par visioconférences et réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Parallèlement, une meilleure organisation régionale de l'accès aux consultations de génétique est nécessaire afin d'éviter les demandes inadaptées et de mieux évaluer l'opportunité. Dans ce cadre, une possibilité est de mettre en place des référents spécialistes d'organes aux compétences renforcées en génétique notamment en pédiatrie, neurologie, cardiologie, néphrologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), etc.
- Il convient également de promouvoir la formation de l'ensemble des professionnels des équipes de génétique, aux nouveaux métiers et compétences : proposer aux internes une offre régionale favorisant des postes clinico-biologiques adaptés aux besoins régionaux respectifs en clinique et en biologie, développer au sein des équipes les concepts de génomique et de bio-informatique.

La prise en compte opérationnelle des évolutions technologiques et des innovations organisationnelles de la spécialité nécessite quant à elle de :

- préparer l'intégration de la médecine génomique dans le parcours de soins et la prise en charge des pathologies communes ;

- ▶ développer une politique volontariste permettant de suivre l'évolution des techniques et de s'engager vers la médecine de précision, au bénéfice des patients notamment porteurs de maladies rares et atteints de cancer ;
- ▶ mutualiser la réalisation des tests fonctionnels visant à déterminer la pathogénicité des variants identifiés en nombre toujours plus important avec le développement du séquençage à haut/très haut débit ;
- ▶ promouvoir le dépôt d'un dossier dans le cadre de l'appel à projet national du plan France médecine génomique (PFMG) 2025.

2.1.5 Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif

Les évolutions démographiques, épidémiologiques (poids des maladies chroniques), technologiques et scientifiques (précocité et rapidité des diagnostics, techniques chirurgicales moins invasives, révolution numérique), ont pour conséquences des hospitalisations plus courtes concentrées sur la prise en charge d'épisodes aigus. Les évolutions sociétales imposent également que l'offre de soins se restructure pour favoriser des prises en charge réalisées autant que possible en ambulatoire selon le souhait des patients.

Parallèlement, les attentes vis-à-vis du secteur médico-social évoluent dans un sens similaire et nécessitent de dépasser la logique de structuration de l'offre et de son financement centrée sur les places en établissements pour aller vers une logique de prestations fondée sur les besoins des personnes. Il s'agit donc à la fois de confirmer et d'amplifier le virage inclusif, les possibilités de vie et de maintien à domicile, et de renforcer la capacité des opérateurs sanitaires et médico-sociaux à améliorer la qualité des interventions et à mieux faire face aux situations complexes.

La réponse à de tels enjeux implique une évolution des établissements de santé et de la pratique des professionnels libéraux et acteurs médico-sociaux, qui devront être à même d'assurer l'accompagnement de patients, notamment poly-pathologiques, dans un cadre ambulatoire et de projets de soins. Elle implique aussi que les appels à projets et candidatures innovants, ainsi que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), constituent une partie des leviers importants de cette transformation de l'offre.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'**adaptation au virage ambulatoire** concerne toutes les spécialités et les prises en charge : tant la chirurgie, la médecine, les soins de suite et de réadaptation (SSR) que la santé mentale et l'offre médico-sociale, elle doit irriguer les pratiques de l'ensemble des professionnels. Pour les établissements de santé, cette conversion passe par l'adaptation de l'organisation des structures en chirurgie, l'évolution des pratiques, le développement des hôpitaux de jour en médecine, pour chacune des spécialités de SSR par substitution aux capacités existantes en hospitalisation complète et par l'intermédiaire des consultations et la mise en place de prestations intermédiaires. En psychiatrie, ce pivotement doit s'opérer par une réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein et un redéploiement des

ressources humaines en priorité vers le « hors les murs » (centres médico-psychologiques (CMP), équipes mobiles, etc.).

Ainsi, le renforcement des prises en charge ambulatoires est gagé par :

- ▶ la mise en œuvre de groupes de pairs concernant les gestes chirurgicaux ambulatoires émergents, la promotion des parangonnages, l'élaboration par les établissements d'un plan virage ambulatoire, notamment pour la filière gériatrique en orthopédie et en traumatologie ;
- ▶ le développement des équipes mobiles SSR, en particulier pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ; le développement du traitement en cure ambulatoire (TCA) notamment pour les plaies/cicatrisations et l'injection de toxine botulique ; le développement des consultations externes ;
- ▶ l'identification des CMP comme véritables pivots de l'offre en santé mentale, la réduction des hospitalisations pour les situations dites inadéquates, l'accompagnement de la transformation de places en structures médicosociales pour les patients hospitalisés au long cours sans autre solution alternative, la création de services adaptés, etc. ;
- ▶ l'optimisation des durées moyennes de séjours (de 3 jours et plus) en impulsant des actions limitant les journées inadaptées à l'hôpital, telles que l'amélioration des organisations d'aval, le développement des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), la promotion de techniques de réhabilitation précoce après chirurgie.

L'extension et la sécurisation des prises en charge à domicile sont une nécessité pour répondre aux évolutions sociétales et **construire des modes de prise en charge ayant pour fondement l'autonomie de la personne**. Le développement des prescriptions en hospitalisation à domicile (HAD) doit donc être accéléré, les compétences renforcées et les prises en charge diversifiées (en pédiatrie et néonatalogie par exemple, dans le cadre d'un cahier des charges régional). L'amélioration de l'accès à l'HAD pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et pour les personnes âgées et en situation de handicap prises en charge en établissements et services médico-sociaux (ESMS) constitue dans ce cadre une priorité.

Pour ce faire, plusieurs leviers seront mobilisés :

- ▶ l'affirmation d'une responsabilité territoriale des établissements d'HAD passant par :
 - l'adaptation de l'organisation générale et des compétences de l'HAD au volume et à la nature de l'activité, ainsi qu'aux caractéristiques géographiques de chaque territoire (déploiement d'équipes dans des sites annexes) ;
 - la promotion, dans le cadre d'une concertation adaptée, de territoires d'intervention exclusifs suffisamment larges ;
 - la définition d'axes d'amélioration adaptés à chaque territoire (notamment la mise en place d'une capacité d'intervention médicale et soignante 24h/24 et 7jours/7) ;
- ▶ l'intégration dans chaque projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'un principe d'organisation avec les HAD publiques et privées pour chacune des filières du projet médical. En particulier, formalisation de protocoles permettant de systématiser et d'anticiper les transferts en HAD ;
- ▶ une collaboration renforcée et formalisée entre les HAD et les autres acteurs du domicile : médecins traitants, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux, services de soins infirmiers à domicile (modalités de coopération et d'intervention conjointes, organisation des relais en amont et en aval).

Le développement de « réponses inclusives » doit ainsi **faire évoluer les prestations pour mieux répondre aux besoins et attentes des personnes en perte d'autonomie** (liée au handicap, à l'âge).

Concernant les **personnes âgées en perte d'autonomie**, cette évolution passe d'abord par la finalisation du maillage territorial des alternatives à l'hébergement permanent (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil temporaire de nuit, hébergement temporaire d'urgence) notamment par redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, afin d'assurer la couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérants après évaluation de ceux déjà existants. Il s'agit aussi prioritairement d'investir le champ de la prévention et des services à domicile et une plus forte intégration des pratiques entre les différents professionnels des différents secteurs d'intervention (domicile, professionnels de santé, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, etc.).

Concernant les personnes en situation de handicap, le **virage inclusif** est au cœur des évolutions attendues et de la réponse accompagnée pour tous. C'est une approche par domaines de vie quotidienne qui est privilégiée nécessitant, en regard, de garantir le panier de services et d'accompagnement à mettre en œuvre. Ce panier de services passera notamment par :

- ▶ La transformation de l'offre médico-sociale existante (plus de services que de places en établissement), conformément à la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale ;
- ▶ La création de nouveaux dispositifs et services inclusifs dans les domaines de la scolarisation, l'habitat, de l'emploi accompagné, de la participation sociale ;
- ▶ L'adaptation et la spécialisation de l'offre existante pour garantir la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique et faire face aux défis nouveaux tels que le vieillissement des personnes en situation de handicap, l'aide concrète aux aidants ;
- ▶ Le renforcement de l'expertise d'usage et du pouvoir d'agir des personnes ;
- ▶ L'innovation de services, technique et numérique afin de renforcer l'accès aux droits, l'effectivité de leurs choix de vie et l'autodétermination des personnes.

2.1.6 Poursuivre la transformation de l'offre de soins et médico-sociale en garantissant la gradation et la complémentarité des services et des structures

Le pivotement attendu du système de santé vers le domicile, l'inclusion et l'accès équitable aux soins et aux accompagnements ne pourra se faire sans une transformation de l'offre de soins et médico-sociale améliorant la gradation et les complémentarités des services et des structures. Or, des enjeux de disponibilité d'expertise, de ressources médicales et paramédicales, de permanence des soins, de continuité des accompagnements et de concurrence entre activités doivent être pris en compte.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par zone du schéma régional de santé (ZSRS) et par activité sont détaillés page 106 et suivantes du présent schéma.

Le choix des implantations de chacune des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation concourt à cette transformation attendue. Pour ce faire, l'Agence régionale de santé (ARS) définit, au sein des zones du schéma régional de santé (ZSRS), les **objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)**. Les règles d'implantations prennent notamment en compte l'analyse des seuils d'activité, des normes règlementaires de composition des équipes et de l'application des bonnes pratiques professionnelles. Elles répondent à un objectif de gradation qui implique que tous les établissements, quel que soit leur statut, n'ont pas vocation à développer tout type d'offre mais à assurer, en tant que de besoin, la prise en charge en relais de leurs patients avec les établissements de niveau de recours supérieur, dans une logique de filière.

Il en découle des **principes d'organisation pour chaque activité**, précisés pour chaque OQOS qui définit un nombre d'implantations possibles par zone et activité. La gradation des soins garantie par la fixation des OQOS nécessite de changer de paradigme et de situer la qualité des prises en charge au niveau de la coordination inter-établissements et non de la diversité d'offre développée isolément par chacun. Cette coordination appelle une organisation en filières qui vise à décrire et structurer les complémentarités entre établissements d'un même territoire.

L'enjeu des OQOS est donc de définir :

- ▶ les activités de soins ou équipements qui nécessitent une réponse en proximité (au niveau des zones infra territoriales de proximité qui constituent le premier niveau de structuration de l'offre) ;
- ▶ les activités ou équipements qui requièrent un niveau de spécialisation plus important impliquant la mobilisation de ressources plus rares qui ne peuvent être disponibles en proximité (niveau territorial de recours) ;
- ▶ les activités ou équipements qui nécessitent que les patients soient orientés vers des établissements de recours infrarégional ou régional.

L'enjeu pour les établissements situés dans les zones de proximité est de disposer d'un panel d'offre permettant d'initier en proximité le plus grand nombre de parcours. C'est pourquoi le maillage des territoires en consultations avancées et leur diversification constituent un enjeu majeur en termes d'accès aux soins, la qualité des soins étant quant à elle garantie par l'adéquation des ressources médicales et des volumes d'actes effectués en fonction de la nature de l'activité.

Ainsi, dans le cas de villes de taille moyenne où il existe une offre publique et une offre privée en concurrence ou bien où les taux de fuites de patients sont élevés avec souvent en parallèle des difficultés fortes en terme de démographie médicale et donc de qualité et de sécurité des soins (volumes d'activité insuffisants), la coopération entre les services et des structures publics et privés doit être recherchée afin de **garantir la réponse au besoin du bassin de population concerné**. Elle prend forme notamment dans les rapprochements des établissements de santé publics et privés ayant pour objectif de garantir la pérennité d'activités de soins, en particulier en chirurgie, obstétrique et imagerie. Elles peuvent en outre permettre le développement de pôles d'excellence ruraux de santé (maison de santé pluri professionnelle (MSP), télémédecine, consultations avancées spécialisées, etc.). Sur de plus grosses agglomérations, la mise à disposition de ressources sanitaires au bénéfice du secteur médico-

social lorsque des structures médico-sociales sont membres du groupement peut être envisagée à l’instar des groupements de coopérations sanitaire en santé mentale et handicap déjà existants en Nouvelle-Aquitaine.

Une des réponses, non exclusive, posée par la loi de modernisation de notre système de santé à la question de la gradation de l’offre, en proximité, réside dans l’instauration des **groupements hospitaliers de territoires** (GHT). Les GHT ont pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d’assurer une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité. Pour répondre à cet objectif, un projet médical de territoire (PMP) et un projet de soins partagés doivent être élaborés entre les établissements parties. Ils sont conçus pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours. Les autres acteurs peuvent contribuer à son élaboration afin de garantir une offre complémentaire sur le territoire.

- 12 GHT ont été créés par décision du Directeur Général de l’ARS le 1er juillet 2016 en Nouvelle-Aquitaine. De tailles variables en raison des partenariats et synergies antérieurs, ils doivent tous décrire la gradation des soins entre les établissements le composant et découlant de l’analyse des besoins populationnels existants et à venir, de l’offre de soins hospitalière et de ville ainsi que des flux de patients au sein du territoire et du GHT.
- Tous les établissements publics de santé (EPS) y compris ceux autorisés en psychiatrie ont l’obligation d’entrer dans un GHT. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont à la fois partie du GHT de leur territoire et s’associent aux GHT de la subdivision. Les services d’hospitalisation à domicile (HAD) publics ou privés sont obligatoirement associés au GHT de leur territoire. Les établissements et services médico-sociaux publics peuvent être parties du GHT de leur territoire. Les établissements privés peuvent être partenaires GHT par le biais de conventions et contribuer ainsi à garantir la complémentarité de l’offre à l’échelle de chaque territoire.
- La filière s’inscrit dans un parcours de soin plus global imposant de recentrer l’hôpital sur son plateau technique, sur son expertise en matière de pathologies complexes et/ou aiguës et de mieux maîtriser l’amont à l’aval de l’hospitalisation en lien avec tous les acteurs dont la médecine de ville.

S’agissant plus spécifiquement des **personnes les plus vulnérables** (personnes en situation de handicap, en perte d’autonomie, ayant des difficultés spécifiques, etc.), la transformation de l’offre médico-sociale, en articulation avec les filières de soins, a pour objectif de mieux répondre aux besoins des personnes. Entérinées par le CPOM des ESMS et soutenues par la labellisation de dispositifs à l’issue d’appel à projets ou à candidatures innovants, elle se traduit concrètement par des transformations au rang desquelles :

- la diversification des prestations proposées par les acteurs du secteur médico-social permettant une offre modulaire en faveur du domicile et de l’inclusion des personnes (offre de répit, accueil de jour, transformation de places en services, etc.), il s’agit à titre d’exemple de :
 - la création de maison d’accueil temporaire en faveur des personnes âgées en perte d’autonomie ;
 - la création de dispositifs innovants et inclusifs pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées en évitant les effets de filière (le recours systématique) entre le secteur personnes âgées et les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

- la garantie d'une offre de service dédiée répondant aux besoins des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives (MND) et de handicaps rares ;
- l'identification d'équipes à hautes compétences et le développement des dispositifs experts ayant une fonction « ressources » des établissements et services médico-sociaux (ESMS) dont les missions sont notamment de garantir les interfaces entre les secteurs sanitaire, médico-social, éducatif et social visant notamment le renforcement de la capacité de l'offre à accompagner les personnes en situation complexe, à l'instar du développement :
 - des centres spécialisés d'accès aux soins somatiques des personnes dyscommunicantes et non compliantes aux soins ;
 - des réponses nouvelles sous formes de dispositifs de transition en faveur de personnes en situation de handicap (unités d'accueils temporaires en lien étroit avec un plateau technique sanitaire dont le volet somatique).

2.1.7 Développer l'usage de la télémédecine, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes fragiles ou en situation d'isolement

Les services de télémédecine ont pour finalité de permettre la réalisation d'un acte de soins à distance : diagnostic, suivi d'un patient à risque -dans le cadre de la prévention ou d'un suivi post thérapeutique-, recours à un avis spécialisé, assistance d'un professionnel dans la réalisation d'actes, etc. Le champ d'action est identique à celui de l'exercice de la médecine et, à ce titre, régi par le code de la santé publique et par le code de déontologie médicale. Afin de limiter les freins au développement de la télémédecine, notamment en ville, liés à ses conditions de prise en charge financière, le programme national d'expérimentation de la télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé (ETAPES) a fixé une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et en tenant compte de l'offre de soins régionale. Cette expérimentation préfigure le passage, prévu dans le projet de loi 2018 de financement de la sécurité sociale, des actes de télémédecine dans le régime de droit commun qui permettra une facturation au fil de l'eau de ces actes de soins.

Les enjeux poursuivis en région sont de contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins et de proposer une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis, épidémiologiques, démographiques et économiques, auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'usage de la télémédecine pour les prises en charge de situations complexes par les services d'accueil des urgences (SAU) permet d'améliorer leur qualité et leur efficacité et d'éviter les pertes de chances liées à la distance des services de référence. Ainsi, permet-il notamment aux SAU de Nouvelle-Aquitaine recevant plus de 40 accidents vasculaires cérébraux (AVC) par an et distants de plus de 30 minutes d'une unité neuro-vasculaire (UNV) de solliciter le neurologue de l'UNV et de mettre en place le protocole de

prise en charge adapté dans des délais permettant d'éviter toute perte de chances. L'usage de la télémédecine permet aussi de couvrir les besoins des services d'urgence en matière d'avis neurochirurgical mais aussi, durant les périodes de permanence des soins, d'assurer la télé-interprétation des examens d'imagerie médicale via un service de partage et d'échange d'images. Y compris hors périodes de permanence de soins, la télé radiologie est utilisée, toujours à des fins d'expertise, pour répondre aux demandes ponctuelles d'avis secondaire ou de double lecture.

Un autre des usages majeurs de la télémédecine est **d'améliorer l'accessibilité aux soins des populations fragiles** que celles-ci soient exposées à une situation de vulnérabilité particulière liée à l'âge, à un handicap ou déficit, qu'elles se trouvent en détention ou encore qu'elles résident dans des territoires qui sont en déficit de ressources médicales. Dans l'ensemble de ces cas, la télémédecine représente un moyen efficace de lutter contre le renoncement aux soins que peuvent induire ces situations d'isolement.

Le recours à la télémédecine devra permettre ainsi aux 20 unités sanitaires de premier niveau (US, auparavant dénommées UCSA) de Nouvelle-Aquitaine de solliciter leur centre hospitalier de rattachement pour :

- ▶ des téléconsultations (TLC) ou télé expertises (TLX) en dermatologie ;
- ▶ des TLC de pré-anesthésie ;
- ▶ des TLC de psychiatrie.

L'opportunité et la faisabilité de relier les US à l'unité hospitalière de sécurité interrégionale (UHSI) pour les consultations pré-anesthésiques et les consultations post-opératoires sera également étudiée.

Pour les personnes âgées, il s'agira de généraliser les téléconsultations et/ou télé expertises (gériatrie, psychiatrie, suivi et traitement des plaies complexes, dépistage de la rétinopathie diabétique, bilans bucco-dentaires, tel que prévu dans le plan régional santé bucco-dentaire co-construit avec les partenaires) au bénéfice des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour ce faire, il sera nécessaire d'élaborer, de tester et mettre à disposition un dispositif technique de téléconsultation et de télé expertise à un coût supportable pour les EHPAD et d'intégrer l'impact de la généralisation de l'expérimentation nationale expérimentation de la télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé (ETAPES) dans le modèle économique de déploiement des projets.

Le déploiement de nouveaux projets sera également poursuivi :

- ▶ étude des besoins, en lien avec les acteurs de santé, de nouveaux domaines de télé interprétation ou de solutions pour d'autres typologies d'examen : électrocardiogrammes, spirométrie⁶, etc. dont le modèle économique est à définir ;
- ▶ extension de ces projets au champ des établissements accueillant des personnes handicapées.

Enfin, la télémédecine doit aussi permettre **d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques ou de maladies rares** en favorisant les suivis à distance, notamment via l'outil Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication (PAACO)/Globule qui devra évoluer vers des services numériques complémentaires (objets connectés, télésurveillance médicale, éducation thérapeutique, e-learning, informatique décisionnelle et de suivi des parcours, etc.). Il s'agira donc d'impulser des projets organisant les téléconsultations ou des télé expertises de bilan et de suivi pour les personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD) conformément au cahier des charges national ainsi que des

⁶ Test de mesure de la respiration.

dispositifs de télésurveillance de l'évolution de l'état de santé des patients, comme c'est déjà le cas par exemple pour les porteurs de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques implantés.

2.1.8 Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Ces dernières décennies ont été marquées par la survenue de crises sanitaires de grande ampleur : affaire du sang contaminé en 1983, la « vache folle » en 1995, la canicule et l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, le chikungunya en 2006, la grippe H1N1 en 2009, l'épidémie d'Ebola en 2014 et celle du Zika en 2016. Par ailleurs, dans le même temps, des événements graves ont frappé la France à plusieurs reprises qu'il s'agisse de catastrophes naturelles : tempête Martin de 1999, Klaus en 2009, Xynthia en 2010 et Irma en 2017 ou d'actes terroristes, Paris novembre 2015 et Nice en juillet 2016. Ces crises ont conduit à des réformes institutionnelles et des évolutions des dispositifs de sécurité civile et, de veille et de sécurité sanitaire devant permettre de se préparer à faire face à ces risques et menaces.

La préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), c'est-à-dire aux événements inhabituels ou de grande ampleur susceptibles de mettre en tension le système de santé ou de perturber son fonctionnement, doit être construite aujourd'hui autour de l'organisation de l'offre de soins à l'échelle régionale/zonale et départementale. Du quotidien à la crise, elle englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre. Il s'agit de permettre de développer un continuum entre le fonctionnement habituel et la gestion de crise.

Elle doit s'appuyer en premier lieu sur un dispositif de veille performant. En effet, les signaux sanitaires peuvent être détectés à partir de l'activité de certains professionnels de santé, des données de l'état civil, du suivi des déclarations réalisés par les professionnels (maladies à déclaration obligatoires, dispositifs de vigilances) ou du contrôle sanitaire environnemental. Il est donc particulièrement important d'améliorer en permanence les dispositifs de veille sanitaire et de repérage des situations à risque, notamment par une meilleure connaissance de l'activité des services d'urgence (complétude du répertoire opérationnel des ressources –ROR), par la mise en œuvre de la certification électronique des décès et de contribuer ainsi à l'amélioration des connaissances. A ce titre, une attention particulière doit aujourd'hui être apportée aux risques sanitaires émergents, ré-émergents ou qui progressent dans le domaine des maladies infectieuses ou en santé environnementale (lutte antivectorielle), en lien pour ce dernier point avec le plan régional santé environnement (PRSE) 3. Sur ces sujets, il est primordial de développer l'information auprès des professionnels de santé et de diffuser les recommandations relatives aux conduites à tenir ou aux bonnes pratiques comme la promotion de la vaccination des professionnels de santé et la lutte contre le mésusage des antibiotiques.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La prévention et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles dans le domaine sanitaire nécessitent l'**implication et la coordination de nombreux acteurs** dont en tout premier lieu les professionnels de santé – salariés et libéraux -, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les SAMU, les cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), les transporteurs sanitaires, les

pharmacies et les laboratoires mais aussi l'observatoire régional des urgences (ORU), les structures régionales d'appui (SRA), les organismes de formation et les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les acteurs impliqués dans la production et la gestion de l'eau potable. Cela implique également un lien constant avec les services de l'Etat, notamment les préfetures, l'Education Nationale ou la Direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) les collectivités territoriales et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) mais également avec le service de santé des armées et des opérateurs nationaux comme Santé Publique France.

Dans ce cadre, le **dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles** dit « **ORSAN** » décline les objectifs du schéma régional de santé et organise, en fonction des risques identifiés, les parcours de soin et les modalités de coordination des différents acteurs du système de santé, dans les secteurs sanitaire, médico-social et de ville.

- ▶ Le dispositif ORSAN constitue le centre de gravité de la planification du système de santé. Il comprend six volets : l'accueil massif de victimes non contaminés (ORSAN AMAVI), la prise en charge de nombreuses victimes (blessés psychiques) (ORSAN MEDICO-PSY), la prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (ORSAN CLIM), la gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (ORSAN EPI-VAC), la prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (ORSAN BIO) et prise en charge d'un risque nucléaire, radiologique ou chimique (ORSAN NRC). Il s'appuie sur des plans de renforts établis aux échelons d'intervention des préfets : le plan départemental de mobilisation (plan blanc élargi) et le plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires.
- ▶ La réalisation des différents volets d'ORSAN et de ses plans de renforts permettra d'affiner la connaissance des risques, de décliner les stratégies de prise en charge par filière de soins sur les territoires, en particulier pour les filières gériatriques et pédiatriques et de modéliser et partager avec les services d'aide médicale urgente (SAMU), les réseaux territoriaux des urgences et les CUMP les procédures de gestion de situation sanitaire exceptionnelle, dont la prise en charge psychologique des victimes.
- ▶ Pour être opérationnel, le dispositif devra être décliné par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux dans leur plan de gestion de crise, favoriser et définir les modalités d'association des professionnels de santé libéraux ainsi que des transporteurs sanitaires aux situations sanitaires exceptionnelles et s'appuyer sur le développement d'outils de gestion de crise partagés : outils de communication pendant la crise, système d'information, procédures de gestion de crise partagées.

Par ailleurs, **promouvoir la formation de l'ensemble des acteurs de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles** est un objectif prioritaire. Les formations théoriques devront être renforcées par la réalisation régulière d'exercices à l'échelle des établissements, des départements et de la région.

Enfin, au regard des nouvelles menaces, il est nécessaire de **développer la sécurisation des établissements et des opérateurs « sanitaires »**. Il s'agit à la fois de renforcer la sécurisation des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et sites d'importance vitale tout en préservant la qualité de l'offre de soins, de développer une culture permanente de la gestion du risque et de la sûreté chez l'ensemble des professionnels de santé ainsi que de développer une culture de sécurisation des systèmes d'information et de mise en œuvre des mesures « d'hygiène informatique ». Au-delà des établissements et professionnels de santé, il s'agit également de favoriser la protection et la

sécurité les installations de production et de distribution d'eau destinée à la consommation humaine, en lien avec le plan régional santé environnement (PRSE) 3.

2.1.9 Encourager la coopération transfrontalière

La coopération transfrontalière en santé améliore l'accès aux soins de proximité, mais contribue également à la complémentarité des soins dispensés de part et d'autre d'une frontière. Elle permet la mutualisation de l'offre de soins à l'échelle transfrontalière et facilite le passage de la frontière pour les patients et les professionnels. Ainsi dans les Pyrénées, la géographie des lieux, le réseau routier et les conditions météorologiques rendent-ils parfois les installations sanitaires d'un des deux pays plus accessibles aux habitants de l'autre pays. Elles permettent aussi, par l'organisation de la complémentarité des soins, d'éviter une duplication des moyens disponibles. L'accord-cadre, signé le 27 juin 2008, entre la France et l'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et l'Espagne « dans la perspective d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière, de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations, d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels, de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques ».

La coopération sanitaire transfrontalière ne se réduit pas à la coopération hospitalière. Elle englobe également des actions en termes de prévention, de veille sanitaire, d'innovations et de partage d'expériences et d'innovations et de santé publique, afin d'enclencher une dynamique globale de santé au-delà des frontières.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La **gouvernance de la coopération transfrontalière** constitue l'espace de rencontre et de dialogue pour identifier les besoins et définir les actions au bénéfice des populations transfrontalières. Signée en 2007, la Convention relative à la Conférence Euro-régionale, désormais appelée Conférence Atlantique Transpyrénées, regroupant l'ensemble des acteurs publics (Lehendakari d'Euskadi, Député Général de la Diputación Foral de Guipuzkoa, Président de la Région d'Aquitaine, Préfet des Pyrénées-Atlantiques, Président du Département des Pyrénées-Atlantiques et Président du Conseil des Élus du Pays Basque), a pour objectif de faciliter le dialogue des pouvoirs publics compétents de part et d'autre de la frontière, au bénéfice des citoyens du territoire transfrontalier, dans leur vie quotidienne comme en situation de crise. Hors du cadre de la conférence, les enjeux de la coopération avec la Navarre méritent d'être soulignés, notamment considérant les afflux de population dans les ventas⁷ espagnoles situées tout près ou à quelques kilomètres de la frontière (Ibardin, Dancharria, Valcarlos, etc.).

Ainsi s'agira-t-il à échéance du schéma régional de santé de :

- Consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière dans le cadre de la Conférence Atlantique Transpyrénées et renforcer la participation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;

⁷ Les ventas sont de petits commerces traditionnels à la frontière franco-navarraise, qui désormais se sont étendus à des commerces plus importants type supermarchés, y compris de vente de tabac et d'alcool.

- Améliorer et généraliser l'organisation et le fonctionnement des instances de suivi des conventions et protocoles ;
- Maintenir la coopération avec le Pays Basque et encourager la coopération avec la Navarre ;
- Articuler et développer la coopération avec l'ARS Occitanie.

Un des objectifs majeurs de la coopération transfrontalière prévu par l'accord cadre de 2008 vise l'**accès aux soins des patients de part et d'autre de la frontière**. Une convention d'aide médicale urgente en zone frontalière validée par les autorités nationales des deux pays a été signée le 27 mai 2010 entre le Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque et Osakidetza (service Basque de santé). Hors du cadre de la conférence Atlantique Transpyrénées, la problématique transfrontalière d'aide médicale urgente concernant la zone contiguë à la communauté autonome de Navarre convient d'être précisée et renforcée. Il sera donc nécessaire dans les prochaines années de :

- Evaluer les dispositifs conventionnels en cours, les faire évoluer ou les compléter au regard des besoins collégalement recensés ;
- Promouvoir l'intégration du dispositif ORSAN dans les accords transfrontaliers en particulier l'aide médicale urgente ;
- Poursuivre la coopération avec le Guipúzcoa, notamment sur la complémentarité des structures d'accueil en réanimation et pour les grands brûlés, le secours mutuel en cas de carence de SMUR en zone frontalière ;
- Travailler sur une convention relative à l'aide médicale urgente concernant la zone contiguë à la communauté autonome de Navarre, visant notamment l'interconnexion téléphonique pour les appels transfrontaliers, les situations éventuelles d'accidents collectifs nécessitant le renforcement mutuel sanitaire, et la problématique des « ventas ».

La **coopération en matière de prévention et d'accompagnement dans une visée de partage d'expériences** constitue un levier pour améliorer les prises en charge globales des personnes de part et d'autre de la frontière, en termes d'accompagnements médico-sociaux, notamment sur le sujet du handicap (dont les troubles du spectre de l'autisme) et d'actions de prévention, spécifiquement concernant les risques en matière d'addictions ainsi que le dépistage des IST, des hépatites et du VIH.

Pour développer cette coopération, il conviendra de :

- Promouvoir une organisation territoriale pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes dans la communauté autonome du Pays Basque, de Catalogne ;
- Promouvoir les échanges de pratiques professionnelles en matière d'autisme de part et d'autre de la frontière ;
- Poursuivre les actions de réduction des risques liés à l'usage de drogue de part et d'autre de la frontière, en particulier sur les lieux de consommation ;
- Améliorer l'orientation et l'accès aux soins des publics ;
- Identifier les risques encourus, l'évolution des comportements à risques afin d'adapter les actions en fonction des besoins repérés.

La nécessité de **coopération en matière de santé publique** entre les autorités compétentes des deux côtés de la frontière est indispensable en cas d'évènements appelant une coordination rapide et la mise en place de protocoles d'action préétablis : maladies contagieuses, pollutions, qualité des eaux destinées à la consommation et à la baignade, gestion des cours d'eau transfrontaliers, etc.

Pour répondre à ces enjeux, les objectifs poursuivis seront :

- Renforcer la connaissance réciproque des institutions compétentes en matière de secours, de protection civile, de police de l'eau et de la pêche, d'environnement, de contrôle sanitaire, notamment via la cartographie des compétences et des ressources ;
- Expérimenter les connexions entre le 18 et le 112, entre Pyrénées-Atlantiques, Navarre et Pays Basque ;
- Suivre et compléter le protocole technique, notamment d'une fiche décrivant les différents scénarios de pollution, notamment les plus graves ;
- Promouvoir l'élaboration d'un protocole d'alerte en cas de pollution des eaux intérieures ;
- Promouvoir un additif au protocole transfrontalier concernant la conduite à tenir concernant l'aedes albopictus (moustique tigre) de part et d'autre de la frontière.

2.2 Organiser des parcours de santé sans ruptures

Le parcours de santé vise la prise en charge globale et fluide des personnes. Le parcours dépasse le champ du soin. Il nécessite la prise en compte de facteurs déterminants comme l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Les objectifs de la politique régionale de santé en termes de promotion, prévention en santé, actions sur les repérages et dépistages précoces sont détaillés au sein de l'axe 1 du présent schéma.

2.2.1 Mettre en œuvre une stratégie régionale parcours qui profite au plus grand nombre, et en particulier aux plus fragiles

Notre système de santé est confronté au double défi des parcours et de la pertinence des prises en charge. Cela n'est cependant pas suffisant. Le patient est avant tout une personne dont les besoins et les attentes dépassent le seul champ sanitaire, et dont la vie et celle de ses proches se trouvent bousculées par la maladie, le handicap, et plus largement la perte d'autonomie. L'approche se veut donc centrée sur le patient, et repose sur une prise en charge globale coordonnée pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Le manque de coordination entre les professionnels et les structures, le défaut d'anticipation également face à des situations fragiles, conduisent à des errances pour la personne et ses proches pouvant être à l'origine de ruptures dans les parcours, et ce notamment pour les publics les plus fragiles, et de coûts injustifiés pour notre société. Les personnes les plus exposées à ces ruptures sont les personnes âgées, les publics en situation de handicap, les personnes souffrant de troubles de la santé mentale et/ou d'addictions, les populations en situation de précarité, et les personnes dont la situation risque d'être fragilisée par la maladie (personnes juste au-dessus du seuil de pauvreté, adolescents et jeunes adultes).

La démarche parcours envisagée est globale à toutes les pathologies et situations de perte d'autonomie. Elle repose d'une part sur l'identification des moments et situations critiques pouvant être à l'origine de rupture, et d'autre part sur des actions visant à réduire ce risque.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Une organisation de la santé en parcours a pour objectif de prendre en compte les **besoins globaux de la personne dans son milieu de vie** et d'y répondre de la façon la plus appropriée dans le respect des choix de cette dernière, en **évitant les ruptures** qui peuvent être préjudiciables aux publics les plus fragiles.

Au regard des composantes essentielles de la démarche centrée sur le patient, une série de **points critiques, pouvant générer des ruptures dans les parcours des patients les plus fragiles**, peut être identifiée dans la région :

- La **prévention et le dépistage** sont moindres pour les publics éloignés du système par rapport à la population générale, principalement pour des raisons d'accessibilité géographique et financière, et des difficultés d'expression et de communication liées à un handicap, à des

troubles de la santé mentale, à des barrières linguistiques et/ou culturelles. Ces personnes sont donc davantage confrontées à une mortalité prématurée que la population générale.

- ▶ **L'annonce d'un diagnostic péjoratif** (grave maladie, malformation chez un fœtus à des futurs parents, handicap, etc.) est un moment extrêmement violent pour les personnes concernées et leurs proches. Quand cette annonce est réalisée selon les bonnes pratiques, elle facilite la suite de la prise en charge et permet la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et l'équipe de soins.
- ▶ **L'accès aux soins spécialisés** (imagerie, médecins spécialistes, second avis en cancérologie, etc.), bien appréhendé pour de nombreuses pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, etc.), reste difficile en termes d'orientation du patient pour les maladies rares ou les troubles de la santé mentale, où l'errance diagnostique est encore le lot commun de trop nombreux patients. Egalement, les délais d'accès à l'imagerie restent encore très importants. Si pour certaines pathologies, ce délai n'est pas préjudiciable, il peut être délétère pour d'autres : retard d'accès à un diagnostic et mise en place retardée d'un traitement.
- ▶ **Le suivi des patients chroniques.** L'explosion des maladies chroniques et/ou les problèmes de démographie médicale rencontrés sur de nombreux territoires sont à l'origine de l'émergence dans notre système de santé de la délégation de tâches et de la télémédecine. Parallèlement, on observe l'émergence de nouveaux rôles pour le patient, dont l'expertise de sa pathologie est à présent reconnue.
- ▶ **Les transitions au cours de la vie.** La transition est un moment caractérisé par un changement de structure, d'établissement de prise en charge, souvent dû au passage de l'adolescence à l'âge adulte. Cela concerne particulièrement le lien entre la pédiatrie et la médecine adulte pour les enfants atteints de pathologies chroniques. D'autres transitions peuvent être particulièrement difficiles, notamment l'accès au monde du travail pour les personnes en situation de handicap.
- ▶ **L'accès à la santé, l'accueil et l'accompagnement pour les publics fragiles.** Qu'il s'agisse d'accès à la prévention, au dépistage ou à une prise en charge adaptée, les publics le plus vulnérables, notamment du fait d'un handicap, de précarité ou de l'âge difficultés d'accès physique à certains lieux, difficultés de communication, place insuffisante accordée au patient et à ses proches et à son expertise propre, problèmes d'articulation et de coordination des professionnels des différents secteurs, insuffisante connaissance mutuelle de ces différents acteurs.
- ▶ **Les hospitalisations non programmées ou non appropriées, les passages aux urgences évitables.** Les hospitalisations non programmées (personnes âgées fragiles et publics souffrant de troubles de la santé mentale) doivent être évitées au maximum. Comme le suggère le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) dans son avis sur la stratégie nationale de santé du 2 janvier 2018, « il est nécessaire d'identifier les hospitalisations évitables par un système de soins primaires permettant une prise en charge de proximité. »
- ▶ **La sortie d'hospitalisation et le retour sur le lieu de vie** sont des moments particulièrement sensibles chez les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les patients atteints de troubles de la santé mentale et les publics en situation précaire. Par ailleurs, on observe depuis quelques années une augmentation du nombre de patients dont la situation médicale est stabilisée, mais qui ne peuvent sortir des établissements où ils sont hospitalisés pour des raisons sociales. Cette sortie d'hospitalisation - moment où le risque iatrogène est majoré chez la personne âgée - doit être anticipée et préparée le plus tôt possible et ce d'autant plus que le patient est dans une situation psychosociale complexe. L'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital, le renforcement des compétences du patient et de ses proches et la gestion

sécurisée des médicaments par un professionnel de santé permettent de réduire les passages aux urgences et les ré-hospitalisations

- **L'accompagnement et le soutien des aidants** est un enjeu fondamental dans le cadre de la prise en compte globale de la personne et de son entourage, tout particulièrement le sujet des jeunes aidants (enfants, adolescents ou jeunes adultes qui viennent en aide de manière régulière et fréquente, à un membre de son entourage proche qui est malade, en situation de handicap ou de dépendance).
- **Le maintien du patient sur sa trajectoire de vie** est essentiel dans une logique de parcours. Cela concerne notamment l'accompagnement socio-professionnel et scolaire des patients atteints de pathologies chroniques, la gestion des situations complexes, le retour en classe des enfants malades, notamment après un cancer et, plus généralement, le maintien au domicile voir le retour à un domicile stable.

Ces points de rupture peuvent se rencontrer pour la plupart des pathologies et situations de perte d'autonomie. Le déploiement de la stratégie régionale parcours sera réalisé en cohérence avec les objectifs du présent schéma régional de santé. Au sein des territoires, il s'agira de sélectionner les moments/situations critiques et publics prioritaires, sans exclure une approche thématique, par pathologie ou population, si celle-ci répond aux besoins identifiés lors du diagnostic.

La **stratégie régionale parcours** reposera sur :

- l'identification des situations et moments critiques pouvant être à l'origine de ruptures dans les parcours ;
- l'identification au niveau régional, voire national et international, d'expériences contribuant à réduire ces risques de ruptures ;
- l'analyse et la modélisation des expériences pertinentes et leur diffusion au niveau de la Nouvelle Aquitaine ;
- l'accompagnement en interne et en externe des différents acteurs dans le déploiement au niveau territorial de la stratégie régional parcours.

2.2.2 Définir, mettre en œuvre et accompagner une organisation de la santé en parcours

2.2.2.1 Accompagner les projets de naissance

La politique régionale vise à garantir aux femmes, aux parents et aux nouveaux nés une prise en charge adaptée et de qualité, fondée sur une évaluation individualisée du niveau de risque pour la mère et l'enfant. Il s'agit dans ce cadre de mieux repérer les vulnérabilités, de mieux les accompagner, dans une approche globale qui assure la qualité et la sécurité des parcours autour de la naissance et mobilise, par un maillage territorial adapté, l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La **fertilité doit être préservée ou restaurée** lorsqu'elle est affectée par de multiples facteurs tels que l'âge de la femme ou de l'homme, les maladies génétiques, diverses pathologies générales ou leurs traitements, expositions à certains produits toxiques, traumatismes, facteurs environnementaux, etc. Plusieurs techniques concourent à cet objectif.

- ▶ **L'égal accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP)** qui a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple doit être garanti sur l'ensemble du territoire dans des délais de prise en charge raisonnables. Il s'agit notamment donc de dimensionner les centres clinico-biologiques (CCB) en fonction des flux de patientèle et d'en créer de nouveaux en fonction des besoins tout en veillant à ne pas démultiplier des centres dont l'activité trop peu élevée mettrait en cause la qualité, inscrire des objectifs d'amélioration des délais de prise en charge dans le CPOM des établissements, le développement de consultations d'infertilité sur la base d'un cahier des charges régional, favoriser les échanges de pratiques par exemple dans le cadre de dossiers difficiles qui pourraient alors être discutés collégalement.
- ▶ **L'activité de préservation de la fertilité** doit être accessible en permanence à chaque personne dont l'état de santé le nécessite, prioritairement en cancérologie et pour les jeunes patients, par la structuration d'une plateforme régionale de préservation de la fertilité associant les 3 CHU, en partenariat avec le futur réseau régional unique de cancérologie.
- ▶ Face à une demande croissante, le **don de gamètes** doit être facilité par le développement de l'activité de prélèvement et de conservation de gamètes, la formation des médecins et soignants à repérer les indications et les situations à risque de stérilité après cancer, afin d'orienter si besoin les patients vers un centre référent de préservation de la fertilité. Il convient en parallèle de renforcer l'articulation des structures et les professionnels impliqués dans le don pour garantir une continuité d'accueil.
- ▶ Le **diagnostic pré implantatoire (DPI)**, destiné aux couples exposés au risque de transmission à ses enfants d'une maladie génétique familiale grave et incurable, permet de réaliser un diagnostic génétique sur un embryon obtenu par fécondation in vitro, en vue d'une

implantation utérine lorsqu'on observe que les embryons sont dépourvus de la maladie héréditaire d'ordre génique ou chromosomique préalablement recherchée. La région Nouvelle-Aquitaine doit être positionnée comme la future région qui pourrait être autorisée à installer une plateforme de DPI, partenariale, et complémentaire à celles déjà autorisées afin de réduire les délais de prise en charge et diminuant l'inégalité d'accès au DPN sur le Sud-Ouest du territoire national dont les couples concernés doivent se rendre au plus près à Nantes, à Montpellier ou à Paris.

L'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité constitue le diagnostic prénatal (DPN).

Les objectifs sont d'informer les couples du risque d'avoir un enfant atteint d'une anomalie grave et de la nature prévisible de cette maladie, de rassurer particulièrement les couples à risque en leur offrant la possibilité d'exclure la présence d'une anomalie grave chez l'enfant à naître, d'assurer une prise en charge périnatale optimale de l'enfant à naître, en particulier quand il est atteint d'une anomalie curable nécessitant des soins urgents en période néonatale - dans certains cas d'anomalie fœtale incurable d'une particulière gravité – de permettre aux couples qui le souhaitent la réalisation d'une interruption médicale de grossesse en accord avec la loi et enfin, lorsque l'anomalie fœtale n'est pas curable mais que le choix des couples est celui de ne pas recourir à une interruption de grossesse, d'organiser l'accueil de l'enfant porteur d'un handicap, voire l'accompagner vers un décès néonatal. En cas de pathologie confirmée, la prise en charge adaptée ou les traitements apportés au fœtus constituent la médecine fœtale.

L'enjeu est donc **d'organiser un parcours de diagnostic prénatal et de médecine fœtale de qualité** en :

- favorisant la coordination et les échanges de pratiques entre les 4 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) de Nouvelle-Aquitaine et en renforçant leur lisibilité avec l'appui du réseau de périnatalité ;
- privilégiant les prises en charge en médecine fœtale de proximité et en identifiant celles qui font appel à une structure de recours, dans la région ou non ;
- organisant, au niveau régional, les échographies obstétricale et fœtale qui doivent être réalisées dans un calendrier précis dans le cadre du dépistage des anomalies fœtales ;
- soutenant l'innovation et le développement de nouvelles technologies de DPN à l'instar du dépistage prénatal non invasif (DPNI), examen génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel. Il s'agit donc de promouvoir le DPNI pour les laboratoires publics et privés effectuant les examens de biochimie pour le DPN (marqueurs sériques maternels), s'ils le demandent et si les conditions de réalisation des analyses répondent aux exigences réglementaires.

La Nouvelle Aquitaine représente 7% des naissances en France. La tendance nationale observée, d'une baisse de la natalité, se vérifie sur la région avec une diminution significative du nombre de naissances depuis quelques années. Si l'on observe la démographie médicale, en pédiatres et en gynécologues-obstétriciens, elle est défavorable en Nouvelle Aquitaine par rapport à celle observée en France. Dans ce contexte, un enjeu majeur est **d'assurer la qualité et la sécurité des soins autour des naissances en tout point du territoire**. Pour ce faire :

- L'accès aux compétences nécessaires doit être amélioré. Il s'agit d'abord de favoriser la bonne répartition territoriale des échographistes formés, ensuite de préserver les compétences spécialisées en organisant des consultations avancées dans les territoires insuffisamment

pourvus, en créant des postes partagés entre les établissements et en accompagnant lorsque c'est nécessaire la mise en place de centres périnataux de proximité (CPP).

- ▶ La qualité des transferts périnataux entre maternités passe par la généralisation en Nouvelle-Aquitaine de la cellule d'orientation des transferts périnataux (COTP). Elle prendra en compte l'organisation des transports, avec des possibilités de médicalisation de structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) par un pédiatre, ou de sécurisation par une puéricultrice à évaluer dans un contexte de définition d'un maillage régional au moyen des SMUR pédiatriques. L'analyse des données de la COTP contribuera à l'amélioration de la filière de néonatalogie et du suivi des nouveau-nés vulnérables confiée au réseau périnatal régional.
- ▶ La qualité et la sécurité des conditions de sortie de la maternité, avec une attention particulière pour les femmes les plus éloignées du système de santé sont favorisées par le développement de :
 - la promotion d'un accompagnement par les services de la protection maternelle et infantile (PMI), par le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) quand il est mis en place dans l'établissement et par les professionnels de santé libéraux, notamment les sages-femmes, l'hospitalisation à domicile (HAD) en néonatalogie afin de faciliter le retour à domicile, pour les nouveau-nés qui ont besoin d'une prise en charge technique, mais aussi éventuellement médico-sociale ;
 - la possibilité d'implantation de structures de types « hôtels », à proximité des lieux d'accouchement, qui permettent l'accueil des femmes enceintes éloignées géographiquement des maternités et aux parents de bébés hospitalisés en néonatalogie, d'être proches de leur enfant, sans pour autant être hébergés dans la structure de soins ;
 - l'articulation ville-hôpital, pour le suivi post-partum et du nouveau-né, en développant l'entretien post natal, en l'articulant avec le suivi par le médecin traitant ou le pédiatre, et en utilisant les nouvelles possibilités de la convention médicale ;
 - le suivi des femmes enceintes victimes de violence ou souffrant de troubles psychiques périnataux en vue de prévenir les conséquences somatiques et psychiques par la mise en place de prises en charge en soins conjoints de psychiatrie périnatale.

2.2.2.2 Garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie

La santé mentale recouvre un champ très large : la prévention et la promotion de la santé mentale positive, la réponse à la détresse psychologique, l'accès aux soins somatiques et psychiques, et l'accompagnement social et médico-social des personnes concernées et de leurs proches. Elle interroge également le regard social porté sur la maladie et la discrimination qu'il suscite.

La politique régionale vise ainsi à mobiliser l'ensemble des partenaires autour d'une culture et de valeurs partagées orientées vers l'inclusion et la déstigmatisation. L'organisation des parcours coordonnés à tous les âges de la vie sera une priorité qui guidera les transformations attendues de l'offre existante dans les différents secteurs (prévention, sanitaire, médico-social) et l'évolution des ressources humaines et des pratiques professionnelles. Il s'agit également d'améliorer le repérage et le développement plus précoce des interventions, afin de limiter l'aggravation des troubles liés à des retards de prise en charge et ses impacts sur les conditions de vie. Ces enjeux s'inscrivent dans

le cadre d'une territorialisation renforcée de la politique de santé mentale, autour des projets territoriaux de santé mentale et de la déclinaison d'un panier de soins et de services indispensables et coordonnés.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'un des axes forts d'amélioration du parcours en santé mentale est la **promotion de prises en charge « hors les murs »**, que ce soit en amont ou en aval d'une prise en charge hospitalière si nécessaire, comme précédemment indiqué dans le cadre du virage ambulatoire. La promotion de prises en charge ambulatoires en santé mentale est majeure car elle participe à une meilleure accessibilité aux services, une acceptation facilitée du soin et elle est garante d'un moindre risque de rupture tout au long du parcours de soins.

Aussi, les prises en charge hors les murs impliquent-elles :

- une amélioration du dispositif d'accueil des primo-consultants dans les différentes structures (centre médico-psychologique (CMP) enfants et adolescents, adultes, centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)) articulé avec les autres partenaires du soin (médecins généralistes, médecins psychiatres libéraux, psychologues, services de protection maternelle et infantile (PMI), services de santé scolaire et universitaire, etc.) ;
- un maillage territorial clair et en nombre suffisant des lieux et dispositifs de consultation en psychiatrie et pédopsychiatrie qui doit aussi permettre d'organiser et de rendre lisibles et accessibles les filières de soins et l'offre d'accompagnement aux usagers, professionnels et plateformes territoriales d'appui, avec des actions de communication adaptées (numéro unique, site Internet, etc.) ;
- une orientation de l'organisation des soins à partir du lieu de vie des personnes et un évitement des hospitalisations indues : redéploiement de l'offre intra-hospitalière vers les activités d'hospitalisation à temps partiel et ambulatoires, développement des places de services médicosociaux spécialisés (services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et services d'accompagnement médico-sociaux pour adulte handicapé (SAMSAH) adaptés quantitativement et qualitativement, développement des services de placement familial thérapeutique, hospitalisations à domicile, équipes mobiles (pédopsychiatriques, géronto-psychiatriques, psychiatrie-précarité, etc.), promotion de toute organisation permettant de favoriser la continuité des soins après une hospitalisation et de moduler l'intensité des prises en charge ;
- un renforcement de la pluridisciplinarité des équipes de soins, notamment celles exerçant en ambulatoire favorisant la diversification des réponses thérapeutiques proposées et l'expérimentation des alternatives non médicamenteuses.

En complément d'un repérage et d'un dépistage précoces de la souffrance psychique et de la crise suicidaire (**traités dans l'axe 1**), il est nécessaire de mettre en place des actions visant **l'amélioration de l'accès au diagnostic et aux soins en santé mentale**.

Si le virage ambulatoire doit contribuer activement à cet objectif, notamment par le renforcement de la psychiatrie de liaison sous ses différentes formes (notamment soins aux mineurs, aux personnes âgées et développement de la psychiatrie périnatale de proximité), cette amélioration passe aussi par la

formation des acteurs de proximité (santé, éducation, social, médico-social, associatif, etc.) au repérage de la souffrance psychique et à l'orientation adaptée.

Par ailleurs, il est nécessaire de structurer les dispositifs d'intervention précoces pour intervenir plus précocement après l'annonce d'un diagnostic, chez l'enfant comme chez les jeunes adultes. L'accès et la continuité des soins des personnes placées sous-main de justice, aux soins psychiatriques, notamment après la levée d'écrou, devront être confortés dans le cadre des dispositifs existants. Les dispositifs et actions permettant d'améliorer la coordination des soins somatiques et psychiques, seront également à développer : sensibilisation et formation des professionnels de santé, structuration des réseaux de prise en charge des psychotraumatismes, développement de centres d'expertise et d'accès aux soins somatiques dédiés aux personnes porteuses de troubles sévères et dyscommunicantes notamment.

Le parcours en santé mentale débutant souvent par un état de crise constituant un épisode traumatique pour la personne et ses proches, il est nécessaire de mettre en place, autant que possible, des dispositifs visant à la **prévention des situations de crise et d'urgence et une meilleure prise en charge de ces épisodes**. Il conviendra en amont d'organiser un accès simplifié aux consultations non programmées en structures ambulatoires de proximité, développer les interventions au domicile, les dispositifs et espaces de répit, et parallèlement de former les professionnels du soin, sociaux et médicosociaux à la prévention des situations de crise et à leur gestion. Les filières de soins devront identifier les structures d'accueil, générales ou spécialisées, en charge de la gestion des crises. La limitation du recours à l'isolement et à la contention pour la gestion des épisodes de crise constitue une priorité. En aval du séjour hospitalier, l'organisation du suivi en ambulatoire (libéral, CMP) devra être organisé et coordonné. L'éducation thérapeutique du patient et la psychoéducation en direction des familles seront à proposer dans l'ensemble des territoires.

Le parcours en santé mentale doit correspondre à plusieurs séquences de prise en charge qui doivent tendre vers le maintien de l'autonomie et l'insertion. L'**organisation des conditions du maintien de la personne dans son milieu de vie** est donc nécessaire. Dans ce cadre, il est prioritaire d'une part, de réduire les situations d'hospitalisation inadéquates, d'autre part, de développer les approches basées sur le rétablissement, les évaluations fonctionnelles et la réhabilitation psychosociale qui prend en compte les ressources et l'environnement de la personne. Enfin, la coordination des acteurs de la santé mentale dans le cadre de coopérations institutionnelles et opérationnelles pour développer des prises en charge ambulatoires coordonnées (domicile ou établissement) est à promouvoir. Cette coordination, indispensable pour réduire les hospitalisations inadéquates existantes, nécessitera également au niveau de l'offre, tant la transformation des places d'hospitalisation à temps complet en places médicosociales (établissements ou services) correspondant aux besoins des personnes et à leur projet de vie, articulées au renforcement des modalités d'intervention psychiatrique dans le cadre du domicile (visite à domicile, équipe mobile handicap psychique, etc.), que le développement de l'offre de services spécifiques au handicap psychique organisée à partir du domicile, par création de places nouvelles de services d'accompagnement médico-social, et/ou par transformation de l'offre existante.

La **coordination des acteurs de la santé mentale** sera portée dans différentes instances de concertation : groupe technique régional sur la santé mentale, commissions spécialisées en santé mentale issues des conseils territoriaux de santé, groupements de coopération sanitaire (GCS) en santé mentale portés par les établissements psychiatriques de secteur, communautés psychiatriques de territoire, conseils locaux de santé mentale (CLSM) en tant qu'espaces de concertation favorisant l'amélioration des parcours de soins et de vie sur un territoire et contribuant aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Des

actions de formation croisées pourront être organisées dans ce cadre, en complémentarité des formations initiales et continues des professionnels des différents champs.

Enfin, la **mise en place de parcours de vie inclusifs respectant les droits des personnes vivant avec des troubles psychiques** nécessite de mobiliser le pouvoir d’agir des personnes concernées et d’associer les aidants. L’accès à un emploi et au logement constituent des priorités à cet égard.

L’accès à l’emploi des personnes handicapées psychiques s’appuiera sur l’évolution de l’offre des établissements et services d’aide par le travail (ESAT), le développement des ESAT de transition, des dispositifs d’accompagnement individualisé et de maintien dans l’emploi en milieu ordinaire (dispositifs d’emploi accompagné) et de réhabilitation professionnelle.

Le développement d’une offre de logements inclusifs, et adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques est également prioritaire : résidences accueil, familles gouvernantes, notamment, articulées à des services diversifiés de soins et d’accompagnement adaptés aux besoins d’accompagnement au domicile de ces personnes. L’expérimentation d’appartements de coordination thérapeutique destinés à des personnes à risque ou en situation de handicap psychique, et de dispositifs « logement d’abord », seront des réponses déployées en faveur des personnes en situation de grande précarité et du développement de leur pouvoir d’agir.

De façon générale, le développement de la pair-aidance⁸ et du pouvoir d’agir des personnes porteuses de troubles psychiques, qui participe du changement de regard sur les troubles mentaux, sera un objectif prioritaire. Le développement des groupes d’entraide mutuelle (GEM) qui luttent contre l’isolement social et favorisent la citoyenneté, les médiateurs santé-pairs au sein des établissements, les dispositifs innovants de recherche d’emploi (« clubhouse ») et les actions diversifiées de lutte contre la stigmatisation (semaines d’information en santé mentale, actions vers les médias, formations et stages croisés des professionnels, etc.) seront poursuivis.

Les initiatives d’**innovation et de recherche**, portées notamment par les centres d’expertise et de ressources existant au niveau régional et les établissements engagés dans ces dynamiques, seront accompagnées.

2.2.2.3 Poursuivre l’adaptation des services aux personnes en situation de handicap, en faisant de l’inclusion son principe de base

La loi du 11 février 2005 pose les principes d’accessibilité universelle (l’accès de tous à tout) et de compensation individuelle des conséquences d’un handicap dans la vie quotidienne des personnes. Depuis 2002, d’importantes évolutions législatives et réglementaires sont venues modifier le périmètre du secteur médico-social avec une nouvelle phase impulsée en 2016. Cette réforme du « handicap » de grande ampleur impacte profondément l’offre, tant au niveau des accompagnements que de l’approche tarifaire.

⁸ La pair-aidance repose sur l’entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d’une même maladie, somatique ou psychique. Les groupes supports entre personnes ayant vécu des expériences similaires existent depuis longtemps dans le domaine des addictions par exemple.

« Changer le regard pour accompagner et garantir l'autonomie et la participation sociale des personnes en rendant la société plus accueillante et plus inclusive » est une ambition forte, relevant de la compétence de chacun. Les principaux enjeux régionaux seront d'accompagner l'évolution des représentations, des pratiques, du fonctionnement des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, en ayant une vigilance sur la coordination et le maillage des dispositifs, tout en garantissant la qualité du service rendu aux personnes et à leurs proches. Les actions et les projets, qui seront mis en œuvre, devront faire une place essentielle à la coopération locale et à la coordination pour éviter les ruptures de parcours pour les personnes. Tous les choix qui seront définis devront également prendre en compte la spécificité des situations par type de handicap en référence aux priorités fixées au niveau national (troubles du spectre de l'autisme, troubles du neuro-développement, polyhandicap, handicap psychique, troubles dys, handicap rare, vieillissement des personnes handicapées, etc.) et l'expertise d'usage).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Une vie citoyenne «avec les autres et comme les autres » nécessite de **garantir les aides et services et de transformer les modalités d'accompagnements**. Le point d'orgue en est le passage d'une logique d'offre centrée sur les structures à une logique de « panier de services ». Fondée sur des réponses individualisées intégrant les différents domaines de la vie quotidienne des personnes (scolaire, professionnel, sociale, santé, habitat, etc.), les prestations doivent être modulables et adaptables en fonction des besoins et attentes légitimes des personnes, des moments de la vie et ce, tout particulièrement au domicile. Cette évolution majeure, déclinée sur chaque territoire, intègre une plus grande technicité, une plus grande qualité des interventions.

Cela se traduit concrètement par :

- la transformation des places existantes en établissement en services spécialisés à visée inclusive. Concernant l'offre en établissement, il s'agira de poursuivre sa diversification autant que nécessaire en rééquilibrant entre l'un accueil permanent, séquentiel, et en semi-internat ;
- le développement de plateformes de services mutualisées par redéploiement et renforcement des synergies entre les opérateurs locaux dont les établissements et services médico-sociaux (ESMS) notamment pour l'accès aux dispositifs de droit commun dont la prévention et la promotion de la santé, l'inclusion scolaire, sociale et professionnelle, l'aide aux aidants, etc. Ces plateformes visent également à développer des solutions temporaires pour les vacances, séjour répit, accueil temporaire, relais à domicile pour préparer l'entrée en institution ;
- la reconnaissance de la fonction « ressources » des ESMS pour l'inclusion des personnes par capitalisation des expériences et mutualisation de l'expertise ;
- le renforcement des dispositifs dédiés d'accès aux soins des personnes handicapées, incluant un volet spécifique relatif aux services des urgences et l'accessibilité à du matériel adapté – notamment lors des installations de professionnels de santé en territoires,
- la mise en œuvre d'outils et de procédures permettant de prioriser les attentes et l'expertise d'usage de la personne en situation de handicap, comme élément principal des accompagnements et des aides à mettre en œuvre.

Le développement des connaissances actualisées et des compétences professionnelles en fonction du type et des difficultés de chaque handicap est une de la qualité du service rendu aux personnes. Il s'agit de mieux prendre en compte les besoins, attentes et parcours notamment des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme, polyhandicapées, de handicap moteur, concernées par un handicap

rare, en en situation de handicap psychique, de déficience sensorielle, de troubles spécifiques des apprentissages ou de déficience intellectuelle, par :

- le déploiement régional de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement ;
- le déploiement territorial de la réponse accompagnée pour tous ;
- le développement de cursus de formations initiales (impacter les maquettes existantes en priorité) et de programme de formations continues croisées et territorialisées des professionnels du secteur social, éducatif, médico-social et sanitaire ;
- le développement de plans d'amélioration de la qualité par type de handicap couplant formation-actions au sein des équipes d'établissements et services et la supervision des interventions (maîtrise des gestes techniques, appui expert, tutorat d'intervention, etc.) ;
- la création de cursus/modules de spécialisation « médico-sociale/handicap » dans les cursus principaux des professions de santé (médecine générale et spécialités principales, et/ou infirmier diplômé d'état (IDE) et/ou paramédical dont orthophonistes, ergothérapeutes / psychomotriciens / kinésithérapeutes, psychologues) ;
- la mise en œuvre de mécanismes permettant de s'assurer de l'appropriation et du respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ; avec mesurabilité de l'objectivité de la qualité du service rendu aux personnes ;
- le renforcement de la coordination des professionnels et des dispositifs pour garantir, selon chaque type de handicap (conséquences fonctionnelles) le bon niveau de technicité et la globalité des interventions nécessaires autour d'une même personne.

Le devoir collectif est d'offrir un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, en particulier lors des phases complexes, afin de **ne laisser personne au bord du chemin, « sans solutions »**. La valorisation de la coopération territoriale et l'innovation, le rééquilibrage de l'offre entre les territoires et le développement des réponses doivent permettre à toutes les personnes en situation de handicap de bénéficier d'un véritable choix. Pour ce faire, il sera nécessaire d'agir sur :

- le développement la démarche préventive pour anticiper les risques de ruptures : troubles somatiques, évaluation concrète du fonctionnement de la personne et de l'environnement où se manifestent les comportements à problème, cloisonnement générateur de risques de rupture pour les situations complexe ;
- le renforcement des compétences et de l'expertise des équipes (médico-sociales et sanitaires) dans l'évaluation et l'intervention autour des situations complexes impliquant des comportements-problèmes, notamment avec l'appui des équipes relais handicaps rares (ERHR) et des centres experts, etc. ;
- le développement des réponses nouvelles sous formes de dispositifs de transition (unités d'accueils temporaires en lien étroit avec un plateau technique sanitaire pour le volet somatique) permettant de mieux anticiper et gérer les situations de personnes présentant des comportements-problèmes ;
- l'identification des équipes et le développement des dispositifs experts/fonction « ressources » des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et en reconnaître la fonction et les missions en garantissant les interfaces entre les secteurs sanitaire, médico-social, éducatif et social ;

- ▶ le déploiement d'un numéro populationnel, comprenant un accès « handicap » via les plateformes territoriales d'appui (PTA) ou un numéro unique « handicap » par territoire (PTA fonctionnelle), avec rattachement au dispositif « réponse accompagnée pour tous » (intégrant l'expertise pour que les personnes puissent répondre en coordination avec les numéros existants).

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs relatifs à l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap

- Réduction de 20% par année du schéma régional de santé (SRS) des situations d'amendement Creton⁹ ;
- Relocalisation à l'école ordinaire à échéance du SRS de 80% des unités d'enseignement (UE) actuellement au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- Un taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés par un ESMS porté à 50% en 2020 et 80% à échéance du SRS ;
- 100% des nouveaux dispositifs médico-sociaux autorisés par appels à projets ou redéploiement de l'offre comportant une offre majoritairement orientée vers l'école ordinaire (plateforme de services médico-sociale adossée à une école, service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), institut médico-éducatif (IME) hors les murs avec unités d'enseignements (UE) relocalisées, etc.) ;
- Part de l'offre médico-sociale actuellement en places d'établissement transformée en services inclusifs avec un taux de 50% à échéance du SRS pour les enfants et adultes ;
- Mise en œuvre d'une enquête annuelle de satisfaction par 100 % des ESMS ;
- Taux de transition TH établissement et service d'aide par le travail (ESAT) vers emploi en milieu ordinaire de travail : 10% des adultes relevant de l'ESAT ou en liste d'attente ;
- Nombre de jeunes adultes en situation de handicap dont les personnes en situation d'amendement Creton accédant à un parcours vers l'emploi accompagné : a minima 30% des situations d'amendement Creton en bénéficiant d'une notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers un ESAT ;
- Au moins une enquête régionale externe aux ESMS d'évaluation de qualité perçue du service rendu est menée à échéance du PRS avec publication des résultats (globaux, anonymes) ;
- Mise en œuvre par 100 % des établissements et services médico-sociaux (ESMS) des recommandations de bonne pratique professionnelle spécifique à chaque type de handicap ;
- Concernant l'accès aux soins somatiques, mise en œuvre par 100% des établissements de santé, du guide de la Haute autorité de santé (HAS) relatif à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes handicapées, avec *a minima* un dispositif adapté d'accès aux soins somatiques par territoire de démocratie en santé (département).

⁹ Dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

2.2.2.4 Accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dans le respect du lieu de vie

La politique régionale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie vise à maintenir leur capacité d'agir tout au long de leur parcours dans une approche de « prendre soin » des personnes. Le plus souvent, les personnes souhaitent rester chez elles. Le choix éclairé du mode de vie doit être garanti. Il convient donc d'organiser l'offre en partant du domicile, de permettre le répit des aidants et de mettre en place les conditions de la coordination des acteurs afin d'assurer un parcours sans rupture. L'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée de façon parfois mal coordonnée est un facteur du risque de mauvaise prise en charge. Une attention toute particulière doit être portée aux personnes de plus de 75 ans qui vivent à domicile mais sont fragiles ou celles qui résident en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Un préalable à la qualité des parcours est de permettre aux personnes le **choix éclairé de leur mode de vie** par une offre lisible et accessible à un triple égard : accessibilité de l'information relative à l'offre de services existante, accessibilité des dispositifs diversifiés, gradués et innovants, équitablement répartis sur le territoire et accessibilité financière par la maîtrise du reste à charge et la bonne information des usagers quant aux tarifs pratiqués. Le libre choix est donc favorisé par :

- ▶ l'expression et le recueil des aspirations concernant le mode de vie des personnes et le développement du recours aux directives anticipées, actualisées de façon régulière, et aux personnes de confiance afin que le choix des personnes soit connu ;
- ▶ la bonne articulation des organismes et des professionnels assurant des missions d'information, d'évaluation, d'orientation et de coordination des interventions en direction des personnes âgées au rang desquels les plateformes territoriales d'appui (PTA) au médecin traitant intégrant les méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les centres locaux d'information et de coordination pour personnes âgées (CLIC), les réseaux de santé, les équipes allocation personnalisée d'autonomie (APA) des conseils départementaux, etc. qui doivent disposer d'outils coordonnés, simples et accessibles ainsi que de de systèmes d'information partagés et sécurisés performants ;
- ▶ la bonne information sur la publication des tarifs des EHPAD sur le service public de santé, la maîtrise du reste à charge en tenant compte des contraintes réglementaires et tarifaires de chacune des autorités ;
- ▶ l'organisation d'une offre graduée de la filière gériatrique intra et extrahospitalière décrite dans les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers des territoires (GHT) et associant les établissements privés et médico-sociaux par conventions, articulée avec la ville et le secteur médico-social (coordination des admissions, court séjour, hospitalisation de jour, équipe mobile d'orientation gériatrique (EMOG), EHPAD, soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, etc.) et la présence en proximité de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), d'hospitalisation à domicile (HAD), de consultations avancées et l'accès à la télémédecine ;

- la graduation de l'offre en faveur des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives par la poursuite du déploiement des dispositifs de prise en charge dédiés (plateforme de répit, équipe spécialisée Alzheimer, unité d'hébergement renforcé en EHPAD), le renforcement de la coordination des parcours en filières d'amont/aval à l'hospitalisation (dont les SSR avec unité cognitivo-comportementale, les filières gériatriques et mémoires en lien avec les unités d'hébergement renforcé Alzheimer, en santé mentale) et le développement de l'ambulatoire des patients à domicile et en établissement sur l'ensemble du territoire (HAD, équipes mobiles, etc.), l'identification des structures ressources en établissement médicosocial ou sanitaire, afin de mailler le territoire et la sécurisation du parcours des patients atteint de la maladie de Parkinson ou apparentée sur le volet « neurostimulation » ;
- la réalisation en cohérence du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) par le passage d'une logique de création de places médico-sociales à une logique d'adaptation de l'offre, centrée sur le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et par la diversification de l'offre d'EHPAD, permettant ainsi de rééquilibrer les places d'hébergement permanent (HP), d'hébergement temporaire (HT) et d'accueil de jour (AJ) en EHPAD, territoire par territoire en fonction notamment, des projections de population de personnes âgées de 75 ans et plus, des taux d'occupation des EHPAD, des niveaux de dépendance, des dispositifs de maintien à domicile.

Les ruptures dans le parcours surviennent souvent en raison de l'absence de solutions de répit tant pour les personnes âgées que pour leurs proches aidants. Les **modes d'accueil alternatifs et le soutien aux aidants** sont donc deux conditions pour que la vie « aidant-aidé » au domicile puisse demeurer. Ils doivent être encore développés en Nouvelle-Aquitaine par :

- la formation des intervenants (professionnels du domicile et médecins traitants notamment) aux outils de repérage de l'épuisement de l'aidant, l'accès à une prévention et à la formation des aidants (participation à des groupes de pairs, des cafés des aidants, etc.) et l'information des aidants sur les différents dispositifs possibles dans l'accompagnement de l'aidé avec l'appui financier de la conférence des financeurs ;
- la réduction des inégalités territoriales en matière d'offre au regard des projections démographiques à 10 ans en confortant le maillage des dispositifs de répit alternatifs à l'hébergement permanent (accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire d'urgence, maison d'accueil temporaire, hôpital de jour (HDJ) gériatrique, etc.) notamment par le redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service - avec couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant après évaluation de ceux existants ;
- l'innovation à travers la définition de l'EHPAD de demain, hors les murs (EHPAD au cœur de la ville, EHPAD pôle ressource de proximité, etc.), le développement de logements intergénérationnels, habitats collectifs, habitats aidants /aidé, famille d'accueil en garantissant, avec le secteur de l'aide à domicile, une logique de « paniers de services » personnalisés, graduée en fonction du degré de fragilité des personnes auxquels ils s'adressent, en s'appuyant sur des expérimentations locales.

Enfin, la **coordination des acteurs autour de la situation d'une personne âgée** en agissant donc prioritairement sur les points de rupture dans les parcours est cruciale en ce qu'elle favorise la vie à domicile et la qualité des prises en charge. Elle permet en particulier d'éviter les hospitalisations et les passages aux urgences évitables, de mieux préparer l'entrée en cas d'hospitalisation en facilitant les entrées directes et le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation, de développer les

systèmes d'information « parcours » partagés simples, interopérables à partir des expérimentations d'ores et déjà engagées (parcours de santé des aînés (PAERPA), territoire de soins numérique (TSN).

Garantir la vie à domicile passe donc concrètement par :

- l'amélioration de la coordination des acteurs et la mise à disposition d'expertise sur les territoires en capitalisant sur les expérimentations « labellisation des parcours de santé personnes âgées », « EHPAD – pôle ressource de proximité », « infirmier de nuit en EHPAD » et « développement de pratiques centrées sur le prendre soin » ou encore SSIAD de nuit et SSIAD de sortie d'hospitalisation ;
- l'intervention de l'HAD en EHPAD afin de garantir une prise en soins adaptées aux besoins conformément aux missions dévolues à l'HAD ;
- le renforcement et la formalisation de la collaboration entre les HAD et les services de soins infirmiers à domicile (organisation des relais en amont et en aval, modalités d'intervention conjointes) ;
- l'amélioration des conditions d'hospitalisation complète pour limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes et favoriser l'intervention des équipes mobiles de gériatrie ;
- le renforcement du lien ville-hôpital par la généralisation d'un dossier de liaison d'urgence, de sortie d'hospitalisation et du dossier médical partagé (DMP) ;
- l'amélioration de la coopération entre les médecins traitants des résidents et les médecins coordonnateurs en EHPAD (participation à la commission gériatrique des médecins traitants, charte médecins libéraux/médecins coordonnateurs d'EHPAD qui définit les rôles de chacun, contrats d'intervenant libéral, etc.) ;
- l'adaptation de l'habitat et le soutien (intervention au domicile de SSR gériatrique) et à la mobilité notamment par l'accès de tous aux innovations domotiques ;
- la promotion des dispositifs de conciliation médicamenteuse à domicile, afin d'anticiper et de prévenir les erreurs et/ou interactions médicamenteuses ;
- l'étude de la généralisation des permanences téléphoniques des gériatres pour les professionnels de santé libéraux en Nouvelle-Aquitaine (état des lieux, évaluation et généralisation).

2.2.2.5 Garantir aux adolescents une prise en charge adaptée à leurs besoins

L'adolescence est un passage, une transition entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par des transformations physiologiques et psychologiques importantes, des essais en tout genre qui peuvent se traduire par des prises de risques ayant un impact sur le quotidien de l'adolescent (difficultés scolaires, sociales, consommations de produits psychoactifs, etc.). Pendant cette période capitale pour la construction de soi, le jeune est confronté à des choix et orientations majeurs, plus ou moins faciles à aborder au regard de son histoire personnelle, son environnement familial et social et des dispositifs ressources rencontrés et mobilisables. Il est souvent fait référence à la souffrance psychique, au mal être des adolescents dont les manifestations peuvent être multifformes et les contours pas toujours bien définis. Les études démontrent cependant que la majorité des jeunes se perçoit en bonne santé. Si les préoccupations des jeunes portent sur leur vie

sociale et sexuelle, sur leur apparence physique, celles des adultes qui les entourent se concentrent sur les manifestations traduisant un mal-être.

La vision par les professionnels des troubles de l'adolescence n'est donc pas homogène et insuffisamment coordonnée. L'ensemble des institutions et des services compétents pour recevoir et suivre les adolescents doit travailler en réseau afin que les interventions entre les acteurs des milieux scolaire ou universitaire, de la santé somatique et psychique, de l'accompagnement éducatif, social et professionnel, ou de la protection judiciaire de la jeunesse, soient le mieux coordonnées possible.

Afin d'améliorer la prise en charge proposée aux adolescents, il conviendra de développer un offre de prise en charge globale, graduée et adaptée, prenant en compte les parents ou les adultes qui en sont responsables, en renforçant la formation et la coordination des différents intervenants.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Favoriser l'accès et renforcer la lisibilité des dispositifs au sein desquels les adolescents peuvent trouver une écoute, une réponse à leurs demandes et amorcer une prise en charge, est une priorité. Les maisons des adolescents (MDA) constituent à ce titre un élément central, en tant que structures d'accueil inconditionnel, d'évaluation pluridisciplinaire et d'orientation des jeunes et de leur famille. Outre leur déploiement dans tous les territoires de Nouvelle-Aquitaine, l'organisation de dispositifs de présence renforcée en zone isolée sera envisagée ainsi que leurs partenariats avec les intervenants du champ éducatif et de la santé, hospitaliers et libéraux, et toutes les institutions concernées du territoire.

Par ailleurs l'adolescence représentant une période charnière entre deux âges, le risque de rupture lié à cette transition au niveau des parcours de soins, tant somatiques que de santé mentale, est important. Les **liaisons pédiatrie-médecine, pédopsychiatrie-psychiatrie** mais également **somatique-psychiatrie** doivent être réaffirmées et structurées dans le cadre des organisations existantes et des espaces de transition spécifiquement dédiés pour les enfants présentant une pathologie chronique évolutive ou une maladie rare.

Des modalités de réponse mieux coordonnées entre les acteurs de la santé mentale, du système éducatif et de la santé, associant les familles, doivent permettre de reconnaître et de prendre en charge le mal être des adolescents les plus fragiles et ceci de façon plus précoce.

De même, le développement des **interventions précoces** dans le cadre de troubles et/ou pathologies émergents, notamment au passage à l'âge adulte, devront se structurer dans les territoires afin de limiter les pertes de chance pour les jeunes, éviter les ruptures scolaires avec le renforcement des dispositifs articulant les soins et les études, et prévenir l'apparition de handicaps. Pour les jeunes porteurs de handicap, la transformation de l'offre médico-sociale doit permettre d'améliorer les parcours de professionnalisation et l'accès à l'emploi, avec l'appui des dispositifs d'emploi accompagné et de services d'accompagnement médico-sociaux pour adulte handicapé (SAMSAH) spécialisés.

Pour les adolescents mettant en échec les prises en charge existantes, des réponses innovantes devront être déployées s'appuyant sur les ressources sanitaires, éducatives et médico-sociales existantes et conjuguées autour de projets communs de prise en charge. Les équipes mobiles de liaison seront encouragées favorisant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et construire des réponses adaptées aux parcours complexes des jeunes, y compris en cas de crise.

Afin de développer l'**approche globale des besoins de santé des jeunes** (bien-être psychique, sexualité, consommation de produits psychoactifs, image corporelle, etc.) et une **culture partagée** entre les professionnels concernés, reconnaissant la capacité des jeunes à agir et leur permettant de mieux intervenir (repérage, orientation, intervention pertinente et décloisonnée), les formations interinstitutionnelles (enseignement, justice, premier recours, etc.) devront être promues, notamment les diplômes universitaires (DU) «adolescence difficile». La coordination des différents acteurs sera à structurer tant au niveau régional, qu'au niveau territorial en associant les différents partenaires autour des MDA (conseils départementaux, protection judiciaire de la jeunesse, cohésion sociale et jeunesse et sports, caisses d'allocation familiale (CAF), associations, premier recours, etc.), et également à soutenir dans le cadre de projets opérationnels innovants (outils d'évaluation, télémédecine, consultations « famille sans le patient¹⁰ », etc.).

2.2.2.6 Améliorer le parcours de santé de personnes atteintes de maladie(s) chronique(s)

Les maladies chroniques se caractérisent par leur durée, leur évolutivité, souvent associée à une invalidité et par la menace de complications graves dont le retentissement sur la vie quotidienne et la qualité de vie des personnes sont considérables. Les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète sont parmi les plus fréquentes, car il existe une corrélation de ces maladies au surpoids et à l'obésité dont la prévalence augmente. Souvent liées entre elles, les maladies chroniques se soignent de mieux en mieux mais ne se guérissent pas. Du fait de ses caractéristiques, et de l'existence de phases aiguës interrécurentes (poussées), la maladie chronique requiert une prise en charge coordonnée et une continuité d'autant plus importante des intervenants de santé, sociaux et médico-sociaux, impliquant le patient lui-même dans la prise en charge de sa maladie.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Il est nécessaire de **consolider les filières soins coordonnés nécessitant la prise en charge rapide** des patients comme dans le syndrome coronarien aigu ou l'accident vasculaire cérébral (AVC) qui sont des urgences médicales dont le pronostic vital et fonctionnel est grandement influencé par la rapidité de la prise en charge.

Les délais de prise en charge sont ainsi améliorés par :

- L'information et la sensibilisation à travers des campagnes d'information et de prévention annuelles rappelant l'appel au 15, les douleurs typiques et la sensibilisation des professionnels des services d'urgences, en ciblant notamment les femmes jeunes pour le syndrome coronarien aigu ;
- La structuration des filières de prise en charge des patients au niveau des réseaux territoriaux des urgences, en lien avec l'observatoire régional des urgences (ORU) à travers l'élaboration d'un cahier des charges fixant les obligations des établissements voulant y participer . Par

¹⁰ Soutien apporté par une équipe de psychiatrie à toute personne (famille, entourage, professionnels) agissant dans l'intérêt d'une personne âgée de plus de 16 ans en situation de souffrance psychique.

exemple pour l'AVC, via la convention entre l'unité neuro vasculaire (UNV) de recours (pratiquant la thrombectomie¹¹ mécanique), l'unité neuro vasculaire (UNV) de proximité et le service des urgences pour l'organisation de la prise en charge aiguë (dont la télé thrombolyse) et des transports ;

- ▶ La définition des critères d'intervention des SAMU dans les zones limitrophes (entre régions et entre départements au sein de la région) et l'évaluation de leur mise en œuvre annuellement ;
- ▶ L'amélioration de la permanence des soins par le développement de la télémédecine et notamment la télé-expertise pour appuyer les services de proximité en réévaluant l'organisation de l'interprétation en neuroradiologie diagnostique ;
- ▶ L'accès à l'imagerie en urgence lors d'un AVC, et ceci 24 heures sur 24, par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou à défaut scanner avec imagerie de perfusion, en interne à l'établissement ou par convention ;
- ▶ La consolidation des ressources professionnelles en améliorant l'attractivité en étoffant la taille des équipes, et en identifiant au sein des établissements de santé sans UNV ni service de neurologie, une équipe médico-soignante formée à la prise en charge des AVC en post aigu.

Afin de diminuer les conséquences sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, il convient **d'accroître la pratique ambulatoire et diversifier les modes de prises en charge** :

- ▶ En faveur des patients atteints de **pathologies cardiaques**, il est possible de prévenir les (ré)hospitalisations évitables en offrant aux patients des formes variées de rééducation (en hospitalisation complète, à temps partiel, à domicile, et en télé rééducation) et une éducation thérapeutique dès la phase aiguë et en réadaptation, pour restaurer la qualité de vie des patients. Il s'agit concrètement de développer la télésurveillance à domicile des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (via l'appui notamment des infirmières libérales) et de développer les filières d'hospitalisation directe en unité de cardiologie lors des décompensations. De plus, les établissements autorisés en cardiologie interventionnelle, devront développer la pratique ambulatoire. Et dans le cadre de l'AVC, ils devront faciliter l'accès aux bilans cardiologiques à partir d'un service d'urgences ou d'une unité neuro-vasculaire notamment grâce à des conventions avec des cardiologues libéraux et hospitaliers.
- ▶ En faveur des patients atteints d'**insuffisance rénale chronique (IRC)**, l'enjeu est double. D'une part, il s'agit en priorité de développer la greffe préemptive par l'augmentation du nombre de prélèvements et de greffes d'organes, en sensibilisant notamment les réanimateurs sur les prélèvements d'organes dans les cas d'arrêt circulatoire contrôlé, en développant la délégation de tâches en déployant notamment le protocole de coopération « suivi de patients et de donneurs vivants en pré-greffe rénale, avec prescriptions d'exams, par une infirmière en lieu et place d'un médecin » ? D'autre part, pour les patients dialysés, il s'agit de développer la téléconsultation et la télésurveillance dans les unités de dialyse médicalisée (UDM) et les unités d'autodialyse (UAD) et d'améliorer la qualité de vie de ces patients en développant une offre de proximité, hors centre (organisation d'une offre mixte : UDM et UAD), et en développant la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale quand cela est possible.

L'organisation de l'offre doit permettre **d'agir sur les points clefs du parcours des personnes atteintes de maladies chroniques** afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

¹¹ Quand un caillot sanguin occlut une artère encéphalique, il entraîne un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) responsable d'un infarctus ischémique. La thrombectomie mécanique consiste à retirer le caillot sanguin en introduisant une sonde dans l'artère.

- Le parcours de santé des patients atteints **d'insuffisance rénale chronique (IRC)**; ainsi que le parcours des patients pédiatriques présentant une maladie rénale doit être amélioré à travers le suivi de la mise en œuvre de l'expérimentation « parcours de soins IRC », la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels et structures, notamment les publications de la haute autorité de santé (HAS), la promotion de la signature de la charte de la dialyse auprès des établissements, des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) patient diabétique complexe, le suivi des marqueurs biologiques de progression de la maladie et les facteurs de risque cardio-vasculaire et le conventionnement avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), la sensibilisation des néphrologues, le développement notamment des consultations néphro-gériatriques et des antennes d'évaluation gériatrique de l'autonomie des personnes. L'amélioration de parcours des patients passera également par l'amélioration de l'accès aux données épidémiologiques sur la région en contribuant au recueil des données du registre du réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN).
- Un des points clefs du parcours après un **accident vasculaire cérébral (AVC)** concerne l'amélioration du recours aux soins de suite et à la prévention tertiaire. Il s'agit donc de développer les soins de suite et de réadaptation (SSR) avec mention principale pour les affections des systèmes nerveux, l'accès systématique à la consultation pluri-professionnelle post-AVC dans chaque UNV, si nécessaire par convention inter-établissement, les réponses pour améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage avec les séquelles neurophysiologiques de l'AVC, l'organisation d'une offre de prise en charge en post aigu pour les patients cérébrolésés¹² graves et l'inscription dans le cahier des charges régional des UNV de leur nécessité de convention territoriale avec des SSR en vue de les coordonner pour organiser la visite hebdomadaire d'un médecin de réadaptation dans l'UNV pour les consultations pluri professionnelles post AVC, dédier un professionnel à l'élaboration du projet de sortie dans chaque UNV, pour faciliter la sortie du patient après un séjour aigu et créer une équipe mobile intervenant au domicile qui pourra être intégrée par convention à une plateforme territoriale d'appui. Il convient enfin de déployer et accompagner le recueil des données de l'observatoire aquitain des AVC (ObA2) à l'ensemble des UNV de Nouvelle-Aquitaine et aux établissements de santé recevant plus de 40 AVC par an.
- L'une des missions des 4 Centres spécialisés **obésité (CSO)** de Nouvelle-Aquitaine est l'organisation de la filière de soins dans la région favorisant l'existence de parcours lisibles et accessibles pour les personnes en surpoids ou obèses. Afin d'éviter les ruptures de prise en charge pour les personnes obèses, il faut renforcer l'accessibilité à l'offre de santé en matière de consultations de psychologue et de psychiatre, d'accès au scanner et à l'IRM adaptés pour les personnes vivant avec une obésité morbide ainsi qu'aux transports sanitaires bariatriques. L'accès à un SSR avec mention obésité-nutrition, aux programmes de remise en mouvement, d'autonomisation et d'activité physique adaptée (APA), dans le cadre ou non de l'ETP doit être garanti. Enfin, il convient de conforter des CSO dans la prise en charge des situations complexes de 3ème recours et dans la coordination territoriale et la structuration des parcours de soins, avec une attention particulière envers les publics précaires. Plus spécifiquement, l'amélioration des parcours « obésité pédiatrique » implique de conforter les missions du Réseau de prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique (REPPPOP) en matière de coordination territoriale et de structuration de ces parcours, et d'accompagner l'expérimentation « Obépédia » qui concerne les différentes étapes de leur prise en charge

¹² Personne avec des lésions cérébrales graves (par exemple suite à un AVC ou un traumatisme crânien).

depuis les CSO jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé, pour les enfants et adolescents souffrant d'obésité sévère.

2.2.2.7 Garantir à tout patient atteint d'un cancer un parcours de santé personnalisé et adapté

Bien que d'importants progrès thérapeutiques aient été réalisés ces dernières décennies, des inégalités importantes, qui ne sont pas liées uniquement à la localisation du cancer et à son stade au moment du diagnostic, existent encore en termes d'espérance de vie. Plusieurs études de l'Institut de veille sanitaire (INVS) et de l'Institut national du cancer (InCa) mettent plus précisément en évidence des inégalités sociales et géographiques vis-à-vis de la mortalité.

Outre le dépistage, de nombreux autres moments du parcours de santé en cancérologie peuvent être à l'origine de ruptures : annonce du diagnostic, délais d'accès à l'imagerie, initiation d'un traitement et notamment par anticancéreux oraux, accès aux soins de support, etc. C'est particulièrement le cas pour les publics les plus fragiles (personnes âgées, enfants, adolescents et jeunes adultes, personnes atteintes de déficience intellectuelle, publics précaires, personnes souffrant de troubles de la santé mentale, migrants, etc.) dont l'accompagnement doit être global, à l'image de celui assuré par les infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC). L'intervention des IDEC, en lien avec les médecins traitants, doit permettre de fluidifier le parcours des patients en situation complexe, de réduire les hospitalisations et de permettre une meilleure observance des traitements pour les patients sous anticancéreux oraux. En effet, si les modalités d'administration de ces derniers sont plus aisées, elles ne doivent pas occulter la survenue fréquente d'effets indésirables et le niveau élevé de gravité de ces derniers. Il est donc nécessaire d'adapter et d'organiser l'offre de soins afin de mieux coordonner et sécuriser la prise en charge de ces patients et permettre l'accès aux thérapies orales, quand cela est possible, au plus grand nombre.

Cela ne doit pas faire oublier pour autant que nous sommes tous vulnérables face au cancer dont la survenue peut avoir de graves répercussions sur la vie en général, en raisons notamment des séquelles dont souffrent environ 60% des patients deux ans après le diagnostic. D'après l'étude VICAN 2, si le taux d'emploi était de 82% lors du diagnostic il n'est plus que de 61% deux ans après. Chaque patient doit donc pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un accompagnement psychosocial et professionnel adaptés, formalisés dans un programme personnalisé de soins (PPS).

En 2015, 62 543 patients ont été hospitalisés pour cancer avec un taux de prise en charge au sein même du département de résidence du patient qui va de 98,5% en Gironde à 37% en Creuse. Les départements disposant d'un centre de recours en cancérologie sur leur territoire (CHU, CLCC) sont donc ceux dans lesquels les fuites de patients sont les plus faibles. Ces fuites marquent une perception contrastée de la qualité de l'offre de soins en cancérologie qui peut engager certains retards de prise en charge qu'il est nécessaire de limiter le plus possible en créant les conditions d'une prise en charge rapide et de qualité sur chacun des territoires de la région. Pour ce faire, le recours régional en cancérologie doit être organisé et lisible notamment pour les cancers les plus rares et les fuites de patients vers les centres de recours évitées dès lors que la prise en charge adaptée est accessible en proximité.

L'offre de cancérologie a vocation à évoluer selon un double mouvement , d'une part de spécialisation des plateaux techniques chirurgicaux garantissant l'atteinte de volumes critiques

d'actes et des seuils réglementaires, gage de sécurité et de qualité des soins, en mettant en œuvre un rapprochement des équipes chirurgicales en tant que de besoin, et d'autre part de diffusion de l'accès aux consultations avancées et traitements par chimiothérapie en proximité via les centres associés ou au domicile via l'hospitalisation à domicile (HAD). De plus, les perspectives ouvertes par des projets de décrets d'autorisation en cours sont d'introduire une gradation des soins pour répondre à la complexité et à la spécificité des traitements en visant à une meilleure adéquation entre les ressources humaines, les plateaux techniques et les actes réalisés.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'objectif est donc d'**organiser la cancérologie en parcours de soins et filières de prises en charge lisibles sur les territoires garantissant pour tous une prise en charge de qualité** et, pour ce faire, de :

- veiller à garantir l'examen de 100% des dossiers des patients en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et mettre en place des RCP de recours inter-établissements ;
- garantir l'accès à l'intégralité du dispositif complet d'annonce initiale pour tous les patients (en adaptant le dispositif d'annonce aux publics fragiles conformément aux recommandations de l'Inca attendues début 2018) ;
- restructurer les 3 réseaux de cancérologie régionaux en un réseau unique régional (RRC) doté d'antennes infrarégionales, faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis via notamment le futur réseau régional unique de cancérologie ;
- déployer les infirmières de coordination en cancérologie (IDEC) pour les patients sous anticancéreux oraux et conforter le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux (dispensation, conseil pharmaceutique, éducation thérapeutique, etc.) ;
- assurer un accès à un centre spécialisé dans la préservation de la fertilité aux patients concernés ;
- mobiliser les IDEC pour améliorer l'interface ville-hôpital et assurer la continuité des parcours patients, et les plateformes territoriales d'appui (PTA) dans l'accompagnement des patients en situation complexe ;
- développer les soins de suite et de réadaptation (SSR) avec mention onco-hématologie pour garantir des solutions d'aval adaptées ;
- onco-hématologie pour garantir des solutions d'aval adaptées ;
- systématiser la mise en place d'une consultation de fin de traitement avec remise du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC).

La qualité de la prise en charge en cancérologie passe également par l'**accompagnement global qui est proposé au patient tout au long de son parcours**, elle implique donc de systématiser l'accompagnement des personnes et l'accès à l'ensemble des soins de support. Cet accompagnement implique de généraliser le dispositif d'annonce au-delà de l'annonce initiale en l'élargissant à toutes les autres annonces au cours de la maladie (extension, récurrence, survenue d'un handicap, passage en soins palliatifs, etc.) et qu'un temps soignant soit proposé à tous les patients avec repérage précoce des besoins en soins de support (notamment de la souffrance psychique, y compris des proches, dès l'annonce). Au niveau régional, cela impliquera un recensement de l'offre en soins de support dans la région (élaboration d'un annuaire des soins de support et diffusion via les PTA notamment) et

d'introduire dans les critères de délivrance et de renouvellement des autorisations en cancérologie des exigences de continuité d'accès aux soins de support.

Cet accompagnement global nécessitera en outre de :

- déployer le dispositif des patients-ressources « Parcours » de la Ligue nationale contre le cancer ;
- organiser un maillage territorial facilitant l'accès aux soins de support et aux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- assurer un accompagnement socio-professionnel des patients dès l'entrée dans le parcours ;
- assurer l'accessibilité financière aux soins de support ;
- veiller à ce que chaque patient atteint d'un cancer puisse avoir un accès aux soins palliatifs, y compris au domicile, dans l'ensemble de la région.

La répartition des inclusions dans les essais cliniques fait apparaître de très fortes disparités au plan national selon les structures de prise en charge (centre hospitalier universitaire : 42%, centre de lutte contre le cancer : 42%, centre hospitalier : 10%, secteur libéral : 6%). L'un des enjeux majeurs du parcours en cancérologie est donc de permettre un accès étendu et sécurisé aux essais cliniques quel que soit l'établissement dans lequel le patient est pris en charge. Cet enjeu est d'autant plus prégnant que de nouvelles perspectives thérapeutiques sont porteuses d'espoir (notamment immunothérapies) et que l'avènement de la médecine dite « personnalisée » et du séquençage à haut débit du génome des cellules cancéreuses permet d'ajuster les décisions thérapeutiques afin de limiter les effets indésirables de certaines chimiothérapies actuelles et de proposer aux patients des essais cliniques développant des traitements ciblés.

Il s'agit donc de **créer les conditions d'une diffusion rapide de l'innovation technologique, accompagner les évolutions thérapeutiques et permettre un égal accès aux essais cliniques** par :

- la mise en place d'indicateurs de mesure de l'accessibilité aux essais cliniques, avec le RRC et les centres de coordination en cancérologie (3C) ;
- l'amélioration de l'offre en oncogénétique qui est déterminante pour accompagner l'accès aux modalités de prise en charge d'une médecine personnalisée ;
- le renforcement de la recherche régionale en cancérologie, tant au plan clinique qu'au niveau de la prise en charge sociétale du cancer, notamment via le groupement de coopération sanitaire (GCS) PARC (Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie) fondé par le CHU de Bordeaux et l'Institut Bergonié et qui doit être étendu aux centres hospitaliers universitaires (CHU) de Limoges et Poitiers ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie ;
- le renforcement des compétences des pharmaciens d'officine dans le champ des anticancéreux oraux.

Il apparaît par ailleurs nécessaire de poursuivre la **structuration de l'onco-pédiatrie à partir des centres experts** en assurant une approche concertée des prises en charge au niveau de la région nonobstant l'organisation interrégionale actuelle dépendant d'inter régions distinctes donc de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) de recours différentes. L'harmonisation de cette approche passe au plan régional par un meilleur accès à des prises en charge en proximité. Ce renforcement inclut des liens entre services de recours et services de pédiatrie de proximité, dont la participation à l'accompagnement des enfants et des familles, ainsi qu'à l'accès aux soins de support. Pour ce faire, des partenariats doivent être développés entre les services de pédiatrie générale des centres hospitaliers, les CHU et le centre de référence en cancérologie pédiatrique notamment pour la réalisation de

chimiothérapies dans les hôpitaux périphériques. L'accès aux soins palliatifs pédiatriques doit en outre être effectif sur l'ensemble de la région.

Cette harmonisation exige également la réalisation systématique de RCP pédiatriques pour tous les patients de moins de 18 ans, un accompagnement à la transition entre prise en charge pédiatrique et prise en charge adulte, ainsi que :

- ▶ la mise en place d'un centre régional de cancérologie pédiatrique, s'appuyant sur les 3 centres hospitaliers universitaires (CHU), le centre de lutte contre le cancer (CLCC) et sur le dispositif existant « MARADJA » (Maison Aquitaine Ressource Adolescents et Jeunes Adultes) ;
- ▶ en fonction de l'évolution de la structuration interrégionale des zones géographiques de recours actuelles, l'engagement d'une réflexion autour d'une organisation qui permettrait de faire converger les filières de prise en charge et de mettre en place des RCP de recours communes au sein de la région.

2.2.2.8 Renforcer la connaissance partagée et la qualité des prises en charge des personnes vivant avec une maladie rare

Une maladie est dite rare lorsqu'elle touche moins de 1 personne sur 2000 en population générale, selon la définition adoptée en Europe. En Nouvelle-Aquitaine, 300 à 350 000 personnes seraient atteintes d'une maladie rare. Ces maladies, dans leur grande diversité, présentent des caractéristiques communes : la plupart sont chroniques, les deux tiers sont estimées graves et invalidantes, une part importante d'entre elles sont d'origine génétique. Elles peuvent entraîner des douleurs chroniques, un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel et réduire l'autonomie. Par ailleurs les enfants sont particulièrement touchés. Bien qu'hétérogènes, ces maladies ont en commun de générer isolement, incompréhension, exclusion, du fait d'une errance diagnostique de plusieurs années, de retard de prise en charge de ce fait et de difficultés d'accès au traitement, s'il existe. Elles ont d'importantes conséquences sur la vie sociale, professionnelle ou scolaire, affective et sur la vie de l'entourage. Le handicap généré peut être de tout type, pas obligatoirement rare. Ces maladies nécessitent donc un diagnostic précoce, un suivi organisé et adapté, mis en œuvre par des équipes pluridisciplinaires dotées de compétences spécialisées et d'une expertise scientifique de pointe. Il s'agit donc d'un enjeu fort de santé publique, qui nécessite l'investissement de l'ensemble des acteurs pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies rares et réduire les inégalités de santé auxquelles ils sont confrontés.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Le **diagnostic précoce** des maladies rares dépend de la connaissance partagée sur les maladies rares par les acteurs du parcours. En instaurant une culture du doute dès le premier recours par l'acquisition de connaissances spécifiques. Cet objectif est également de nature à limiter l'errance diagnostique, améliorer la prise en charge des patients et de leur entourage, pour un meilleur pronostic et une meilleure qualité de vie, en proposant plus rapidement la conduite la plus adaptée.

Il s'agit alors de :

- renforcer l'accès à l'information des professionnels, des patients et de leur famille par l'organisation d'une journée régionale tous les 2 ans sur le thème des maladies rares, la promotion des dispositifs existants, le développement de nouvelles technologies et le soutien aux associations ;
- améliorer la formation des professionnels de santé en favorisant l'intégration d'un volet maladies rares dans les formations initiales médicales et paramédicales, soutenant des actions en formation continue.

Un **parcours de soins « réussi »** est celui qui, très certainement, permet au patient d'acquérir son autonomie en santé et d'accepter la maladie. Parmi les étapes marquantes du parcours de soins, deux sont sans doute plus particulièrement importantes : l'annonce du diagnostic de la maladie rare et la transition enfant-adulte.

Plusieurs dispositifs concourent à l'amélioration du parcours :

- le développement de l'éducation thérapeutique dans les maladies rares ;
- l'anticipation dès le début des prises en charge des besoins en accompagnement en proposant au patient une mise en contact avec une association représentative de sa pathologie ;
- l'adaptation des modalités de prise en charge aux caractéristiques de certaines maladies rares, en gérant au mieux les contraintes d'hospitalisation en privilégiant les regroupements des soins ou examens, au mieux en hospitalisation de jour quand cela est possible ;
- la coordination des centres de référence maladies rares (CRMR), centres de compétence maladies rares (CCMR), médecins traitants spécialistes et généralistes par la mise en place d'une sorte de cellule de coordination et l'intégration aux plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- la promotion des accompagnements tels que ceux du projet « compagnons maladies rares », basé sur la reconnaissance de l'expérience des patients (patients experts) pour acquérir une autonomie en santé;
- l'implantation d'une plateforme de séquençage très haut débit du génome en Nouvelle-Aquitaine ;
- concernant les enfants, un travail, notamment avec l'Education nationale doit être conduit, qui comporte un objectif de mise en place d'organisations permettant de gérer au mieux la transition enfants-adultes ; les filières de santé maladies rares (FSMR) sont chargées de cette réflexion, mais une organisation commune avec les maladies chroniques paraît pertinente et en permet une utilisation plus large.

2.2.3 Soutenir le développement des fonctions d'appui et des initiatives des professionnels visant à améliorer le parcours coordonné des patients

La loi confère au médecin traitant un rôle pivot dans l'organisation du parcours de soins coordonné des patients. Le plus souvent, les médecins sont en mesure d'assurer eux-mêmes cette fonction. Néanmoins, pour les patients au parcours de santé complexe, le médecin traitant et les autres professionnels de santé peuvent avoir besoin d'un appui pour mieux évaluer la situation, mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir le maintien au domicile du patient, anticiper les hospitalisations et organiser les sorties dans les meilleures conditions.

Comme le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) «Évaluation de la coordination d'appui aux soins » de décembre 2014, les structures de coordination actuelles sont nombreuses et diverses, mais elles sont rarement transversales, dans la mesure où elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur. Par ailleurs, elles intègrent mal les professionnels de santé et les usagers. Au final, elles ne répondent totalement ni aux besoins des patients, ni à ceux des médecins qui sont peu informés et impliqués.

Une réorganisation et une structuration des fonctions d'appui aux professionnels est aujourd'hui indispensable. Elle sera menée en capitalisant sur l'expérimentation « Territoire de Soins Numérique » menée dans les Landes, dont le succès a permis d'identifier les attendus des professionnels et les outils permettant de structurer une interface opérationnelle entre les professionnels. Cette réorganisation passe non pas par la création de nouveaux dispositifs, mais par la convergence des dispositifs d'appui existants et l'amélioration de leur lisibilité. La logique de parcours doit être privilégiée : la prise en charge des patients doit être envisagée comme un continuum, permettant d'éviter la survenue de ruptures dans la chaîne d'accompagnement et de soins, notamment lors du passage d'un segment de l'offre de soins à un autre.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La **structuration des fonctions d'appui à la coordination**, en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux doit permettre d'aboutir à une organisation territoriale plus claire et plus intégrée, en passant d'une approche par structures à une approche en termes de missions partagées. Dans ce cadre, la politique régionale a pour objet :

- ▶ l'accès des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à des fonctions d'appui pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, avec :
 - la structuration de ces fonctions sous la forme de plateformes territoriales d'appui (PTA) répondant notamment aux besoins des professionnels de santé du premier recours, en particulier des médecins traitants, et en veillant à ce qu'ils soient associés à l'élaboration des projets de PTA et à leur gouvernance ;
 - l'adaptation de l'offre de services en fonction des besoins d'appui à la coordination des professionnels (ex : appui à la coordination en éducation thérapeutique du patient) ;
 - le développement des organisations et outils innovants permettant de faciliter l'accès aux fonctions d'appui (numéro unique, supports de communication communs au

niveau régional) et le partage sécurisé d'information autour du patient (logiciel collaboratif de coordination des parcours de santé) ;

- la valorisation de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA) auprès des acteurs du système de santé, notamment pour la constitution des PTA (logique d'intégration) et la contribution des MAIA, dans le cadre de la gestion de cas, du pilotage et du guichet intégré, à la mise en œuvre des missions des PTA ;
- l'achèvement de la restructuration des réseaux de santé avec, notamment, l'évolution des réseaux territoriaux dont l'activité est axée sur la coordination de proximité (personnes âgées, maladies chroniques) vers la polyvalence et leur intégration dans les PTA.

L'accompagnement et la mise en cohérence des initiatives de terrain visant à améliorer l'organisation des parcours des patients sont nécessaires afin de garantir la complémentarité entre les acteurs. Les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) offrent un cadre nouveau pour un réel décloisonnement des pratiques professionnelles, au service de réponses ambulatoires coordonnées. Pour autant, celles-ci doivent être articulées avec d'autres démarches de projet territorialisées, pour assurer la cohérence des réponses apportées et la synergie entre les différents projets. Pour ce faire, une attention particulière doit être portée sur :

- L'accompagnement des acteurs du système de santé pour la constitution et le développement des ESP et CPTS :
 - mise à disposition d'éléments de diagnostic territorial ;
 - appui à la formalisation des projets ;
 - mise en relation avec d'autres acteurs, etc. ;
- La mise en cohérence des différentes démarches de projet territorialisées :
 - coordination entre les ESP et les CPTS pour améliorer l'organisation des parcours de santé, à l'échelle d'un territoire ;
 - participation des ESP et CPTS à l'élaboration des projets de PTA et à leur gouvernance et appui aux ESP et CPTS dans le cadre des services proposés par les PTA ;
 - articulation avec les autres démarches de projet territorialisées (groupements hospitaliers de territoire, contrats locaux de santé, contrats locaux de santé mentale, projets territoriaux de santé mentale, pôles de compétences et de prestations externalisées dans le champ du handicap, etc.) ;
- La fluidification et la sécurisation des échanges entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social notamment via, notamment, l'usage d'outils sécurisés de communication et de coordination comme la messagerie sécurisée en santé et l'outil collaboratif de coordination des parcours de santé, les dossiers de liaisons des urgences avec les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou encore l'outil ViaTrajectoire pour les orientations en structures d'hospitalisation à domicile (HAD), en services de soins de suite et de réadaptation (SSR), en établissement de soins de longue durée (SLD), en unité de soins palliatifs (USP) ou en établissement médico-social.

Enfin, la **mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité** dans la coordination des parcours de santé est amenée à prendre de l'ampleur. L'allongement de l'espérance de vie, et l'incidence des maladies chroniques, ainsi que le développement des soins en ambulatoire, qui fait écho au souhait des patients de continuer à vivre chez eux le plus longtemps possible, en font un enjeu de plus en plus important. Le développement d'une telle démarche passe ainsi par :

- la diffusion et la mise en œuvre d'outils d'amélioration continue de la qualité et d'autoévaluation tels que la matrice de maturité en soins primaires élaborée par la HAS ;

- l'évaluation des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, en intégrant notamment des critères d'évaluation médico-économiques et des mesures de satisfaction des professionnels et des usagers.

2.2.4 Développer les usages du numérique en santé au service de l'accès à une offre de santé coordonnée dans les territoires

Le déploiement de l'e-santé constitue un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé. Il s'appuie sur un ensemble de services interopérables et sécurisés, mis en œuvre dans le respect de cadres et référentiels nationaux.

Si de nombreux services sont d'ores et déjà opérationnels, force est de constater que, comme sur l'ensemble du territoire français, leur niveau d'usage reste encore globalement limité et concerne une minorité d'acteurs de santé. Néanmoins, les évolutions technologiques, les réformes structurelles dans l'organisation des soins (les plateformes territoriales d'appui, les groupements hospitaliers de territoire, etc.), la mise en œuvre généralisée d'une tarification de la télémedecine, la nouvelle volumétrie d'acteurs au niveau de la grande région et leur maturité croissante en matière d'e-santé conduisent à un accroissement significatif de la demande d'accès à ces services numériques.

L'enjeu sera donc d'assumer l'accélération majeure du déploiement de l'offre de services e-santé régionale auprès d'un grand nombre de professionnels de santé et d'usagers.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La coordination des parcours sur les territoires s'appuiera sur la **poursuite du développement de l'usage des services numériques d'aide à la coordination des soins (SNACs)** usuels et complexes, tels que :

- PAACO/Globule, outil parcours expérimenté et amélioré grâce au projet Santé Landes, retenu et lancé en 2014 dans le cadre de l'appel à projet national Territoire de Soins Numérique, en lien avec les plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- le dossier médical partagé (DMP), déployé en partenariat avec l'Assurance maladie : à mi-2016, la Nouvelle-Aquitaine se place en deuxième position des régions en niveau de déploiement avec 95 000 DMP, dont 54 000 sont alimentés. 125 établissements de santé et 1 900 professionnels de santé créent et alimentent d'ores et déjà ces DMP ;
- les messageries sécurisées de santé (MSS), déployées en partenariat avec l'Assurance maladie notamment auprès des professionnels libéraux : à fin mai 2017, 11,20% des professionnels de santé libéraux de Nouvelle-Aquitaine étaient équipés et 51% des 83 plus gros établissements étaient MSS compatibles ;
- le dossier de cancérologie communiquant (K-Process) qui permet de coordonner le parcours des patients en cancérologie ;
- un service d'aide à l'orientation des patients et usagers en SSR, en EHPAD et dans les structures accueillant des personnes en situation de handicap (ViaTrajectoire).

La **réussite du déploiement de l'e-santé** passe également par la qualité :

- ▶ de la concertation avec l'ensemble des acteurs régionaux, celle-ci se déroulera dans le cadre du comité stratégique des systèmes d'information en santé (CSSIS) ;
- ▶ des services fournis par le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADES) : le groupement d'intérêt public (GIP)E-santé en action (ESEA), fruit de la fusion en 2017 des ex-groupements de coopération sanitaires (GCS) e-santé régionaux, devra conduire d'ici fin 2019 les opérations d'unification des services mis à disposition dans les 3 anciennes régions ;
- ▶ des infrastructures régionales « support » destinées à faciliter et sécuriser l'échange et le partage de données de santé : répertoire opérationnel des ressources (ROR), service régional de rapprochement des identités (SRI), dispositif régional d'échange et de partage d'images (KRYPTON), portail régional unique d'accès à tous les services régionaux de e-santé pour les professionnels comme pour les usagers ;
- ▶ des systèmes d'information internes des acteurs de santé, qui pourront être accompagnés dans leurs travaux d'amélioration (Hôpital numérique pour les établissements de santé par exemple et convergence des systèmes d'information des établissements de santé publics membres d'un même groupement hospitalier de territoire).

2.3 Renforcer la démocratie en santé, l'implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel

Le développement des maladies chroniques, l'accès rapide à l'information grâce à internet et aux réseaux sociaux, le désir du citoyen de devenir partie prenante des sujets le concernant directement, notamment pour sa santé, ont généré un renforcement du rôle de l'usager et de ses représentants dans le système de santé. Ce mouvement d'émancipation a été accompagné par des réformes législatives et réglementaires à partir des années 2000 qui renforcent les droits des patients et des personnes bénéficiant d'un accompagnement médico-social.

Si les relations soignant/soigné et accompagnant/accompagné ont été progressivement rééquilibrées au fil des ans, si les représentants des usagers sont davantage associés au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux, et les usagers davantage écoutés et reconnus dans les instances de démocratie en santé, des évolutions restent à accomplir pour promouvoir l'usager comme un véritable partenaire de santé.

Parallèlement à ce mouvement, la politique régionale de santé doit veiller à mieux préparer les décisions relatives aux politiques de santé et aux actions de santé sur les territoires, en y associant davantage les instances de démocratie en santé au niveau régional et à l'échelon local, et en améliorant la coordination avec les partenaires de politiques publiques.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'évolution vers un partenariat en santé usagers professionnels implique que les **droits et libertés des usagers en santé** soient respectés pour tous et dans tous les territoires de Nouvelle-Aquitaine accès direct aux informations de santé, consentement libre et éclairé aux soins et aux projets de vie, liberté d'aller et de venir, respect des croyances et laïcité, et bien entendu, absence de toute forme de maltraitance.

L'évolution souhaitée implique également de renforcer la vigilance sur les dérives charlatanes et sectaires en santé et sur les actions de promotion de méthodes thérapeutiques non conventionnelles en lien avec la mission Interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES), la justice, les services de police et de gendarmerie et les associations d'aide aux victimes.

La construction progressive d'un **partenariat en santé usagers/professionnels**, nécessite également un développement des actions d'information des citoyens sur les sujets qui les concernent en lien notamment avec France Assos Santé, la commission régionale santé autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé (CTS), les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) : sur les comportements favorables à la santé, sur l'environnement, la prévention, les dépistages, sur l'organisation territoriale des soins et des accompagnements. L'objectif est de donner au citoyen l'information nécessaire pour le rendre davantage acteur de sa propre santé et de celle de ses proches. Les informations devront être adaptées aux publics concernés en s'appuyant notamment sur les associations d'usagers et les instances de démocratie en santé et être diffusées selon les modalités les

plus pertinentes (débat public, conférence inversée¹³, living lab¹⁴, etc.) Il conviendra également de diffuser largement la liste des sites internet certifiés par la Haute Autorité de Santé et celle des applications connectées validées par une instance reconnue.

La politique régionale vise également à **étendre la participation des citoyens, des usagers et des aidants dans tout le système de santé** de Nouvelle-Aquitaine pour que les services apportés soient mieux adaptés à leurs attentes :

- Inclusion de citoyens dans l'élaboration et la mise en œuvre des contrats locaux de santé, expérimentation de budgets participatifs en santé ;
- Inclusion d'usagers-formateurs dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- Inclusion d'usagers experts ou de pairs aidants dans les soins relatifs aux maladies chroniques travaillant en alliance thérapeutique et dans les accompagnements médico sociaux en développant l'expertise d'usage et le compagnonnage ;
- Soutien des aidants par le repérage de leurs difficultés et des risques d'épuisement et par la mise en place de dispositifs d'information, de formation et d'accompagnement (répit, groupes de paroles, etc.) ;
- Expérimentation de solutions permettant de recueillir la parole des usagers suivis à domicile ;
- Expérimentation de démarches innovantes permettant l'association de citoyens et d'usagers au fonctionnement des établissements et services de santé et des établissements et services médico-sociaux (notamment les projets portés, décidés et pilotés par les représentants des usagers, les budgets participatifs au sein des établissements, etc.).

L'évolution des pathologies vers des pathologies chroniques qui ne se guérissent pas, appelle à la participation active du malade et de sa famille à sa propre prise en charge. L'éducation thérapeutique du patient a pour vocation de permettre à celui-ci de vivre au mieux avec sa pathologie. Son développement au sein des parcours de santé des maladies chroniques est un enjeu majeur de santé publique et de réduction des inégalités territoriales de santé. Cela implique, entre autres éléments, d'impulser un véritable partenariat entre les usagers et les professionnels visant à **diversifier et augmenter la qualité de l'offre en matière d'éducation thérapeutique des patients (ETP)**. Pour y parvenir, il appartiendra à l'ARS :

- de développer la culture de l'ETP et les compétences en ETP, notamment via la formation initiale et continue des professionnels de santé et la formation des patients ;
- de soutenir l'éducation thérapeutique au bénéfice des publics les plus fragiles, des personnes souffrant de maladie neuro dégénérative et de maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, diabète, maladies cardiovasculaires, cancer, psychiatrie, etc.), ainsi que des personnes atteintes de maladies rares ;
- de promouvoir les différents types de participation des patients/aidants et des associations de patients dans les programmes et structures relais d'ETP ;
- de développer l'accessibilité des programmes d'ETP sur les territoires au niveau de l'offre de premier recours (avec la médecine de ville) ;
- d'améliorer la visibilité de l'offre en ETP (via la création d'une plateforme régionale de compétences en ETP avec mission d'information, de communication, de démocratie en santé), et structurer l'appui/ressource aux équipes d'ETP sur le territoire par le maillage de structures

¹³ La pédagogie inversée (ou « renversée », en anglais : « flipped classroom ») est une approche qui inverse la nature des activités d'apprentissage en assemblée et à la maison, ce qui amène une modification des rôles traditionnels d'apprentissage.

¹⁴ Le Living Lab est une méthodologie où citoyens, habitants, usagers sont considérés comme des acteurs clés des processus de recherche et d'innovation, dans l'objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux.

ressources dans les groupements de coopération sanitaire (GCS) de type unité transversale d'éducation thérapeutique du patient (UTEPT) et/ou dispositif d'appui et de coordination (DAC) ;

- ▶ améliorer la qualité des programmes d'ETP en y impulsant l'ouverture d'ateliers alimentation/activité physique /compétences psychosociales/approche poly-pathologique.

Afin d'initier **l'association des citoyens à l'élaboration des actions de santé** et à leur suivi dans une démarche innovante de démocratie directe, il conviendra de poursuivre et approfondir la participation des instances de démocratie en santé à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé, c'est-à-dire développer également la démocratie participative ou contributive.

- ▶ avec la conférence régionale de santé et d'autonomie, ses commissions spécialisées, et son groupe de travail permanent santé-environnement notamment sur la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) et du plan régional santé environnement (PRSE) 3 ;
- ▶ avec les conseils territoriaux de santé sur l'élaboration et le suivi des futurs plans territoriaux de santé, etc.

La loi dite Hôpital-patients-santé et territoires de 2009 a placé dans une même institution régionale, l'agence régionale de santé, les principales compétences en santé dans la région : promotion de la santé incluant la prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, accompagnement médico-sociaux.

Toutefois, d'autres personnes publiques sont dotées de compétences en matière de santé : services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie. Cette situation doit être considérée comme un atout pour prioriser la santé dans toutes les politiques : aménagement du territoire, urbanisme, logement, action sociale, enseignement, agriculture, etc.

Il est cependant nécessaire de bien **articuler ces différentes politiques publiques sur les territoires** notamment à partir de la mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques et **de les associer le plus en amont possible des décisions et de leur mise en œuvre.**



AXE 3

**GARANTIR LA QUALITÉ,
LA SÉCURITÉ ET
LA PERTINENCE DES
PRISES EN CHARGE**

Axe 3 :

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

3.1 Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques

3.2 Améliorer la pertinence des soins, des accompagnements et des produits de santé

3.3 Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge

3.4 Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation

Notre système de santé doit faire face à des évolutions majeures pour s'adapter aux défis de la prochaine décennie. Cette évolution structurelle s'inscrit dans un chemin de croissance contraint.

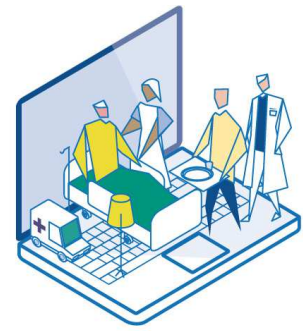
Les conditions de la performance du système de santé ne sont donc plus les mêmes qu'hier: la priorité donnée à la prévention plutôt qu'au tout soin, la coordination des intervenants, la participation de l'utilisateur, l'inclusion sociale, l'examen de l'efficacité des dispositifs, l'enjeu de l'innovation, la qualité et la sécurité des soins comme outils de pilotage, doivent être également pris en compte.

Ainsi, les exigences de qualité doivent évoluer pour s'adapter à des prises en charge plus ambulatoires, davantage basées sur le domicile, et à un système de santé tourné vers le parcours, la prise en charge globale de la personne, la promotion de la bientraitance et du prendre soin.

L'organisation des services en santé et leur coordination sont donc désormais indissociables de démarches d'amélioration des pratiques pour tous les acteurs mobilisés, afin d'apporter la bonne intervention de santé, pour la bonne personne, au bon moment et au bon endroit.

Axe 3

Actions phares



Nouvelles pratiques professionnelles

- Déployer de **nouvelles pratiques professionnelles** (animation en santé publique, coordination de parcours/gestion de cas complexes...) et de **nouveaux modes d'exercice** (délégations de tâches, pratiques avancées...)



Pertinence et qualité des soins

- Promouvoir la démarche de **pertinence et de juste soin auprès des professionnels**
- Promouvoir les **échanges de bonnes pratiques, identification des recours aux soins inappropriés** et mise en oeuvre de **recommandations pour les limiter**
- Promouvoir les **actions visant à améliorer la qualité des soins** et le **bon usage des médicaments**



Prendre soin des soignants

- Systématiser les **démarches de qualité de vie au travail** dans les établissements de santé et médico-sociaux (risques psychosociaux, pénibilité du travail)
- Encourager à la constitution d'un **service de santé au travail pluriprofessionnel** (médecin du travail, psychologue, ergonomiste, préventeur des risques...) dans chaque groupement hospitalier de territoire



Innovation

- **Faire connaître et déployer plus largement les dispositifs innovants** en matière de santé en Nouvelle-Aquitaine

Les résultats attendus du

COS

- + d'innovation et de recherche pour accompagner la transformation du système de santé au service de la population
- + d'accessibilité à l'innovation
- d'écarts de pratiques injustifiés au travers de la diffusion de la culture de pertinence et du juste soin

3.1 Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques

Qualité des soins et sécurité des patients sont indissociables. Les exigences de qualité doivent s'adapter aux changements du système de santé, et à la demande plus forte des citoyens en la matière. Des évolutions notables sont intervenues ces dernières années : publication des résultats des évaluations de la qualité des prises en charge en établissements, de la certification des établissements de santé, accréditation de certains professionnels et équipes de soins, évaluation des établissements et services médico-sociaux, développement des nouveaux métiers liés à la qualité et à la gestion des risques.

Des marges de progrès existent pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il est nécessaire de déployer les actions de prévention sur l'ensemble du parcours de soins, en impliquant les patients et résidents afin de leur apporter une meilleure sécurité.

3.1.1 Développer la culture de sécurité de l'ensemble des professionnels en associant les usagers

Dans le cadre d'une organisation territoriale de la santé, tous les acteurs impliqués quel que soit leur champ d'action (sanitaire, médico-social et ambulatoire) doivent partager une culture de qualité et de sécurité pour proposer un parcours de qualité aux usagers.

La culture de sécurité n'est pas suffisamment développée dans tous les secteurs de prise en charge des patients et résidents. A ce titre, l'intérêt du signalement des événements indésirables n'est pas appréhendé par tous et la démarche de gestion des risques n'est pas suffisamment intégrée par l'ensemble des acteurs de la santé. La situation est plus prononcée dans le secteur médico-social, où les professionnels formés à la gestion des risques sont en nombre insuffisant, et dans le secteur des soins de ville où les acteurs exercent le plus souvent de façon isolée.

La réforme des vigilances, initiée en 2016, rappelle l'importance du signalement des événements sanitaires indésirables, du retour d'expérience et du pilotage régional de la gestion des risques. Le réseau régional de vigilances et d'appui doit contribuer à mettre en œuvre une dynamique favorable de déclaration et de gestion des risques dans tous les secteurs d'activité (établissements sanitaires et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, usagers), afin de renforcer le déploiement d'une culture de sécurité tout au long du parcours de santé.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Le développement de la culture de sécurité passe tout d'abord par un **renforcement des connaissances et des compétences des professionnels de santé**, ce qui doit se traduire par :

- la mise en œuvre d'actions de formation initiale et continue des professionnels à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à la gestion des risques ;
- l'utilisation de la simulation en santé pour former les professionnels à la gestion d'un événement indésirable grave associé aux soins, de préférence sous la forme d'actions interprofessionnelles ;
- le partage d'expériences en lien avec les événements indésirables graves au niveau régional.

Pour améliorer la culture de sécurité il convient de développer une **dynamique favorable de déclaration dans tous les secteurs d'activité** en développant une vision positive de l'erreur à tous les niveaux du système de santé, en s'assurant du traitement systématique des signalements reçus et d'un retour vers les déclarants et en communiquant sur les retours d'expériences et les actions collectives d'amélioration.

La **reconnaissance et la gestion des risques *a priori* et *a posteriori*** sont des facteurs essentiels de l'amélioration de la sécurité des soins. Pour renforcer cette appropriation par les acteurs de santé, il faut :

- renforcer la mise en œuvre de la check-list de sécurité du bloc opératoire ;
- mettre en place, notamment par le biais du réseau régional de vigilances et d'appui de Nouvelle-Aquitaine (RREVA-NA), des actions régionales ciblées sur les situations à risque les plus prégnantes ;
- promouvoir et renforcer l'application des règles d'hygiène individuelle et collective par l'ensemble des acteurs, professionnels de santé comme usagers et ce, dans tous les secteurs de soins (lavage des mains, port du masque, etc.)

La gestion des risques doit être développée tout au long du parcours patient, c'est pourquoi il convient d'**expérimenter et de déployer les démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques dans le secteur des soins de ville.**

Enfin, ces actions de renforcement de la culture de sécurité doivent se faire en **associant les usagers**. Le renforcement de leur rôle comme acteurs de leur propre sécurité ou de leurs proches est essentiel pour **améliorer durablement la culture de sécurité**. Ceci passe par :

- une sensibilisation des usagers aux principes fondamentaux de sécurité de soins ;
- l'inclusion de représentants d'utilisateur ou de patients experts dans les démarches de gestion des risques,
- la participation de patients experts aux actions de formation par simulation en santé.

3.1.2 Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge

Qualité des soins et des accompagnements et sécurité des patients sont indissociables. Les exigences de qualité doivent s'adapter aux changements du système de santé, et à la demande plus forte des citoyens en la matière. Des évolutions notables sont intervenues ces dernières années : publication des résultats des évaluations de la qualité des prises en charge en établissements, de la certification des établissements de santé, accréditation de certains professionnels et équipes de soins, évaluation des établissements et services médico-sociaux, développement des nouveaux métiers liés à la qualité, recourir aux approches de bientraitance et à la gestion des risques.

Des marges de progrès existent pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il est nécessaire de déployer les actions de prévention sur l'ensemble du parcours de soins, en impliquant les patients et résidents afin de leur apporter une meilleure sécurité. Dans ce contexte, la lutte contre les infections associées aux soins et la promotion du bon usage des antibiotiques constituent des objectifs prioritaires de santé publique, traduits, notamment, par l'objectif national de baisse de 25% de la consommation des antibiotiques d'ici 2020.

Par ailleurs, la iatrogénie¹⁵ est à l'origine d'accidents et de surcoûts évitables, c'est pourquoi la qualité de la prise en charge médicamenteuse représente un enjeu majeur pour la sécurité des soins dans tous les types de prises en charge.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La promotion de la qualité passe tout d'abord par **l'amélioration de la diffusion des bonnes pratiques, et notamment celles relatives à la bientraitance**, auprès des professionnels de santé, afin de s'assurer de leur application effective. Cette diffusion doit s'accompagner d'une formation des professionnels adaptée à l'évolution des pratiques et aux besoins des personnes.

Par ailleurs, il faut renforcer la **prise en compte par les établissements de santé des résultats de certification** dans la mise en œuvre de leurs actions d'amélioration continue. De même, les évaluations internes et externes des établissements et services médico-sociaux doivent être analysés afin de formaliser des plans d'amélioration continue de la qualité. Les usagers doivent également être mieux informés de la qualité de l'offre et ils doivent contribuer à la mesure de cette qualité des prises en charge.

Pour améliorer les pratiques, il faut notamment apporter un appui aux professionnels pour une **meilleure gestion des événements indésirables graves associés aux soins**, notamment dans les parcours complexes. Cela passe par :

- le suivi et l'analyse des événements indésirables graves au sein du réseau régional de vigilances et d'appui ;
- la promotion de l'accréditation¹⁶ des professionnels de santé et des équipes, notamment au sein d'une filière de groupement hospitalier de territoire (GHT) ou d'un territoire ;

¹⁵ La iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments.

¹⁶ L'accréditation est une démarche volontaire de gestion des risques qui a pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de réduire le nombre des événements indésirables associés aux soins et d'en limiter les conséquences au bénéfice de la

- La promotion et la structuration des échanges et démarches de gestion des risques inter-établissements.

L'un des enjeux majeurs de l'amélioration de la qualité est le **développement de la politique de prévention du risque infectieux**. Les actions à mettre en œuvre sur l'ensemble des secteurs de soins pour prévenir le risque infectieux sont :

- la promotion et le renforcement de l'application des règles d'hygiène individuelle et collective par l'ensemble des acteurs, professionnels de santé comme usagers et ce, dans tous les secteurs de soins (lavage des mains, port du masque, etc.) ;
- le renforcement de systèmes de surveillance et de gestion des infections associées aux soins (IAS), notamment pour les professionnels qui travaillent dans les structures médicosociales ou qui exercent en ville ;
- la structuration et le développement des dispositifs de maîtrise des risques infectieux émergents ou prioritaires (actes invasifs en chirurgie et bactéries multi-résistantes (BMR) ;

De même, il est nécessaire de **promouvoir le bon usage des antibiotiques** pour diminuer leur consommation dans tous les secteurs de soins et ainsi préserver leur efficacité. Les principales actions à mettre en œuvre sont :

- améliorer la surveillance des consommations et la qualité des prescriptions,
- sensibiliser les professionnels et les usagers à l'usage raisonné des antibiotiques ;
- promouvoir les outils d'aide au diagnostic rapide et aux bonnes pratiques de prescription des antibiotiques ;
- développer le conseil en antibiothérapie par des référents régionaux en particulier en ville ;
- promouvoir une information et une implication du patient.

Enfin, une plus grande qualité et sécurité des soins prescrits passe par la **promotion des bonnes pratiques dans la gestion des médicaments et dispositifs médicaux** en :

- renforçant l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et leur mise en application effective ;
- communiquant sur les risques prégnants.

Les **risques liés à la prise en charge médicamenteuse** sont particulièrement prégnants aux points de transition du parcours de santé, c'est pourquoi il convient de :

- développer la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse, notamment chez les personnes poly pathologiques ;
- rappeler les règles de bonne pratique en termes d'échanges d'information médicales entre professionnels et plus particulièrement l'emploi de la fiche de liaison et systématiser l'emploi de systèmes de communication sécurisés.

sécurité du patient. Le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales est mis en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS).

3.1.3 Améliorer la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la fin de vie

Reconnu comme un droit fondamental de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur, qu'elle soit chronique ou aiguë demeure un objectif fort de santé publique. S'agissant des personnes atteintes d'une maladie grave, les soins palliatifs ont pour objectif de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur et les autres symptômes, d'apaiser la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, de sauvegarder la dignité de la personne malade et de soutenir l'entourage. Le développement des prises en charge en proximité vise à réduire les inégalités d'accès aux soins.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La **prise en charge de la douleur chronique**, rebelle, intense et complexe est garantie en Nouvelle-Aquitaine par les « centres » douleur chronique qui sont au nombre de 4 au niveau des 3 centres hospitaliers universitaires (CHU) de Bordeaux, Limoges et Poitiers et de l'Institut Bergonié, et par près de 20 structures douleur chronique (SDC) qui réalisent des consultations pluri-professionnelles de proximité.

Les « centres » doivent réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois afin d'examiner les situations les plus complexes y compris celles des patients adressés par des SDC tierces. Par ailleurs, ils ont une activité de recherche (clinique, fondamentale, translationnelle), d'enseignement universitaire et de formation continue (DPC) ainsi que de communication vers le public et les associations de patients. Les SDC constituent un dispositif de recours vers lequel les patients douloureux doivent être obligatoirement orientés par un professionnel de santé. En outre, les établissements peuvent constituer des permanences avancées en lien avec une SDC et tout établissement qui a un médecin ayant la capacité douleur peut par ailleurs réaliser une consultation spécialisée. L'objectif est de disposer d'au minimum une consultation pour chaque zone de recours et une permanence avancée par zone de proximité.

La poursuite de l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, en situation de handicap et personnes en fin de vie), la formation renforcée des professionnels de santé, la meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ainsi que la structuration de la filière de soins demeurent une priorité. Une meilleure articulation ville-hôpital doit être recherchée, notamment du fait du développement des prises en charge en ambulatoire, afin d'éviter les situations où le traitement de la douleur n'est pas stabilisé.

La lisibilité régionale de l'offre en soins palliatifs est une condition de la bonne prise en charge de toute personne atteinte d'une maladie grave, évolutive et mortelle visant à préserver la meilleure qualité de vie possible. La cellule régionale d'animation des soins palliatifs (CAPALLIATIF) en est la garante (plateforme web régionale sur les soins palliatifs, mise à disposition des professionnels de santé et des

usagers d'un annuaire des ressources, actions de communication et d'information). Le déploiement de cette culture régionale passe également par le développement des liens avec les associations régionales de bénévoles, afin de favoriser leur implication.

La lisibilité de l'offre est concomitante avec **l'organisation d'une offre graduée en soins palliatifs** : le recours aux soins palliatifs repose sur une démarche d'évaluation des besoins et de mise en œuvre d'un projet personnalisé visant à faciliter la prise en charge et l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches. Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge dont le deuxième niveau est le transfert en lits identifiés en soins palliatifs (LISP) en hospitalisation sur le territoire. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) de proximité, peuvent apporter leur expertise pour cette prise en charge spécifique au sein des établissements de santé et médico sociaux ou au domicile du patient. Dans les cas de situations plus complexes, la prise en charge des patients peut être réalisée dans des unités de soins palliatifs autorisées au sein des établissements de santé (USP). La politique régionale vise à :

- renforcer l'action des EMSP par leur répartition sur tous les territoires pour que toutes les structures de soins et médico-sociales puissent avoir recours à une EMSP référente unique. L'EMSP apporte son expertise technique, éthique et contribue à la prise en charge de la douleur. Elle coopère avec un SSIAD ou un service d'HAD dans le périmètre d'intervention ;
- renforcer les lits identifiés en soins palliatifs (LISP), finaliser leur reconnaissance dans les territoires ayant un nombre de LISP inférieur à 10 LISP pour 100 000 habitants, augmenter les liens et la coordination entre HAD, LISP et EMSP dans un esprit de parcours de soins pour éviter les points de discontinuité et les passages par les urgences, évaluer l'activité développée en LISP et développer la formation des professionnels en charge de ces patients accueillis (grille nationale de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)) ;
- mettre en place une USP par zone territoriale en confortant les USP dans leur triple mission (clinique, formation, recherche) ;
- favoriser le recrutement d'assistants partagés en soins palliatifs prévus dans le 4ème plan de soins palliatifs pour aider au développement de la recherche ;
- développer le rôle d'expertise des USP afin de fédérer et de porter une dynamique territoriale en matière de soins palliatifs.

Favoriser l'accès aux soins palliatifs à domicile, y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux est un objectif essentiel, afin de permettre aux personnes de conserver leur qualité de vie. Cela implique de :

- développer l'offre de formation pour assurer une expertise palliative à domicile, en permettant aux professionnels de santé formés aux soins palliatifs de participer à la dynamique de formation, de proposer des formations en soins palliatifs aux professionnels de santé libéraux soignants en lien avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) - médecins et l'Ordre des médecins, et de former les associations de bénévoles à l'accompagnement au domicile du patient ;
- renforcer les EMSP en fonction des besoins identifiés sur les territoires, développer l'activité palliative en hospitalisation à domicile (HAD), les admissions directes en LISP ou USP depuis le domicile, sans passer par les urgences, et organiser des rencontres régulières entre les acteurs des soins palliatifs du domicile et les professionnels exerçant en USP et LISP, afin de favoriser les contacts territoriaux et le développement des parcours palliatifs. Enfin, une structure de répit en soins palliatifs pourra être expérimentée.

En outre, la qualité de la prise en charge en soins palliatifs repose sur la capacité à s'assurer de la désignation par chaque patient d'une personne de confiance. Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée "directives anticipées", afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. La rédaction de ces directives anticipées constitue à ce jour un droit insuffisamment approprié par les usagers. Les soignants doivent être mieux accompagnés, notamment grâce aux espaces éthiques, afin d'être en capacité d'assurer une information précise dont la qualité repose sur le choix du moment, la façon de l'aborder, le respect du rythme et de la perception de chacun.

3.1.4 Promouvoir la réflexion éthique dans les soins et les accompagnements

La réflexion éthique a pris une place à part entière dans le système de santé avec la création des espaces éthiques régionaux d'une part et, d'autre part, la mise en place d'une thématique dédiée à la démarche éthique dans le manuel de certification des établissements de santé. L'entrée de la réflexion éthique dans les conditions de certification des établissements est à cet égard une avancée majeure permettant de reconnaître que loin de constituer une dimension qualitative mais accessoire de la prise en charge, la réflexion éthique correspond tout au contraire à un impératif et une ressource à laquelle tous les professionnels de santé doivent pouvoir accéder et non seulement certains d'entre eux. Souvent mieux identifiée dans les situations difficiles voire extrêmes (annonce de diagnostic, prise en charge du grand âge, décision de traitement ou d'arrêt de traitement, notamment), la réflexion éthique, pour répondre aux besoins constatés dans les établissements par les professionnels ne doit ni être la chasse gardée de spécialistes ni être mobilisée uniquement dans les situations particulièrement délicates où les valeurs et les principes ne suffisent plus à donner un sens et une direction évidents et partagés.

Parallèlement, la volonté citoyenne de participer aux débats touchant aux questions d'éthique dans le soin est indéniable, au travers des questions de bioéthique qui confrontent le possible et le souhaitable, notamment mais pas seulement. La satisfaction de cette volonté de participer à la détermination des enjeux du soin et de la prise en charge est indissociable de la mise en œuvre effective de la démocratie en santé.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La réflexion éthique n'est donc pas un ultime recours mais bien le pilier d'une philosophie de prise en charge qui a vocation à irriguer les pratiques des professionnels de santé. En cela, **la réflexion éthique contribue directement à l'amélioration des pratiques et également à la qualité de vie au travail des professionnels** car elle permet de restaurer un sens que ceux-ci peuvent parfois ressentir comme perdu du fait d'un épuisement dans le faire laissant de moins en moins de place à la réflexion et à la prise de distance. Vue parfois de ce fait comme modalité d'accès à une forme de « ressourcement », la réflexion éthique est fondamentalement là pour penser l'adéquation, mais aussi les écarts, entre la finalité du

soin et du prendre soin et l'action absorbée dans le continuum que constitue le quotidien. L'éthique surgit ainsi lorsque les protocoles, nécessaires mais non suffisants à eux seuls, ne suffisent pas ou plus à guider l'action. La nécessité de la réflexion éthique surgit d'un constat simple : le partage des valeurs et des principes éthiques qui guident le soin et la relation d'aide, la volonté d'appliquer ces principes aux pratiques, ne suffisent à garantir ni que ces pratiques sont les plus adaptées à la situation et aux besoins de la personne ni l'accès au sentiment d'avoir « bien fait » ou suffisamment bien fait. C'est de cette insatisfaction qui prend sa source dans l'écart entre théorie et pratique que la réflexion éthique a vocation à traiter tant avec les professionnels qu'avec les citoyens-usagers du système de santé.

L'Espace Régional d'Éthique Nouvelle-Aquitaine (ERENA), en cours de constitution à partir des trois espaces régionaux d'éthique des trois ex-régions, sera le point d'appui privilégié de la politique de promotion de la réflexion éthique et de diffusion des ressources et des formations permettant d'assurer une large appropriation des questionnements éthiques.

Ainsi, sur la durée du projet régional de santé, différents types d'actions seront-ils encouragés :

- la diffusion d'une réflexion éthique dans tous les établissements de santé et médico-sociaux, à partir de leurs ressources propres, éventuellement structurées en « comités d'éthique » dans les établissements de taille suffisante pour les faire vivre et les pérenniser ; ce maillage « en réseau » peut bénéficier de l'appui méthodologique et fédérateur de l'ERENA, il passe notamment par l'organisation de réflexions collectives de type « café éthique » ou revue de cas en leur sein, à partir des problématiques rencontrées par les équipes ;
- la constitution de structures éthiques (comités d'éthique, groupes d'éthique) dans cette optique de maillage du territoire et des établissements suffisant pour garantir l'accès à des personnes ressources dans toutes les structures de santé et médico-sociales afin qu'elles puissent faire appel à ces ressources en tant que de besoin pour évoquer des situations présentes ou passées qui nécessitent un échange ouvert et l'apport d'un regard extérieur ;
- une large diffusion de toutes les ressources documentaires, numériques, informations relatives aux formations ou diplômes accessibles à partir des espaces éthiques et qui sont autant d'outils pour nourrir la réflexion des professionnels ;
- l'organisation de débats associant professionnels et usagers notamment autour des questions de bioéthique qui constituent des sujets de société, dans le cadre de la révision des lois de bioéthique, mais aussi de tous types de questions qui interrogent les prises en charge et notamment la conciliation entre promotion de l'autonomie et grand âge, handicap, bienfaisance, sécurité, etc.;
- toute initiative permettant de promouvoir une meilleure adaptation des pratiques aux besoins des usagers, des prises en charge innovantes en lien avec cette volonté d'adaptation ;
- l'accompagnement des soignants dans la réflexion sur la conception de leur rôle et missions propres dans un environnement notablement modifié (impacts des innovations, de l'incursion de l'intelligence artificielle dans les pratiques, etc.).

3.2 Améliorer la pertinence des soins, des accompagnements et des produits de santé

La pertinence des soins délivrés représente un enjeu majeur pour le système de santé.

Il s'agit à la fois de promouvoir un juste accès pour tous à des soins de qualité, conformes aux recommandations, éviter les traitements ou les actes inutiles porteurs de risques pour les patients, limiter la variabilité des pratiques et d'allouer les ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population et limiter les dépenses évitables.

La notion de pertinence des soins est large. Elle peut recouvrir la pertinence des actes, des prescriptions, des hospitalisations et des parcours. L'enjeu en région est de sélectionner les axes prioritaires et de définir les actions à mettre en œuvre pour réduire les variations de pratiques et la consommation de soins médicalement non justifiée.

Trois domaines d'actions prioritaires ont été retenus en Nouvelle Aquitaine :

- *la pertinence des actes chirurgicaux réalisés en établissement sur les thématiques pour lesquelles une forte variabilité des pratiques a été constatée dans la région,*
- *la pertinence des modes de prise en charge (hospitalisation versus chirurgie ambulatoire) et des séjours (rééducation en ville au lieu de séjours en soins de suite et réadaptation) correspondant aux thématiques nationales de mise sous accord préalable (MSAP),*
- *la pertinence des prescriptions, en particulier de transports et de médicaments.*

La prescription de transports représente, en effet, un enjeu extrêmement important dans la mesure où le recours à des transports non adaptés à l'état de santé du patient et coûteux est constaté (transports couchés au lieu de transports assis, prescriptions de transports pour des situations ne le nécessitant pas).

L'enjeu de la pertinence des prescriptions médicamenteuses est de promouvoir le bon usage et réduire les risques de iatrogénie (sur prescription, surdosage et sous-dosage des médicaments, emploi de dispositifs médicaux inappropriés, erreurs médicamenteuses, etc.) qui sont à l'origine d'accidents et de surcoûts évitables. Il est également celui de la bonne allocation des ressources aux besoins des patients, en particulier le fait de permettre l'accès aux traitements innovants et efficaces aux patients qui en ont besoin.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La déclinaison opérationnelle est réalisée au sein du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). Ce plan régional, arrêté en 2017 pour 4 ans, est révisable chaque année.

Pour les années à venir, il est nécessaire de **promouvoir auprès de l'ensemble des professionnels et des citoyens la démarche de pertinence et le juste soin**, et de mener notamment des actions régulières, ciblées, adaptées en fonction des champs, en :

- mettant en œuvre des groupes de pairs et des dialogues avec les professionnels de santé, afin de les inciter à modifier leurs pratiques, dès lors qu'il existe :

- une forte hétérogénéité des pratiques (indication de l'acte, prescriptions, mode de prise en charge) par comparaison entre territoires et/ou entre établissements comparables,
- un diagnostic régional et/ou un référentiel de bonnes pratiques permettant d'identifier le recours inapproprié aux soins et les leviers pour le limiter,
 - s'appuyant sur la contractualisation avec les établissements de santé pour formaliser des objectifs d'amélioration des pratiques ;
 - déployant la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé ;
 - diffusant une culture de la pertinence : informer sur la démarche pertinence en Nouvelle-Aquitaine, faire connaître l'état des pratiques en région, faciliter l'accessibilité aux recommandations de bonnes pratiques, intégrer cette démarche dans la formation initiale et continue.

3.3 Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge

Si la densité des médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine est supérieure à la densité nationale (165 pour 100 000 habitants contre 154), il existe des disparités territoriales importantes au sein de la région. Par ailleurs, s'agissant de la densité des spécialistes (tout exercice confondu), elle est en revanche inférieure à la densité nationale avec 156 contre 170 en France métropolitaine avec également de fortes disparités territoriales.

Pour le personnel non médical, le pourcentage de professionnels pour 100 000 habitants est au-dessus de celui de la France métropolitaine pour les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthoptistes, les psychomotriciens, alors qu'ils sont au-dessous de ceux de la France métropolitaine pour les orthophonistes, les psychomotriciens et les psychologues.

Toutefois, dans un certain nombre de territoires, on constate une démographie des professions de santé défavorable (peu nombreux et/ou en fin de carrière) que ce soit pour le personnel médical ou non médical, des disparités dans la répartition de ces professionnels et des secteurs en difficulté pour recruter des professionnels en établissement ou en libéral.

Par ailleurs, les formations de demain devront être adaptées aux évolutions technologiques et sociétales.

3.3.1 Maintenir les compétences et une démographie médicale adaptées aux besoins des territoires

La croissance démographique et le vieillissement de la population, la répartition inégalitaire des professionnels, le volume important de départs en retraite, notamment chez les médecins généralistes, pendant les cinq années du schéma régional de santé, l'évolution des attentes des jeunes professionnels vers un exercice moins cloisonné, le développement de la demande envers les métiers de la rééducation, le pivotement du système vers la prévention et le domicile générant un recours croissant aux métiers des soins et services à la personne, sont autant d'éléments qui nécessitent une évolution du dispositif régional de l'offre de formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur social.

Plus largement, il s'agit, au regard de ces enjeux, d'amener les structures à développer des politiques de gestion des ressources humaines avec une approche plus globale et plus dynamique des compétences à mobiliser au quotidien.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

Afin de répondre aux besoins de prises en charge globales et assurer une attractivité pour les professionnels, il est nécessaire d'**assurer le développement de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice**. Pour ce faire, il faut notamment renforcer les compétences des professionnels dans les domaines émergents comme l'animation en santé publique, la coordination de parcours/la gestion de cas, le management de coordination et en inter professionnalité, la coordination par les infirmiers en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la gestion de parcours pour les situations de handicap (référents handicap), le rétablissement et la réhabilitation psychosociale, les approches et thérapies non médicamenteuses, les technologies de l'information et de la communication, ainsi que dans des thématiques en forte évolution (génétique par exemple) tout en renforçant la formation humaniste des professionnels de santé.

En outre, l'attractivité des métiers passe par l'amplification de deux politiques de délégation restructurantes :

- le développement des pratiques avancées pour les auxiliaires médicaux dont plus particulièrement les infirmiers ;
- le développement des délégations de tâches, dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé, notamment via les cabinets Action de santé libérale en équipe (ASALEE).

Favoriser l'attractivité des territoires en manque de professionnels et la gestion de ces ressources rares passe également par la poursuite de la promotion de l'exercice coordonné, gage d'un confort d'exercice beaucoup plus important que dans un cadre d'exercice isolé et gage également d'un intérêt professionnel renouvelé et en cohérence avec les besoins des usagers. Cette attractivité nécessite également de :

- favoriser le développement d'activités conjointes libérales et salariées dans les établissements de santé en zone fragile ;
- proposer aux internes un post-internat pour tous les projets professionnels adaptés et en priorité sur les territoires en tension, ou un post diplôme d'études spécialisées (DES) dans le cadre de la réforme de l'internat ;
- développer une fonction expertise ressources humaines partagée au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT) : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, outil commun de gestion pour l'ensemble des établissements, gestion territoriale des remplacements, notamment ;
- d'accompagner les études promotionnelles dans les territoires en tension afin de fidéliser les personnels et de développer des actions de communication concernant les structures médico-sociales et certains métiers dont l'image n'est pas assez valorisée auprès des futurs professionnels.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, un « guichet unique » sera donc mis en place visant à favoriser l'installation des professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux, accompagner de façon plus complète et personnalisée en les renseignant sur l'ensemble des démarches, conditions et aides à l'installation inhérentes à leur projet.

Aussi, afin d'**adapter l'offre de formation initiale et continue à l'évolution des besoins et des compétences**, est-il également nécessaire de :

- s'assurer que les contenus pédagogiques des formations initiales et continues soient adaptés aux transformations attendues du système de santé (pivotement vers la prévention,

coordination des acteurs, recommandation de bonnes pratiques de prise en charge), associent des usagers-formateurs et privilégient les formations par simulation ;

- favoriser les formations interdisciplinaires et en inter professionnalité ;
- prendre en compte les impacts de l'automatisation et de la robotisation d'actes de soins quotidiens, mais aussi de diagnostic et de prescription structurant aujourd'hui la relation soignant/soigné, sur la conception du soin et des compétences soignantes propres et non substituables.

Outre l'amélioration de l'**efficacité des dispositifs de formation initiale** (coordination, regroupement d'instituts, mutualisation de moyens, etc.), il sera utile de :

- évaluer les besoins de création de nouveaux instituts et/ou d'augmentation des quotas des formations aux métiers de la rééducation, de l'appareillage et de l'assistance médicoteknique (psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes) ;
- renforcer le lien de partenariat entre les instituts de formation et les établissements médico-sociaux terrains de stage, et de sensibiliser les établissements à l'accueil de nouveaux stagiaires par la formation de maîtres de stage.

Cette politique d'**adaptation de l'offre de formation** nécessite enfin :

- le maintien des structures de formation formant aux métiers de l'aide et des soins à la personne sur les territoires à forte ruralité où les besoins liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques sont importants, développer la formation par l'apprentissage avec les partenaires régionaux, développer des passerelles entre les formations sanitaires et sociales (aide-soignant aide à domicile, etc.) ;
- la mise en place de la réforme du troisième cycle de l'internat afin de favoriser les passerelles entre les trois subdivisions pour maintenir sur les territoires les jeunes professionnels et apporter les ressources médicales nécessaires au fonctionnement des établissements de santé,
- un partenariat actif avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) ;
- l'accompagnement des candidats en grande précarité pour faciliter l'accès et la poursuite du cursus de formation, etc.

3.3.2 Promouvoir le prendre soin des professionnels du champ de la santé

L'évolution des attentes des usagers (être mieux informés, co-décider, etc.), l'exigence renforcée d'une qualité tracée, le contexte national de maîtrise de l'évolution des dépenses, conduisent à un changement des conditions d'exercice des professions de santé.

Des études nationales montrent une dégradation de la qualité de vie au travail des soignants que ce soit en mode d'exercice libéral ou salarié. La Nouvelle-Aquitaine n'échappe pas à cette évolution (cf. étude de l'ORS Limousin sur la souffrance des soignants), aussi est-il indispensable de mettre en œuvre des actions destinées à promouvoir le prendre soin des professionnels afin d'améliorer leur environnement, leurs conditions de travail au quotidien et leur reconnaissance.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La politique régionale doit s'attacher à :

- ▶ poursuivre les différentes initiatives d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé en partenariat avec l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et la Haute autorité de santé (HAS), notamment ;
- ▶ poursuivre les actions d'accompagnement des établissements de santé dans la mise en œuvre de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), ainsi que toute action permettant aux personnels des établissements de santé et médico-sociaux de mieux faire face aux risques physiques lors des manipulations de plus en plus nombreuses des personnes dépendantes et souffrant de pathologies lourdes (adaptation des locaux, équipements, formations aux manipulations et déplacements de patients, notamment).

Ce souci de renforcement des modalités de gestion de la pénibilité physique de l'exercice de certains professionnels favorisera également l'encouragement d'actions de recherche appliquée en la matière.

Cette politique vise donc à développer de manière systémique la **démarche qualité de vie au travail (QVT)** dans les établissements, afin d'agir sur le dialogue professionnel et de favoriser l'initiative, la capacité d'agir, l'innovation technique, sociale et organisationnelle, et de contribuer au développement d'une culture de prévention, notamment celle résultant des risques liés à l'activité physique, aux risques psychosociaux, enjeux majeurs de santé publique.

Cela implique :

- ▶ d'inscrire cette démarche dans les priorités stratégiques des établissements pour aboutir à l'élaboration dynamique d'un diagnostic et d'un plan d'actions, de mener des actions sur les organisations et les pratiques managériales : partage d'expériences, mutualisation des bonnes pratiques, mise à disposition d'outils, appui des établissements à la mise en œuvre de la démarche, formation des dirigeants, de l'encadrement intermédiaire, des gestionnaires à la qualité de vie au travail ;
- ▶ d'accompagner particulièrement les établissements en difficultés en fonction d'indicateurs repérés (par exemple, le taux d'absentéisme) pour agir sur les organisations de travail. Cela nécessitera le renforcement des services de santé au travail, de leur caractère pluridisciplinaire, le recours aux intervenants en prévention des risques professionnels pour des missions de diagnostic, de conseil et d'appui. La démarche devra permettre de repérer avec les partenaires du territoire les situations pouvant évoluer vers des conflits sociaux et d'éviter leur aggravation et leurs conséquences en termes de risques psychosociaux.

Enfin, quatre actions seront spécifiquement développées :

- ▶ L'ARS soutiendra particulièrement tous les dispositifs qui permettront d'améliorer le dépistage et la prise en charge pour le prendre soin du soignant, par du soutien aux équipes, de l'écoute, de la formation, de la mise en commun des expertises et des actions à développer qui ont fait leur preuve. Ainsi, en collaboration avec les Conseils de l'Ordre des professions médicales et soignantes et l'Association pour la Santé des Soignants en Nouvelle-Aquitaine (ASSNA), un dispositif d'accueil téléphonique gratuit dédié à la prévention de la souffrance psychique de tous les professionnels de santé va être mis en place, 7 jours sur 7, permettant une écoute assurée par des professionnels et une réactivité avec un adressage immédiat vers des personnes ressources formées,

- à la faveur de la création des groupements hospitaliers de territoire, les établissements membres seront fortement encouragés à constituer des services de santé au travail pluridisciplinaires étayés (accompagnement des infirmiers diplômés d'état (IDE) dans le cadre du diplôme universitaire (DU) de santé au travail), mutualisant les compétences rares (médecin du travail, psychologue du travail, ergonomes, préventeurs de risques, etc.), au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- un vivier de médiateurs régionaux sera mis en place dans le cadre de la stratégie nationale qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé afin de développer une politique de gestion des conflits active et d'amélioration de la communication interprofessionnelle, ces médiateurs auront vocation non seulement à intervenir dans les situations de conflits constitués mais également à développer au sein des établissements et des collectifs de travail une réelle culture de prévention des conflits ;
- un vaste chantier de synchronisation des temps médicaux et non médicaux sera mené dans les établissements de santé en partenariat avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui repose sur l'identification d'un lien très direct entre qualité de vie au travail, qualité du travail/efficacité et cohésion d'équipe.

3.4 Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation

La transformation du système de santé, vers plus de prises en charge à domicile, plus de prévention, de promotion d'environnements favorables à la santé et une prise en charge plus individualisée avec une participation accrue des usagers, est déjà en cours et amène à questionner le système de santé. Il existe aussi un enjeu de régulation du système qui fait face à une myriade de technologies, de dispositifs et d'organisations revendiquant leur caractère innovant, ainsi qu'un enjeu de qualité des prises en charge (le bon soin étant celui qui est, entre autres, basé sur les données de la science) et enfin, un enjeu d'efficacité globale du système.

Le système de santé doit s'adapter aux transformations technologiques (systèmes d'information numériques, intelligence artificielle, technologies et connaissances diagnostiques et thérapeutiques (dont les avancées de la génétique), etc.) et aux nouvelles approches intégrées de la santé des populations. L'utilisation des technologies numériques mais particulièrement l'intelligence artificielle (reposant sur des techniques déjà connues mais associées entre elles : les méthodes numériques, l'accumulation et le traitement de grandes quantités de données, l'exploitation de ces données via des algorithmes, la robotique et la notion d'apprentissage profond) supposent des bouleversements sociétaux considérables, entraînant des rapports changeants entre l'homme et les outils qu'il a créés. Ces différents aspects sont à ce jour plus ou moins évolués. Ils impactent déjà le secteur de la santé au sens large et l'impacteront encore plus dans les prochaines décennies au travers d'évolutions diagnostiques, thérapeutiques menant à une médecine de précision et plus personnalisée et de surveillance de la santé publique, etc. Ces technologies ne remplaceront toutefois pas l'humain et ses caractéristiques propres comme l'empathie et l'accompagnement des personnes qui devront être au cœur des prises en charge futures.

Il nous faut collectivement suivre ces phénomènes pour les comprendre et pour pouvoir adapter nos organisations. Ces évolutions doivent être utilisées et adaptées lorsque leur impact sur les hommes et sur le système de santé est démontré comme positif, directement utile et dès lors que leurs conséquences inattendues et leurs limites sont considérées (éthique, équité entre usagers du système de santé).

L'innovation est à considérer au sens large. Elle existe au travers de l'usage réel des « inventions ». Elle peut être technique, organisationnelle et/ou sociale et forme un continuum depuis la recherche fondamentale jusqu'à l'application concrète, par transformations successives ou en rupture avec ce qui existe déjà. Les ARS y ont un rôle de plus en plus important à jouer: « (elles) contribuent à la diffusion des innovations au niveau régional, en lien avec leurs partenaires régionaux et les acteurs locaux de l'innovation au plus près des patients » (Ministère de la santé et des affaires sociales). Elles n'ont pas de rôle spécifique en matière de recherche mais l'enjeu de la coordination avec les acteurs des politiques publiques contribuant à la santé globale justifie pleinement qu'elles investissent ce champ.

L'enjeu majeur de ce PRS est de faire porter les efforts de soutien à l'innovation, de recherche et d'évaluation sur l'accompagnement à la transformation du système de santé afin de répondre à la question « comment fabrique-t-on collectivement la santé de demain ? ».

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La promotion des innovations et de la recherche doit permettre d'assurer **la transformation du système de santé vers un fonctionnement plus efficace, équitable, inclusif et efficient**. Celle-ci implique de connaître les dispositifs, les organisations, les acteurs et les équipes de recherche existants, ainsi que les projets réalisés et de diffuser cette information. Pour cela, le repérage des interventions qui fonctionnent, particulièrement celles qui sont innovantes en termes technologiques, organisationnels, sociales ou mixtes, est nécessaire car l'innovation est souvent pénalisée par un défaut de connaissance des opérateurs de ce qui a pu être expérimenté par d'autres avec succès.

Elle suppose également de mettre en place une gouvernance de l'innovation autour de la santé en lien avec les acteurs de ces secteurs.

Aussi, s'agira-t-il de :

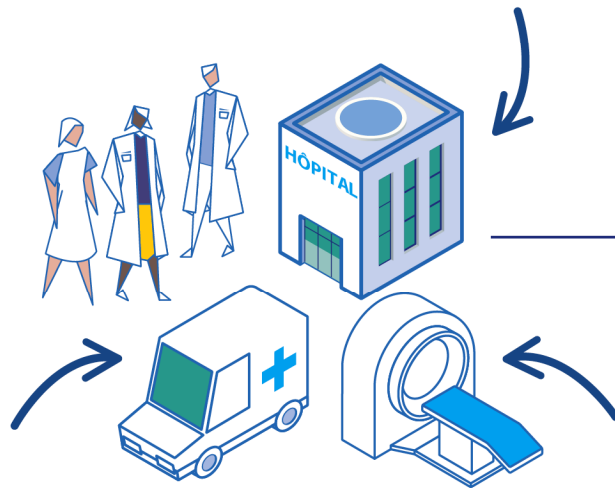
- construire en partenariat un agenda régional de la recherche et de l'innovation autour de la santé (en lien avec les universités, les organismes de recherche, les CHU, le conseil régional et les autres partenaires de politiques publiques). Seront abordés entre autres ces enjeux : prise en charge dans le lieu de vie tout au long d'un parcours de santé et de vie, collaborations entre professionnels et entre secteurs, thérapies et prises en charge innovantes, prises en charge individualisées et en fonction de besoins spécifiques, déterminants de la santé et du bien-être, promotion de la santé, participation des citoyens et des usagers du système de santé, etc.
- soutenir l'émergence de projets innovants des acteurs de la santé, solliciter les partenaires de la recherche notamment pour l'évaluation d'organisations et de dispositifs et renforcer le dispositif de transfert et de valorisation des résultats de la recherche pour l'aide à la décision.

Diffuser les innovations ayant fait leurs preuves et susciter leur appropriation, au bénéfice de l'ensemble des habitants de Nouvelle-Aquitaine, est donc nécessaire pour que l'innovation crée un cercle vertueux. L'ARS s'attachera donc tout particulièrement à :

- soutenir l'implantation d'innovations dont le service rendu est manifeste et évaluer leur capacité d'adaptation aux besoins de la région ;
- intégrer l'innovation en santé dans les dispositifs de contractualisation avec les opérateurs ;
- mieux connaître les enjeux de ce qui est en cours d'expérimentation ou de ce sur quoi le degré d'incertitude est encore important, pour envisager des leviers de prise en compte future ;
- veiller à l'accès équitable aux innovations, notamment thérapeutiques (en cancérologie par exemple).

La recherche et la prospective constituent en outre un vecteur qui doit contribuer à l'évaluation des politiques autour de la santé et à leur amélioration. **Développer l'évaluation des politiques de santé et la veille prospective, pendant la durée du projet régional de santé constituera donc une priorité** qui impliquera concrètement :

- le suivi des évolutions de l'état de santé, des milieux et des déterminants de la santé et l'évaluation des résultats de quelques programmes phares via un plan d'évaluation à moyen et long terme (notamment Plan santé+23, programmes de santé publique, accès aux soins) ;
- l'association de l'ensemble des partenaires de l'ARS, notamment au travers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé;
- la conduite collective et régulière d'une analyse prospective sur les évolutions à venir dans le système de santé régional et au-delà, afin d'adapter le PRS, en fonction des connaissances en vigueur.



LES OBJECTIFS QUANTIFIÉS DE L'OFFRE DE SOINS

Zones du schéma régional de santé



Principes généraux

L'article L.1434-3 du code de la santé publique indique que « le schéma régional de santé (...) fixe, pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L.1434-9 :

- a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ;
 - b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
 - c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- (...) définit l'offre d'examen de biologie médicale mentionnée à l'article L.6222-2, en fonction des besoins de la population ;

En conséquence, l'agence régionale de santé doit délimiter :

- les zones donnant lieu à la répartition des activités et des équipements précités. Ces zones peuvent être communes à plusieurs activités de soins et équipements matériels lourds.
- les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L.6212-6, L.6222-2, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4. »

Les zones des activités de soins et des équipements matériels lourds

L'article R.1434-30 du même code dispose que ces zones sont délimitées par le directeur général de l'agence régionale de santé pour chaque activité de soins définie à l'article R.6122-25 et équipement matériel lourd défini à l'article R.6122-26. Ces zones peuvent être communes à plusieurs activités de soins et équipements matériels lourds.

« La délimitation de ces zones prend en compte, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd (EML) :

- 1° les besoins de la population,
- 2° l'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques,
- 3° la démographie des professionnels de santé et leur répartition,
- 4° la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation,
- 5° Les coopérations entre acteurs de santé.

La délimitation des zones concourt à garantir pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd la gradation des soins organisée pour ces activités, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficacité de l'offre de soins. »

Les enjeux, au travers de l'opposabilité des implantations, sont de maintenir une réponse aux besoins de santé, accessible en temps, en qualité et financièrement, et d'organiser la gradation des soins.

Le découpage retenu doit permettre:

- l'identification d'un recours unique au niveau régional ou infrarégional (ex-régions) garantissant un niveau d'expertise désormais possible en raison de la taille et de la population de la Nouvelle Aquitaine ;
- une délimitation en niveaux suffisamment étendus permettant les recompositions de l'offre et l'organisation des complémentarités afin d'asseoir les compétences médicales indispensables au maintien des activités, à la qualité et à la sécurité des soins ;
- une délimitation en niveaux au plus proche des personnes afin de maintenir une réponse de proximité aux besoins en dehors et à partir des zones urbaines. Ces dernières, pivot de l'organisation des soins sur le territoire, doivent assurer à la fois le rôle de recours et soutenir les compétences en proximité.

Ainsi, le découpage proposé est le suivant :

- **1 zone de planification régionale**

Elle correspond à la région Nouvelle Aquitaine.

- **4 zones de planification infrarégionale**

Il s'agit de l'ex-Limousin, l'ex-Poitou-Charentes, Nord ex-Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et Sud ex-Aquitaine (40, 64).

- **13 zones de planification territoriale**

Ces zones correspondent aux départements à l'exception du département 64 divisé en deux territoires.

- **26 zones de planification infra-territoriale**

Chaque zone de planification territoriale est divisée en 1 zone de proximité et 1 zone de recours (agglomérations les plus peuplées et disposant d'une offre complète) soit 13 zones de proximité et 13 zones de recours.

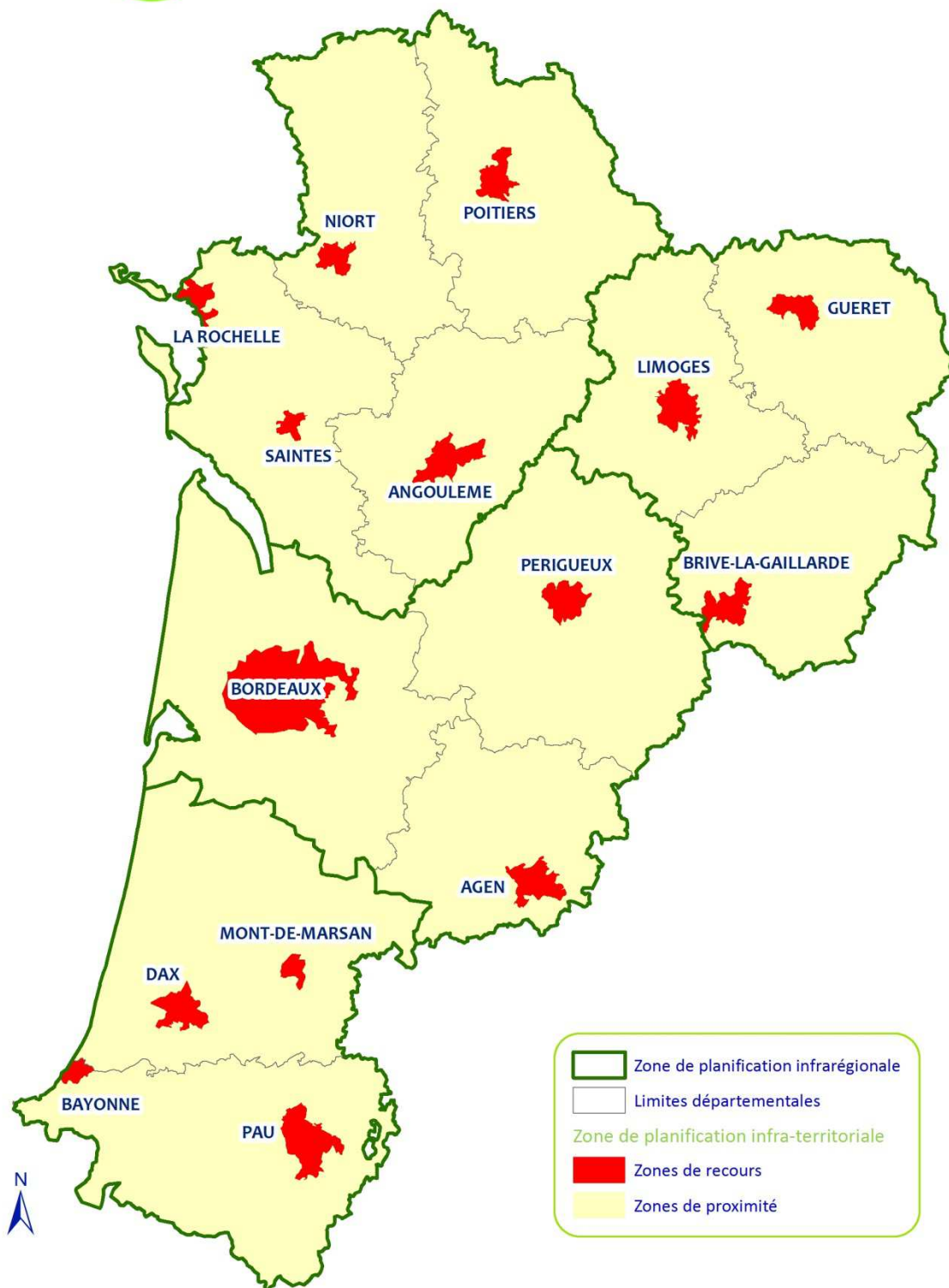
L'objectif générique de dissociation par territoire d'une zone de recours et d'une zone de proximité vise précisément à empêcher une massification des autorisations sur la zone urbaine qui présente déjà l'offre de soins la plus dense. Cette dissociation permet ainsi d'éviter le plus possible ce phénomène de concentration qui a tendance à se produire si le périmètre des besoins à satisfaire impérativement en proximité n'est pas plus finement décrit dans le schéma. La description de l'offre qui doit être déclinée hors de la zone la plus dense permet en effet d'assurer matériellement l'égalité d'accès aux soins en encadrant mieux la délivrance des autorisations futures.

La zone de recours est déterminée au regard des communes identifiées par l'INSEE comme «communes appartenant à un grand pôle»¹⁷.

Une même zone de recours, tout en restant unique, peut être constituée autour de deux agglomérations afin de garantir la complémentarité de l'offre lorsqu'elle s'avère substantielle. Il en va ainsi pour Mont-de-Marsan et Dax dans les Landes et pour La Rochelle et Saintes en Charente-Maritime. Lorsqu'une implantation est prévue, elle doit être définie pour les activités de soins et EML au niveau de zonage indiqué dans le tableau ci-après. Il est possible de prévoir plusieurs implantations sur une même zone ou aucune en fonction des besoins de la population sur le territoire considéré.

¹⁷ Commune appartenant à un grand pôle : commune d'une Unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois (définition INSEE) à l'exception de Bayonne pour laquelle l'agglomération Côte Basque-Adour a été retenue et de Pau pour laquelle l'agglomération a été retenue, Bretagne-de-Marsan est incluse dans la zone de recours de Mont-de-Marsan, Saint-Vaury et Sainte-Feyre sont incluses dans la zone de recours de Guéret et Rouillet-Saint-Estèphe est incluse dans la zone de recours d'Angoulême.

Les territoires d'implantation des activités soumises à autorisation



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE
 Fonds de carte : IGN©

Juillet 2018

Les zones de biologie médicale

L'article premier du décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 codifié à l'article R. 1434-31 dispose que :
Les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité mentionnées au b du 2° de l'article L. 1434-9 sont délimitées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elles peuvent être communes à plusieurs régions.

Cette délimitation prend en compte :

- ▶ l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques ;
- ▶ la communication des résultats des analyses dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins ;
- ▶ et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3.

L'organisation en multi sites des laboratoires de biologie médicale reprend l'implantation des laboratoires avant l'ordonnance de 2010. Ces implantations ont peu varié dans le temps. Ce maillage répond aux besoins de la population et, quelle que soit l'étendue du périmètre d'implantation retenue, les sites restent toujours dans les mêmes localités, même si l'entité juridique dont ils dépendent change de dénomination.

La zone retenue doit permettre à la fois un éloignement raisonnable entre les sites périphériques et le plateau technique, la sécurisation des liaisons inter sites et la possibilité de créer des plateaux techniques plus efficaces et performants.

Ainsi, les zones de biologie médicale proposées sont au nombre de 4, correspondant à l'ex-Limousin, à l'ex-Poitou-Charentes, Nord Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et Sud Aquitaine (départements 40 et 64).

ZONES DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	
Zones du SRS de biologie médicale	
<p>4 zones correspondant à l'ex-Limousin, à l'ex-Poitou-Charentes, Nord Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et Sud Aquitaine (départements 40 et 64)</p>	
Zones du SRS	Activités de soins et EML pouvant être autorisés
<p>1 zone régionale Nouvelle Aquitaine</p>	<p>Activités ex-SIOS (schéma interrégional d'organisation des soins) – hors SRS</p>
<p>4 zones infrarégionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) et activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN) , - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales,
<p>13 zones territoriales correspondant aux départements, A l'exception du département 64 divisé en 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, - Réanimation adulte et pédiatrique - Soins de longue durée (SLD), - Psychiatrie, - Hospitalisation à domicile (HAD)
<p>26 zones infra-territoriales : 1 zone de proximité et 1 zone de recours par zone de planification territoriale, soit 13 zones de proximité et 13 zones de recours.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine, - Médecine d'urgence, - Chirurgie, - Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale - Soins de suite et de réadaptation (SSR), - Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale, - Traitement du cancer, - Equipements matériels lourds (EML).

Objectifs quantifiés de l'offre de soins



Zones infra régionales



Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) et activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN)

Principes généraux de détermination des implantations

Concernant l'assistance médicale à la procréation, l'activité de prélèvement de spermatozoïdes s'intègre parfaitement dans le fonctionnement des centres clinico-biologiques d'AMP. Afin de faciliter l'accès des couples (dont la situation le justifie) à cette technique, il est prévu d'autoriser 2 sites supplémentaires, dans la mesure où ceux-ci justifieront des compétences requises.

Plus particulièrement pour le don de gamètes, il existe actuellement 1 implantation pour :

- le prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- la mise en œuvre de l'accueil des embryons ;
- le recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- la préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- la conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Les activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryons relèvent d'une organisation infrarégionale correspondant aux 4 zones de planification infrarégionale. Il convient de contribuer à leur développement afin de mieux prendre en compte les besoins, qui sont en augmentation et ne sont pas actuellement satisfaits. C'est pourquoi il est proposé jusqu'à 2 sites supplémentaires autorisés, ce qui est de nature à faciliter l'accès aux couples potentiellement donneurs.

En matière de diagnostic prénatal, 4 Centres Pluridisciplinaires sont autorisés par l'Agence de Biomédecine en Nouvelle Aquitaine. Pour ce qui est des examens biologiques, compte-tenu de la réglementation déjà applicable et dans l'attente de textes complémentaires concernant des examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel, il est proposé une organisation régionale, basée sur les 3 centres hospitaliers universitaires (CHU).

NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 -47)

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1		1
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1		1
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	1		1
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	3		3
Prélèvement de spermatozoïdes	3		3
Transfert des embryons en vue de leur implantation	3		3
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	7		7
Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation	3		3
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	3		3
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2		2
Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel		+1	1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1		1
Examens de génétique moléculaire	1		1
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don			
Mise en œuvre de l'accueil des embryons			
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don			
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don			
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2		2
Prélèvement de spermatozoïdes	1	0 à +1	1 à 2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	2		2
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4		4
Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation	2		2
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux		0 à +1	0 à 1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2		2
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	3		3
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel			
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique			
Examens de génétique moléculaire			
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses			

EX-LIMOUSIN

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0 à + 1	0 à 1
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0 à + 1	0 à 1
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1		1
Prélèvement de spermatozoïdes	1		1
Transfert des embryons en vue de leur implantation	1		1
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	3		3
Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation	1		1
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1		1
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1		1
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		+1	1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1		1
Examens de génétique moléculaire			
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

EX-POITOU-CHARENTES

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons		0 à + 1	0 à 1
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don		0 à + 1	0 à 1
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		0 à + 1	0 à 1
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2		2
Prélèvement de spermatozoïdes	1	0 à +1	1 à 2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	2		2
Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	5		5
Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation	3		3
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2		2
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2		2
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel		+1	1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2		2
Examens de génétique moléculaire	1		1
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

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

Principes généraux de détermination des implantations

Compte-tenu des spécificités et des exigences encadrant la réalisation des analyses de génétique et cytogénétique, il n'est pas prévu d'autoriser d'autres sites à effectuer ces examens.

NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 -47)

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-suppression-recomposition	Schéma – cible 2018-2023
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1		1
Analyses de génétique moléculaire	2		2

SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-suppression-recomposition	Schéma – cible 2018-2023
<i>Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire</i>			
<i>Analyses de génétique moléculaire</i>			

EX-LIMOUSIN

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-suppression-recomposition	Schéma – cible 2018-2023
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1		1
Analyses de génétique moléculaire	2		2

EX-POITOU-CHARENTES

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-suppression-recomposition	Schéma – cible 2018-2023
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2		2
Analyses de génétique moléculaire	2		2

Note de lecture des OQOS pour le territoire de la Gironde : les autorisations de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Robert Picqué ne sont pas comptabilisées dans les sites autorisés au 31 décembre 2017 en raison de son statut d'hôpital des armées, a contrario des autorisations portées le cas échéant par le groupement de coopération sanitaire (GCS) BAHIA (HIA-Bagatelle).

Zones territoriales

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

Principes généraux de détermination des implantations

La cardiologie interventionnelle est une activité hautement technique, dont l'implantation doit être régulée pour assurer les seuils réglementaires d'activité nécessaire au maintien de la qualité des soins. Le volume idéal d'activité pour ces centres interventionnels correspond en moyenne à un bassin de population entre 300 000 et 500 000 habitants par centre.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activités – modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activités – modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	2		2
Angioplastie	2		2

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle		0 à +1	0 à 1*
Angioplastie	1		1

*2 implantations maximum pour l'infra-région ex-Limousin (Corrèze ou Haute-Vienne)

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle			
Angioplastie			

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Centre de recours cardiopathie congénitale	1		1
Rythmologie interventionnelle	3		3
Angioplastie	5	-1 à 0	4 à 5

TERRITOIRE DES LANDES

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle		+1	1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	2	-1 à 0	1 à 2
Angioplastie	2	-1 à 0	1 à 2

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	1		1
Angioplastie	1		1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activités - modalités	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Rythmologie interventionnelle	2	- 1 à 0	1 à 2*
Angioplastie	1		1

*2 implantations maximum pour l'infra-région ex-Limousin (Corrèze ou Haute-Vienne)

Réanimation

Principes généraux de détermination des implantations

► Réanimation adultes

Chaque zone territoriale de l'offre est dotée d'au moins une unité de réanimation avec une unité de soins continus afin de garantir une utilisation effective et pérenne des structures de réanimation, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique adapté.

Les établissements exerçant les activités de réanimation qui ne disposent pas d'unité de surveillance continue isolée et de soins intensifs doivent passer des conventions avec les établissements qui en possèdent.

Le niveau territorial de proximité est constitué par les établissements dotés d'une unité de surveillance continue non détenteurs d'une autorisation de réanimation (donc non répertoriés infra). Ces établissements ont une convention avec les services de réanimation.

► Réanimation pédiatrique

Une unité de réanimation pédiatrique est implantée dans un établissement de santé disposant de compétences en pédiatrie, chirurgie pédiatrique, anesthésie pédiatrique, et radiologie pédiatrique (art. R. 6123-38-1 du Code de la santé publique). Cet établissement doit également disposer d'équipements permettant la réalisation vingt-quatre heures sur vingt-quatre d'explorations invasives et non invasives (article R. 6123-38-4 du Code de la santé publique).

La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents. Elle assure également la réanimation postopératoire de la chirurgie pédiatrique et néonatale (article R.6123-38-3 du Code de la santé publique).

La réanimation pédiatrique est présentée au niveau de la zone territoriale de recours à l'instar des activités de réanimation mais son ressort est bien des zones infrarégionales avec un maillage reposant sur les 3 Centres Hospitaliers Universitaires et sur le CH de Pau pour la zone Sud-Aquitaine. De plus, le CHU de Bordeaux dispose d'une unité de réanimation pédiatrique spécialisée.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	2		2

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	7	+1*	8
Réanimation pédiatrique	2		2

*HIA Robert Picqué

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions- Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	2		2

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1
Réanimation pédiatrique	1		1

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1
Réanimation pédiatrique	1		1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité - Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Création-Suppressions-Recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Réanimation avec SC	1		1
Réanimation pédiatrique	1		1

Soins de Longue Durée

Principes généraux de détermination des implantations

L'ARS Nouvelle-Aquitaine délivrera les différentes autorisations de l'activité de soins de longue durée (SLD) sur chaque zone de planification territoriale, soit 13 zones pour la région Nouvelle-Aquitaine. Deux nouvelles implantations sont prévues. Il s'agit du parachèvement de la programmation pluriannuelle, de façon conservatoire, dans l'attente de l'évaluation des SLD qui permettra la clarification de leur positionnement et des modalités de fonctionnement.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	6	0 à + 1	6 à 7

TERRITOIRE DE LA CHARENTE MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	4		4

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	6		6

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5		5

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5		5

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5		5

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5		5

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	4		4

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	2		2

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5	-1 à 0	4 à 5

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	6	-2*	4

* regroupement CHNDS à Faye l'Abbesse

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	5		5

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
HC	7		7

Psychiatrie

Principes généraux de détermination des implantations

Selon la réglementation applicable, il existe 7 types d'autorisations de psychiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile :

- Hospitalisation complète ;
- Hospitalisation de nuit ;
- Hospitalisation de jour ;
- Centre de crise ;
- Centre de post-cure ;
- Appartement thérapeutique ;
- Placement familial thérapeutique.

Les principes de déterminations des implantations sont les suivants :

► **Mise en œuvre du virage ambulatoire par le renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète et diversification de l'offre ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile :**

Si les centres médico-psychologiques constituent un point d'entrée dans le dispositif d'offre de soins spécialisée en santé mentale, le développement des hôpitaux de jour avec proposition de prises en charge intensives constitueront des alternatives à l'hospitalisation temps plein dans les territoires. Cette offre sera complémentaire aux interventions menées à partir des équipes mobiles qui interviendront en prévention des hospitalisations ou favorisant les sorties d'hospitalisation et la réduction des hospitalisations au long cours.

Par transformation de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale, une offre en places en appartement thérapeutique et en placement familial thérapeutique sera proposée dans les territoires non pourvus afin de préserver l'autonomie des patients et diversifier les réponses thérapeutiques proposées.

► **Identification de l'offre de postcure, en lien avec la structuration de l'offre de soins en réhabilitation psychosociale et le développement des interventions précoces :**

Afin de promouvoir le développement de la réhabilitation psychosociale, tant dans le cadre ambulatoire qu'en hospitalisation, dans chaque zone territoriale de l'offre, sera identifiée a minima une autorisation de centre de post-cure par transformation de l'offre existante (activité actuellement partiellement intégrée dans les activités d'hospitalisation complète, intersectorielle ou non). La spécialisation d'hôpitaux de jour et/ou de centres d'activités à temps partiel (CATTP) existants complètera cette offre territorialisée orientée vers le rétablissement.

► **Identification de l'offre de centre de crise en psychiatrie adultes et infanto-juvénile :**

L'identification et/ou la création de centres de crise adultes dans chaque zone territoriale de l'offre, en complémentarité avec l'identification d'unités d'hospitalisation de courte durée dans le cadre de l'hospitalisation complète et d'équipes mobiles intervenant au domicile en cas de situations aiguës, permettra de proposer une réponse mieux adaptée aux situations de crise et d'urgence, et de réduire les hospitalisations et leur durée. Dans le champ de la pédopsychiatrie, des centres de crise pourront être créés en fonction de la démographie médicale, ~~permettant de régulariser l'offre existante~~ et de structurer les parcours de soins.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	2		2
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	4		4
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique	1		1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	8		8
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	7		7
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	9		9
Centre de crise		+1 à +2	1 à 2
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique	2	0 à +1	2 à 3
Placement familial thérapeutique	2	+1	3
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	3		3
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	10		10
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	3		3

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	8		8
Hospitalisation de nuit	2		2
Hospitalisation de jour	5	+1	6
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique	1		1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète			
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	1		1
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	2		2
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	8		8
Centre de crise			
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique	1		1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète			
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	2		2
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	6		6
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	7		7
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	4		4
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique		+1	1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	19	- 6	13
Hospitalisation de nuit	9	0 à -1	9 à 8
Hospitalisation de jour	32		32
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+10	10
Appartement thérapeutique		+5	5
Placement familial thérapeutique	1	+1 à +2	2 à 3
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	4		4
Hospitalisation de nuit	1	0 à + 1	1 à 2
Hospitalisation de jour	20		20
Centre de crise	1		1
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1	+2	3

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	3		3
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	10		10
Centre de crise		+1 à +2	1 à 2
Centre de post-cure		+ 1 à +2	1 à 2
Appartement thérapeutique		+2	2
Placement familial thérapeutique		+2	2
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	2		2
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	5	+2	7
Centre de crise	1	0 à + 1	1 à 2
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique		+2	2

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	4		4
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique	1		1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	5		5
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	4		4
Hospitalisation de nuit	2		2
Hospitalisation de jour	6		6
Centre de crise	1		1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	3		3
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique		+1	1

TERRITOIRE DE BEARN-SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	3	-1	2
Hospitalisation de nuit	3		3
Hospitalisation de jour	8		8
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure	1		1
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit	2		2
Hospitalisation de jour	7		7
Centre de crise			
Centre de post-cure	1	0 à + 1	1 à 2
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	3		3
Hospitalisation de nuit	2		2
Hospitalisation de jour	8	+1	9
Centre de crise	1		1
Centre de post-cure		+1	1
Appartement thérapeutique	2		2
Placement familial thérapeutique	2		2
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit			
Hospitalisation de jour	3		3
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	2		2
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	6		6
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure	1	0 à +1	1 à 2
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique	2		2
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	5		5
Centre de crise			
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique	1		1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
PSYCHIATRIE GENERALE			
Hospitalisation complète	2		2
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	13		13
Centre de crise		+1	1
Centre de post-cure		+1 à 2	1 à 2
Appartement thérapeutique		+1	1
Placement familial thérapeutique		+1	1
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE			
Hospitalisation complète	1		1
Hospitalisation de nuit	1		1
Hospitalisation de jour	2	+1	3
Centre de crise		0 à +1	0 à 1
Centre de post-cure			
Appartement thérapeutique			
Placement familial thérapeutique		+1	1

Médecine sous la forme d'hospitalisation à domicile (HAD)

Principes généraux de détermination des implantations

L'ensemble du territoire de la Nouvelle-Aquitaine étant couvert par une structure d'HAD polyvalente, il n'est pas prévu de nouvelle implantation de médecine sous la forme d'HAD.

- ▶ Cependant, il est nécessaire d'augmenter l'activité des HAD existantes pour atteindre et dépasser, sur la durée du PRS, le seuil de 35 patients par jour pour 100 000 habitants dans tous les territoires.

- ▶ Pour ce faire, des reconfigurations (fusions ou regroupements) s'imposent afin de permettre à chaque HAD d'avoir un bassin de population suffisamment important pour se développer et assurer sa viabilité.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	1		1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	2		2

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	2	-1 à 0	1 à 2

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	1		1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	5	-1 à 0	4 à 5

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	4		4

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	2		2

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	1		1

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	2*	-1 à 0	1 à 2

*dont 1 structure autorisée exclusivement en obstétrique

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	3		3

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	3	-1 à 0	2 à 3

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	4	-2 à -1	2 à 3

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017	Créations-suppressions-recompositions	Schéma – cible 2018-2023
Médecine sous la forme HAD	2		2

Zones infra territoriales



Médecine

Principes généraux de détermination des implantations

- Mise en œuvre du virage ambulatoire : développement de l’hospitalisation de jour partout sur tous les sites autorisés en hospitalisation complète ;
- Analyse de la pertinence des établissements actuellement autorisations ayant des petites capacités au regard de leur situation géographique : maintien de l’offre de proximité garantissant un recours aux soins, notamment en matière de soins palliatifs et gériatriques, ou offre jugée non viable compte tenu de la couverture existante des besoins et des conditions de fonctionnement ;
- Renforcement de la filière d’addictologie :
 - mise en place d’unité de recours et de référence en addictologie de sevrage complexe par zone territoriale en hospitalisation complète ;
 - promotion de l’hospitalisation de jour en addictologie (cf. instruction du 24 novembre 2016).

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	6	+1		3	6
Médecine HDJ	2	4	+1	+2	3	6

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	7			2	7
Médecine HDJ	2	7			2	7

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	3			2	3
Médecine HDJ	1	3	0 à +1		1 à 2	3

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	3	2	-1 à +1		2 à 4	2
Médecine HDJ	3		-1 à +1	+2	2 à 4	2

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	9		-2 à 0	2	7 à 9
Médecine HDJ	1	2	0 à +1	+5 à +7	1 à 2	7 à 9

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	17	12	-3 à +1	-1 à 0	14 à 18	11 à 12
Médecine HDJ	19	7	-2 à +1	+5 à +6	17 à 20	12 à 13

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	3	2	0 à +1	0 à +1	3 à 4	2 à 3
Médecine HDJ	5	2	-2 à +1	0 à +1	3 à 6	2 à 3

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	3	4			3	4
Médecine HDJ	3	2		+2	3	4

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	5	6	0 à +1	-1 à 0	5 à 6	5 à 6
Médecine HDJ	4	2	0 à +1	+3 à +5	4 à 5	5 à 7

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	5	3	-1 à +1		4 à 6	3
Médecine HDJ	4	2	0 à +2	+1	4 à 6	3

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	5		-1	2	4
Médecine HDJ	2	3		+1	2	4

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	2	4	+1		3	4
Médecine HDJ	2	4	+1		3	4

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine HC	3	6	0 à +1	-1 à 0	3 à 4	5 à 6
Médecine HDJ	4	3	0 à +1	0 à +3	4 à 5	3 à 6

Médecine d'urgence

Afin d'optimiser la prise en charge des urgences et de répondre aux besoins de soins urgents dans l'ensemble du territoire, les principes permettant de déterminer les implantations sont les suivants :

- Un maillage des établissements de santé assurant l'activité de soins de médecine d'urgence (structure des urgences, SAMU, SMUR - y compris les antennes SMUR) contribuant à assurer un accès aux soins urgents à moins de 30 minutes, complété par le déploiement des médecins correspondants du SAMU (MCS) et la coordination régionale des 5 HéliSMUR ;
- Une prise en charge de qualité des urgences en garantissant le bon fonctionnement de ces établissements, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement règlementaires ;
- La transformation de l'activité de médecine d'urgence en centres de soins non programmés, pouvant être adossé à un SMUR, lorsqu'il n'est pas possible d'assurer le respect des conditions techniques de fonctionnement règlementaires du fait, d'une part, de la démographie médicale et, d'autre part, de la faible activité ;
- Un maillage des SMUR pédiatriques permettant d'améliorer les transports médicalisés d'enfants nécessitant une assistance spécialisée, avec présence du SMUR auprès du patient en moins de 2 heures et un transfert vers la réanimation attachée au SMUR, sauf si nécessité de transfert vers une autre réanimation (réanimation spécialisée ou manque de place).

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	4			1	4
structure des urgences	1	4		0 à -1	1	3 à 4

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	2	4			2	4
dont antenne SMUR saisonnaire		1				1
SMUR maritime	1				1	
structure des urgences	2	6			2	6

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15		1				1
SMUR terrestre	1	1			1	1
dont antenne SMUR non saisonnaire		1				1
structure des urgences	1	2			1	2

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1				1	
dont antenne SMUR non saisonnière		1*		-1 à 0		0 à 1
structure des urgences	1	1			1	1

* non mise en œuvre

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	2			1	2
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	2	2			2	2

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	6			1	6
dont antenne SMUR non saisonnaire		1				1
SMUR pédiatrique	1				1	
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	6	6	+ 1 à +2		7 à 8	6
dont antennes de structures d'urgences		2		-1*		1
Structure des urgences pédiatriques	1				1	

* mise en place d'un centre de soins non programmés

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	2				2	
dont antenne SMUR non saisonnaire		2				2
dont antenne SMUR saisonnaire		3		-2 à 0*		1 à 3
structure des urgences	2	1			2	1

* mise en place de centres de soins non programmés

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	2			1	2
dont antenne SMUR non saisonnnière		1				1
structure des urgences	2	2			2	2

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime	1				1	
SMUR terrestre	1				1	
SMUR pédiatrique Sud-Aquitaine			+1*		1	
HéliSMUR	1				1	
SMUR maritime	1				1	
structure des urgences	3	2			3	2

* coopération Pau/Bayonne avec un seul établissement porteur de l'autorisation

TERRITOIRE BEARN-SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	2			1	2
SMUR pédiatrique Sud-Aquitaine			+1*		1	
structure des urgences	2	2			2	2

* Coopération Pau/Bayonne avec un seul établissement porteur de l'autorisation

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	3		-2	1	1
dont antenne SMUR non saisonnnière				+2		2
dont antenne SMUR saisonnnière						
structure des urgences	2	3		-2*	2	1

* regroupement des urgences du CH Nord Deux-Sèvres à Faye-l'Abbesse et mise en place de centres de soins non programmés

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1	3		-1	1	2
dont antenne SMUR non saisonnière				+1		1
SMUR pédiatrique	1				1	
HéliSMUR	1				1	
Structure des urgences	2	3		-1*	2	2
Structure des urgences pédiatriques	1				1	

* mise en place d'un centre de soins non programmés

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SMUR terrestre	1				1	
SMUR pédiatrique			+ 1		1	
dont antenne SMUR non saisonnière		3*		-1 à 0		2 à 3
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	2	2			2	2
structure des urgences pédiatriques	1				1	

*dont 1 non mise en œuvre

Chirurgie

Principes généraux de détermination des implantations

- Mise en œuvre du virage ambulatoire : développement de l'hospitalisation ambulatoire sur tous les sites autorisés en hospitalisation complète
- La borne basse du nombre d'implantations tient compte :
 - des besoins et du niveau d'activité chirurgicale des sites actuels, la viabilité des autorisations passant par la constitution d'équipes de tailles critiques conformes aux critères d'attractivité médicale et aux attendus de qualité garantis notamment par l'atteinte de volumes d'actes effectués (seuils) actuels ;
 - du regroupement souhaitable de plateaux techniques publics et privés aujourd'hui en concurrence sur des bassins de population ne permettant pas à terme le maintien de deux autorisations distinctes dans de bonnes conditions compte tenu des tensions sur la démographie médicale et des obligations de permanence des soins à satisfaire.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	3	1	-1 à 0		2 à 3	1
Chirurgie ambulatoire	3	2	-1 à 0	-1	2 à 3	1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	5	5	-2 à 0	-2 à 0	3 à 5	3 à 5
Chirurgie ambulatoire	5	5	-2 à 0	-2 à 0	3 à 5	3 à 5

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	3	2	-1 à 0	-1 à 0	2 à 3	1 à 2
Chirurgie ambulatoire	3	2	-1 à 0	-1 à 0	2 à 3	1 à 2

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	2		-1 à 0		1 à 2	
Chirurgie ambulatoire	2	1	-1 à 0	-1	1 à 2	

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	3	2	-1 à 0	-1 à 0	2 à 3	1 à 2
Chirurgie ambulatoire	3	3	-1 à 0	-2 à 0	2 à 3	1 à 3

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	18	8	-5 à 0	-1 à 0	13 à 18	7 à 8
Chirurgie ambulatoire	19	8	-6 à 0	-1 à 0	13 à 19	7 à 8

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	4	1	-2 à 0	-1 à 0	2 à 4	0 à 1
Chirurgie ambulatoire	4	1	-2 à 0	-1 à 0	2 à 4	0 à 1

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	2	2			2	2
Chirurgie ambulatoire	2	2			2	2

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	4	2	-1 à 0	-1 à 0	3 à 4	1 à 2
Chirurgie ambulatoire	4	3	-1 à 0	-1	3 à 4	2

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	3	2	-1 à 0	-1 à 0	2 à 3	1 à 2
Chirurgie ambulatoire	3	2	-1 à 0		2 à 3	2

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	2	2		-1	2	1
Chirurgie ambulatoire	2	3		-2	2	1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	3	3	-1 à 0	-2 à 0	2 à 3	1 à 3
Chirurgie ambulatoire	3	3	-1 à 0	-2 à 0	2 à 3	1 à 3

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie HC	4	1	-1 à 0		3 à 4	1
Chirurgie ambulatoire	4	2	-1 à 0	-1 à 0	3 à 4	1 à 2

Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Principes généraux de détermination des implantations

Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site :

- soit une unité d'obstétrique (maternités de niveau 1 assurant au moins 300 accouchements ou moins « à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population » comme le prévoit l'article R6123-50 CSP du code de la santé publique) ;
- soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (maternités de niveau 2, sans soins intensifs de néonatalogie –niveau 2A- ou avec soins intensifs de néonatalogie –niveau 2B-) ;
- soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie (avec soins intensifs) et une unité de réanimation néonatale (maternités de niveau 3).

La structuration en niveaux pour chaque maternité dépend à la fois du nombre de naissances qu'elle réalise et du niveau de maillage existant sur chaque zone d'offre (proximité ou non d'une maternité de niveau de recours supérieur permettant les transferts).

Par zones d'offre, il est prévu *a minima* :

- 1 maternité de niveau 3 par zone infrarégionale ;
- 1 maternité de niveau 2B par zone territoriale pour 300 000 hab. (en l'absence de maternité de niveau 3 sur la zone) ;
- 1 maternité de niveau 2A par zone territoriale comportant moins de 300 000 hab.

De plus sont envisagés le développement de l'hospitalisation à temps partiel et de l'hospitalisation à domicile (HAD) (HAD obstétrique / néonatal / pédiatrique). Concernant la première, celle-ci est assez peu développée car liée à une offre très ciblée (hospitalisations de nuit dans le cas de grossesses à risques par exemple), cependant, son développement est favorisé à partir des autorisations existantes dès lors que le projet de prise en charge répond aux critères du virage ambulatoire. Concernant les modalités d'HAD inhérentes au champ de la périnatalité, celles-ci sont également possibles sans fixation de cible à partir des HAD polyvalents existants dès lors qu'ils sont en capacité de réunir les compétences nécessaires.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC	1				1	
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC	1	1			1	1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC			0 à +1		0 à 1	
Maternité niveau 2B	HC	2		-1 à 0		1 à 2	
Maternité niveau 2A	HC		1		-1 à 0		0 à 1
Maternité niveau 1	HC				0 à +1		0 à 1

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC	1	1		-1 à 0	1	0 à 1
Maternité niveau 1	HC		1		0 à +1		1 à 2

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC	1				1	
Maternité niveau 1	HC						

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC	1				1	
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC		2				2

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC	1				1	
Maternité niveau 2B	HC		1				1
Maternité niveau 2A	HC	1		0 à +1*		1 à 2	
Maternité niveau 1	HC	3	5	-1 à 0		2 à 3	5

* sous réserve de besoins nouveaux dans la période du présent SRS qui ne pourraient être pris en charge par l'offre existante

TERRITOIRE DES LANDES

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC	1				1	
Maternité niveau 2A	HC	1				1	
Maternité niveau 1	HC						

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC	1				1	
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC	1	2			1	2

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC	1				1	
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC	1	1			1	1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC	1				1	
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC	1				1	

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC						
Maternité niveau 2B	HC	1				1	
Maternité niveau 2A	HC		1				1
Maternité niveau 1	HC	1				1	

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC	1				1	
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC	1				1	
Maternité niveau 1	HC		1				1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité	Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3	HC	1				1	
Maternité niveau 2B	HC						
Maternité niveau 2A	HC						
Maternité niveau 1	HC	1	1			1	1

Soins de suite et de réadaptation

Principes généraux de détermination des implantations

- ▶ **Intensification du virage ambulatoire** par transformation de lits en places en particulier pour les :
 - SSR personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance ;
 - SSR affections de l'appareil locomoteur ;
 - SSR affections du système nerveux ;
 - SSR affections cardiovasculaires ;
 - SSR affections respiratoires.

- ▶ **Spécialisation de capacités de SSR polyvalent** en particulier en neurologique, locomoteur et cardiovasculaire, tout en conservant l'offre socle de SSR polyvalent et de SSR personnes âgées polyopathologiques impliqués dans la filière gériatrique de territoire avec un rôle de recours et d'expertise, disposant d'une unité cognitivo-comportementale implanté sur le département dont relève la zone.

Note de lecture des tableaux des OQOS SSR : du fait de cette spécialisation de l'offre existante, les nouvelles implantations spécialisées correspondent à des recompositions et non à des créations nettes.

- ▶ **Renforcement de l'offre en établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation pédiatriques.**

Bien que l'enjeu ne se situe pas tant au niveau des implantations que des capacités des établissements, un effort en faveur du rééquilibrage de l'offre des territoires dont les taux d'équipements sont importants vers les territoires sous dotés (calcul réalisé au sein de l'enveloppe fermée de Nouvelle-Aquitaine en tenant compte des projections démographiques) devra être mené sur la durée du schéma régional de santé (SRS).

TERRITOIRE DE CHARENTE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	1	7			1	7
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte	1	1		+ 6*	1	7
		Pédiatrie			+ 1		1	
Locomoteur	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte	1	1	+ 1		2	1
		Pédiatrie	1				1	
Neurologique	HC	Adulte	2		-1	+ 1	1	1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte	1		+ 1	+ 1	2	1
		Pédiatrie	1				1	
Cardio-vasculaire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte				+ 1		1
		Pédiatrie				+ 1		1
	HTP	Adulte				+ 1		1
		Pédiatrie				+ 1		1
Addictions	HC	Adulte				+ 1		1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	4			1	4
	HTP	Adulte			+ 1	+ 4	1	4
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

* sur ce territoire : une reconnaissance contractuelle basse vision

TERRITOIRE DE CHARENTE MARITIME

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	2	14	+ 1	-2	3	12
		Pédiatrie	1	2	-1			2
	HTP	Adulte	2	5	+ 2	+ 7	4	12
		Pédiatrie		1	0 à + 1	+ 1	0 à 1	2
Locomoteur	HC	Adulte	2	1			2	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2	1	+ 1		3	1
		Pédiatrie			+ 1		1	
Neurologique	HC	Adulte	3	1	-1		2	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	3			+ 1	3	1
		Pédiatrie			+ 1		1	
Cardio-vasculaire	HC	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte		1	+ 1	+ 1	1	2
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte						
		Pédiatrie				+ 1		1
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie				+ 1		1
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	2	6	+ 1	-1	3	5
	HTP	Adulte		1	+ 3	+ 4	3	5
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DE CORREZE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	2	5	0 à +1		2 à 3	5
		Pédiatrie	1	1			1	1
	HTP	Adulte	2	1		+ 4	2	5
		Pédiatrie	1	1			1	1
Locomoteur	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
	HTP	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
Neurologique	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
	HTP	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
Cardio-vasculaire	HC	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				+ 1		1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	2	2			2	2
	HTP	Adulte	2			+ 2	2	2
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DE CREUSE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	3	4			3	4
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte	2	1	+ 1	+ 3	3	4
		Pédiatrie				+ 1		1
Locomoteur	HC	Adulte		2				2
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte		1		+ 1		2
		Pédiatrie		1				1
Neurologique	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte		1				1
		Pédiatrie		1				1
Cardio-vasculaire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie			+1		1	
Addictions	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	2			1	2
	HTP	Adulte	1	1		+ 1	1	2
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à +1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DE DORDOGNE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	3	14			3	14
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2		+ 1	+ 14	3	14
		Pédiatrie						
Locomoteur	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1		+ 1	+ 1	2	1
		Pédiatrie			0 à +1		0 à 1	
Neurologique	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1		1	+ 1	2	1
		Pédiatrie			0 à +1		0 à 1	
Cardio-vasculaire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1	+ 1	1	1
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	2	4		+ 4	2	8
	HTP	Adulte			+ 2	+ 8	2	8
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DE GIRONDE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	18	11			18	11
		Pédiatrie	2		-1 à 0	+ 1	1 à 2	1
	HTP	Adulte	7	1	+ 11	+ 10	18	11
		Pédiatrie	2		-1 à 0	0 à + 1	1 à 2	0 à 1
Locomoteur	HC	Adulte	3	2	+ 1 à + 2		4 à 5	2
		Pédiatrie			0 à + 1**	0 à + 1**	0 à 1	0 à 1
	HTP	Adulte	3	1	+ 1 à + 2	0 à + 1	4 à 5	1 à 2
		Pédiatrie			0 à + 1**	0 à + 1**	0 à 1	0 à 1
Neurologique	HC	Adulte	4	2	+ 1		5	2
		Pédiatrie	1		0 à + 1**	0 à + 1**	1 à 2	0 à 1
	HTP	Adulte	4	1	+ 1	0 à + 1	5	1 à 2
		Pédiatrie	1		0 à + 1**	0 à + 1**	1 à 2	0 à 1
Cardio-vasculaire	HC	Adulte	1	2		-1 à 0	1	1 à 2
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	6*	1	-1 à 0	0 à + 1	5 à 6	1 à 2
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte		2	+ 1	-1 à 0	1	1 à 2
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	4	1	+ 1	0 à + 1	5	1 à 2
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte	3		0 à + 1		3 à 4	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2		+ 2		4	
		Pédiatrie			0 à + 1		0 à 1	
Addictions	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1			0 à + 1	1	0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	7	4	+ 1	+ 2 à + 3	8	6 à 7
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2	2	+ 6	+ 4 à + 5	8	6 à 7
		Pédiatrie						
Brûlé	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie			0 à + 1		0 à 1	
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie			0 à + 1		0 à 1	
Onco-hématologique	HC	Adulte	3	2	+ 1		4	2
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+4	0 à + 2	4	0 à 2
		Pédiatrie						

*dont 1 non installé

**offre de SSR pédiatrique locomoteur et neurologique à développer soit sur le territoire de recours, soit sur le territoire de proximité (fourchette non cumulative)

TERRITOIRE DES LANDES

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	3	8		-1 à 0	3	7 à 8
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte	2	1	+1	+6 à +7	3	7 à 8
		Pédiatrie				+ 1		1
Locomoteur	HC	Adulte	2	1			2	1
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte	2	1			2	1
		Pédiatrie				+ 1		1
Neurologique	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
Cardio-vasculaire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				+ 1		1
		Pédiatrie				+ 1		1
Digestif	HC	Adulte						
		Pédiatrie		1				1
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie				+ 1		1
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	2	2		0 à + 1	2	2 à 3
	HTP	Adulte			+2	+2 à +3	2	2 à 3
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	3	9		-1 à 0	3	8 à 9
		Pédiatrie		2				2
	HTP	Adulte		3*	+ 3	+ 5 à + 6	3	8 à 9
		Pédiatrie				+ 2		2
Locomoteur	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie						
Neurologique	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie						
Cardio-vasculaire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1*				1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie		2				2
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Addictions	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	5			1	5
	HTP	Adulte		1	+ 1	+ 4	1	5
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

* dont 1 non installé

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte		14		-2 à 0		12 à 14
		Pédiatrie		2				2
	HTP	Adulte		6		+6 à + 8*		12 à 14
		Pédiatrie		2				2
Locomoteur	HC	Adulte		2				2
		Pédiatrie		2				2
	HTP	Adulte		2				2
		Pédiatrie		2				2
Neurologique	HC	Adulte		4				4
		Pédiatrie		2				2
	HTP	Adulte		3		+ 1		4
		Pédiatrie		2				2
Cardio-vasculaire	HC	Adulte		2				2
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1	2			1	2
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte		5				5
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte		3		0 à + 2		3 à 5
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte		2				2
		Pédiatrie				+ 1		1
	HTP	Adulte				0 à+ 2		0 à 2
		Pédiatrie				0 à+ 1		0 à 1
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte		5		-1 à 0		4 à 5
	HTP	Adulte		2		+ 2 à +3		4 à 5
Brûlé	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à+ 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

* sur ce territoire : 1 reconnaissance contractuelle oncologique et 1 reconnaissance contractuelle blessés médullaire

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	5	6			5	6
		Pédiatrie	1	2			1	2
	HTP	Adulte	2	1	+ 3	+ 5	5	6
		Pédiatrie	1	1			1	1
Locomoteur	HC	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
	HTP	Adulte	1	1			1	1
		Pédiatrie	1	1			1	1
Neurologique	HC	Adulte	1	2			1	2
		Pédiatrie	1			0 à + 1	1	0 à 1
	HTP	Adulte	1	1		0 à + 1	1	1 à 2
		Pédiatrie	1			0 à + 1	1	0 à 1
Cardio-vasculaire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte	1*				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1*				1	
		Pédiatrie						
Addictions	HC	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	2	+ 1		2	2
	HTP	Adulte	1		+ 1	+ 2	2	2
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

* dont non installé

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	1	6		0 à + 1	1	6 à 7
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1	1		+5 à + 6	1	6 à 7
		Pédiatrie						
Locomoteur	HC	Adulte	1			+ 1	1	1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte	1		0 à +1	0 à + 1	1 à 2	0 à 1
		Pédiatrie	1				1	
Neurologique	HC	Adulte	2			+ 1	2	1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte	2			0 à + 1	2	0 à 1
		Pédiatrie	1				1	
cardio-vasculaire	HC	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie			+ 1		1	
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	3		0 à + 1	1	3 à 4
	HTP	Adulte	1			3 à + 4	1	3 à 4
Brûlé	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	2	6			2	6
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1*		+ 1	+ 6	2	6
		Pédiatrie						
Locomoteur	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	2				2	
		Pédiatrie			0 à + 1	+ 1	0 à 1	1
Neurologique	HC	Adulte	1			+ 1	1	1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1			+ 1	1	1
		Pédiatrie			0 à + 1	+ 1	0 à 1	1
cardio-vasculaire	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte		1	+ 1		1	1
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie						
Addictions	HC	Adulte		1				1
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte				0 à + 1		0 à 1
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	2	2			2	2
	HTP	Adulte		2	+ 2		2	2
Brûlé	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte			0 à + 1		0 à 1	
		Pédiatrie						
Onco-hématologique	HC	Adulte						
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte						
		Pédiatrie						

* sur ce territoire : 1 reconnaissance contractuelle basse vision et audition

1 reconnaissance contractuelle en dermatologie

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité	Modalité		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
			Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Indifférenciés	HC	Adulte	2	7		-2 à 0	2	5 à 7
		Pédiatrie	2				2	
	HTP	Adulte	3	3*		+ 2 à + 4	3	5 à 7**
		Pédiatrie	3				3	
Locomoteur	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie	2				2	
	HTP	Adulte	3				3	
		Pédiatrie	3				3	
Neurologique	HC	Adulte	2				2	
		Pédiatrie	2				2	
	HTP	Adulte	3				3	
		Pédiatrie	3				3	
cardio-vasculaire	HC	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Respiratoire	HC	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Digestif	HC	Adulte	1	2			1	2
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	3	1		0 à + 1	3	1 à 2
		Pédiatrie	1				1	
Addictions	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
	HTP	Adulte	1				1	
		Pédiatrie						
Personnes âgées	HC	Adulte	1	3			1	3
	HTP	Adulte	2	3*			2	3
Brûlé	HC	Adulte	1				1	
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte			+ 1		1	
		Pédiatrie			+ 1		1	

Onco-hématologique	HC	Adulte	1			0 à + 1	1	0 à 1
		Pédiatrie	1				1	
	HTP	Adulte			0 à + 1	0 à + 1	0 à 1	0 à 1
		Pédiatrie			0 à + 1		0 à 1	

* dont 1 non installé

** sur ce territoire : une reconnaissance contractuelle en affections oncologiques

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Principes généraux de détermination des implantations

- Garantir une offre mixte (centre lourd + unité de dialyse médicalisée (UDM) + unité d'autodialyse (UAD) + hémodialyse à domicile) dans chaque zone territoriale de recours ;
- Privilégier le développement d'une offre de proximité (UDM + UAD ou UAD seules) afin de limiter les transports longs et fatigants des patients, de désengorger les centres lourds et d'optimiser l'adaptation du niveau de prise en charge ;
- Déployer des unités saisonnières si l'augmentation du besoin estival le justifie et que des services d'urgence existent en proximité pour les UDM ;
- Privilégier l'implantation d'unités mixtes, UAD à proximité des établissements de santé existants, et sinon des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ;
- Favoriser le déploiement de la télémédecine afin d'optimiser la ressource médicale rare que sont les néphrologues. Le déploiement de la télémédecine dans les unités mixtes, UAD permettra également le développement des téléconsultations néphrologiques hors dialyse.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1			1	1
Unité d'autodialyse	1	1		+1	1	2
Hémodialyse à domicile	1		+1		2	
Dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAM						

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	2				2	
Unité de dialyse médicalisée	2	2		+1	2	3
Unité d'autodialyse	2	4		+1	2	5
Hémodialyse à domicile	1		+2		3	
Dialyse péritonéale à domicile	3				3	
Unités saisonnières UDM				+1		1
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1		+1	1	2
Unité d'autodialyse	1	1		+1	1	2
Hémodialyse à domicile			+2		2	
Dialyse péritonéale à domicile			+2		2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes			+1		1	
Unité de dialyse médicalisée	1				1	
Unité d'autodialyse			+1		1	
Hémodialyse à domicile			+2		2	
Dialyse péritonéale à domicile			+2		2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1		+1	1	2
Unité d'autodialyse	1	5		+1	1	6
Hémodialyse à domicile	1		+2		3	
Dialyse péritonéale à domicile	1		+2		3	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	5	1	-1 à 0		4 à 5	1
Centre d'hémodialyse enfants	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	4	2	+1	+4	5	6
Unité d'autodialyse	11	12	-1	+2 à +3	10	14 à 15
Hémodialyse à domicile	6	3	+1		7	3
Dialyse péritonéale à domicile	6	3	+1		7	3
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1	+1		2	1
Unité d'autodialyse	2	5			2	5
Hémodialyse à domicile		2	+2	-1	2	1
Dialyse péritonéale à domicile		2	+2	-1	2	1
Unités saisonnières UDM				+2		2
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée			+1	+2	1	2
Unité d'autodialyse	2	7	-1 à 0		1 à 2	7
Hémodialyse à domicile			+2		2	
Dialyse péritonéale à domicile			+2		2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2022	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	2		-1 à 0		1 à 2	
Unité de dialyse médicalisée			+1 à +2		1 à 2	
Unité d'autodialyse	3	3		+1	3	4
Hémodialyse à domicile	1		+2		3	
Dialyse péritonéale à domicile	1		+2		3	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD	1				1	

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1		+1	1	2
Unité d'autodialyse	1	2		+1	1	3
Hémodialyse à domicile	1				1	
Dialyse péritonéale à domicile	1				1	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1		+1	1	2
Unité d'autodialyse	1	1		+2	1	3
Hémodialyse à domicile	1		+1		2	
Dialyse péritonéale à domicile	1		+1		2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	1				1	
Centre d'hémodialyse enfants			+1		1	
Unité de dialyse médicalisée	1	1		+1	1	2
Unité d'autodialyse	1	1		+2	1	3
Hémodialyse à domicile	1		+1		2	
Dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Centre d'hémodialyse adultes	2				2	
Centre d'hémodialyse enfants			+1		1	
Unité de dialyse médicalisée	1		+1	+1	2	1
Unité d'autodialyse	1		+1	+2	2	2
Hémodialyse à domicile	1		+1		2	
Dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

Traitement du cancer

Principes généraux de détermination des implantations

Principes généraux

Tous les établissements de santé souhaitant pratiquer des activités de traitement du cancer, qu'ils soient publics ou privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux, sont concernés par les obligations réglementaires.

L'activité de soins de traitement du cancer consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiethérapie, ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

L'organisation de la cancérologie doit permettre une prise en charge pluridisciplinaire, garantir l'accessibilité et l'équité dans l'accès aux soins, la qualité et la sécurité, permettre une utilisation optimale des ressources par une mutualisation des moyens et une organisation transversale.

Le dispositif d'autorisation de traitement du cancer impose le respect de trois mesures sociales afin de garantir qualité, équité et sécurité des soins ainsi qu'un accès à l'innovation :

- des conditions transversales de qualité (mise en place du dispositif d'annonce et de la RCP, remise du PPS, suivi des référentiels de bonne pratique clinique, accès aux soins de support, aux traitements innovants et aux essais cliniques) ;
- des critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer pour les trois pratiques thérapeutiques (chirurgie, médicaments, radiothérapie) et des critères spécifiques en sus pour le traitement des enfants et des jeunes adultes ;
- un seuil d'activité minimale distinct pour chacune des trois pratiques thérapeutiques.

Chirurgie carcinologique

Principes généraux :

- La qualité de prise en charge dépend du respect des seuils réglementaires qui fixent des volumes d'actes seuils par type de chirurgie en-deçà desquels la pratique est jugée insuffisante pour être qualitative : l'activité minimale est fixée à 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, des cancers digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques et ORL. Il est donc prévu la suppression de toutes les autorisations n'ayant pas atteint ces seuils en moyenne sur 3 ans.
- Des fourchettes sont prévues pour le nombre d'implantations cible afin de favoriser la constitution d'équipes de taille critique conformes aux critères d'attractivité médicale et de qualité indiqués supra.
- Une fourchette basse est prévue pour chaque autorisation proche des seuils afin d'anticiper un éventuel retrait d'autorisation si et seulement si les besoins sont estimés pouvoir être satisfaits compte tenu du maillage existant par ailleurs. Il en est de même pour les projets de coopération aboutissant, du fait du rapprochement des équipes médicales en place et des plateaux techniques, à l'exploitation d'une unique autorisation mutualisée.
- Lorsque sur toute une zone territoriale (zone infra-territoriale de recours + zone infra-territoriale de proximité), on constate une absence d'offre garantie à tarifs opposables, une implantation supplémentaire, exprimée en fourchette haute, est prévue comme possible.

Principes par type de chirurgie :

- Chirurgie carcinologique digestive, urologique, gynécologique et mammaire

Au moins une autorisation par zone infra-territoriale de recours

- Chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire :

Compte tenu des tensions extrêmement fortes en termes de démographie médicale des gynécologues-obstétriciens, les autorisations relatives à ces deux types de chirurgie carcinologique sont liées à chaque fois que possible avec les autorisations délivrées en obstétrique afin d'éviter une mise en concurrence des établissements dans leurs recrutements médicaux qui soit au détriment des structures ayant à faire vivre une autorisation d'obstétrique sans autorisation de carcinologie en parallèle. L'implication des jeunes praticiens dans l'activité d'obstétrique dépendant fortement des possibilités d'accès à un plateau technique disposant des autorisations de chirurgie carcinologie gynécologique et mammaire (en tout cas, a minima de chirurgie mammaire), la constitution de pôles « femme-mère-enfant » est privilégiée. Lorsque les autorisations d'obstétrique et de chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire sont découplées, la délivrance de ces autorisations de chirurgie carcinologique ou leur renouvellement pourront être conditionnés à une participation à l'activité obstétricale du territoire concerné.

- Chirurgie carcinologique ORL/maxillo-faciale et thoracique

Une autorisation par zone infra-territoriale de recours autant que possible : si les compétences des équipes médicales en place le permettent.

Chimiothérapie

- Au moins une autorisation par zone infra-territoriale de recours

La pratique suffisante et régulière d'une équipe pour assurer une prise en charge de qualité a justifié la mise en place des seuils annuels d'activité définis pour la chimiothérapie. Ainsi le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire (hospitalisation de jour).

Pour favoriser des soins de proximité, afin de pouvoir assurer une qualité de vie aux patients et à leurs proches, ce dispositif d'autorisation est assorti d'une mesure de conventionnement avec d'autres établissements de santé. Ces établissements de santé dits « associés » pour le traitement du cancer peuvent participer au traitement des patients traités par chimiothérapie en partenariat avec les établissements autorisés sur les territoires où le maillage apparaît insuffisant, plus particulièrement sur les territoires de proximité. Dans le cadre d'une convention précisant les modalités organisationnelles de ce partenariat et dûment approuvée par l'ARS, ils peuvent administrer des traitements de chimiothérapie primo-prescrits par le titulaire de l'autorisation ou en réaliser le suivi. Ces conventions d'associations et les sites associés qui en sont issus ne sont pas répertoriés dans les OQOS car ils ne relèvent pas du droit des autorisations.

Radiothérapie

Il est défini la nécessité d'au moins un centre par zone infra-territoriale de recours.

Pour la radiothérapie externe : le seuil d'activité minimal est d'au moins 600 patients traités chaque année.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	1			2	1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2				2	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	2		-1		1	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2	1			2	1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2				2	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2	1			2	1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	4	4	-1	-1 à 0	3	3 à 4
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	3	1	-1 à 0	-1	2 à 3	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	4	1	-1	-1	3	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	3	3		-2 à -1	3	1 à 2
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1	1			1	1
Traitement du cancer pathologies urologiques	3	1			3	1
Traitement du cancer – radiothérapie	2				2	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées						
Traitement du cancer Chimiothérapie	2	1			2	1

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	3	2	-1	-2 à 0	2	0 à 2
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2	1	-1 à 0	-1 à 0	1 à 2	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	1		-1 à 0		0 à 1	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2	1	-1 à 0		1 à 2	1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	3	1	-1 à 0	-1	2 à 3	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiothérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées						
Traitement du cancer Chimiothérapie	1				1	

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2		-1 à 0		1 à 2	
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	1				1	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales						
Traitement du cancer – pathologies mammaires	1				1	
Traitement du cancer – pathologies thoraciques						
Traitement du cancer pathologies urologiques	1				1	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées						
Traitement du cancer Chimiothérapie	1		0 à +1		1 à 2	

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	2		-1	2	1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	1	1		-1 à 0	1	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	2				2	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	1	1	0 à +1	-1 à 0	1 à 2	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2	1	-1 à 0		1 à 2	1
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2			0 à +1	2	0 à 1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	8	5	0 à +1	-1 à 0	8 à 9	4 à 5
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	8	4	-1	-1 à 0	7	3 à 4
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	6	2	-1 à 0	-1 à 0	5 à 6	1 à 2
Traitement du cancer – pathologies mammaires	8	5	-1	-1 à 0	7	4 à 5
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	2				2	
Traitement du cancer pathologies urologiques	9	3		-1	9	2
Traitement du cancer – radiothérapie	4	1			4	1
Traitement du cancer – Curiethérapie	4				4	
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	4				4	
Traitement du cancer Chimiothérapie	6	2	0 à +1	0 à +1	6 à 7	2 à 3

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	3				3	
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	3		-1 à 0		2 à 3	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	1				1	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	3				3	
Traitement du cancer – pathologies thoraciques			0 à +1		0 à 1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	3		-1		2	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2				2	

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	2		-1 à 0	2	1 à 2
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	1	1	0 à +1	-1 à 0	1 à 2	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	1		0 à +1		1 à 2	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2	2		-1	2	1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	1		0 à +1		1 à 2	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2	1			2	1

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	3	1	-1 à 0	-1 à 0	2 à 3	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2				2	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	1				1	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	3		-1		2	
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	2				2	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2				2	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées			0 à +1		0 à 1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	3	1			3	1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions- recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	3	2	-1 à 0	-2 à -1	2 à 3	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2				2	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo- faciales	3		-1 à 0		2 à 3	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2				2	
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	2		-1		1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2		-1 à 0		1 à 2	
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2				2	

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	2		-1	2	1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2	1	-1 à 0	-1 à 0	1 à 2	0 à 1
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	2		-1		1	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2	1			2	1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2	1			2	1
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie						
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées						
Traitement du cancer Chimiothérapie	1	1			1	1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	2		-1 à 0	2	1 à 2
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	3		-1		2	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	2				2	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2	1			2	1
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	1				1	
Traitement du cancer pathologies urologiques	2	2		-1	2	1
Traitement du cancer – radiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – Curiethérapie	1				1	
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	1	1			1	1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Traitement du cancer par chirurgie						
Traitement du cancer – pathologies digestives	2	1			2	1
Traitement du cancer – pathologies gynécologiques	2				2	
Traitement du cancer – pathologies ORL maxillo-faciales	2				2	
Traitement du cancer – pathologies mammaires	2				2	
Traitement du cancer – pathologies thoraciques	2				2	
Traitement du cancer pathologies urologiques	3				3	
Traitement du cancer – radiothérapie	2				2	
Traitement du cancer – Curiothérapie	1				1	
Traitement du cancer – radio éléments en sources non scellées	1				1	
Traitement du cancer Chimiothérapie	2				2	

Equipements matériels lourds

Principes généraux de détermination des implantations

- Garantir les missions de santé publique relatives à l'imagerie médicale en prenant en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation :
 - la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ;
 - la participation à l'activité d'urgence hors PDSSES ;
 - la prise en charge des patients hospitalisés ;
 - l'activité de dépistage du cancer (notamment de dépistage organisé du cancer du sein) ;
 - la prise en compte des exigences universitaires pour accueillir des internes ;
 - la participation au maillage territorial de l'accès à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie ;
 - l'accessibilité des équipements aux personnes obèses et plus globalement aux personnes en situation d'handicap ;
 - la conclusion d'une convention avec les établissements dotés d'une unité neurovasculaire (UNV) et les SAMU pour prévoir les conditions d'accès en urgence pour les patients neuro-vasculaires.

- Objectif d'1 TEP IRM lié à la recherche dans chaque centre universitaire (modalité de type d'autorisation à délivrer en cours d'expertise (TEP SCAN ou IRM ou les 2)

- 1 IRM 3 Tesla minimum dans chaque zone infrarégionale de recours (à l'exception des zones de recours comportant moins de 2 implantations d'IRM tout type confondu), dont l'autorisation doit être portée par un maximum d'acteurs de l'imagerie médicale du territoire, afin de garantir l'accès à cette technologie pour toutes les équipes d'imagerie et leurs patients. Un projet médical doit permettre de s'assurer que les différents porteurs de l'autorisation partagent les plages disponibles en fonction de leur recrutement et en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques

- Pour les IRM ostéo-articulaires, sera prise en considération la situation par site, avec comme principes :
 - sur un même site, 1 IRM ostéo-articulaire est toujours couplée à une IRM polyvalente (hors IRM 3 Tesla) ;
 - sur la même commune ou communauté de communes, au moins deux IRM polyvalentes (hors IRM 3 Tesla) doivent être implantées pour une IRM ostéo-articulaire.

- Concernant les autorisations d'IRM mobiles, il pourrait être envisagé que celles-ci soient fixes en fonction de l'impact médico-économique des montages présentés par les acteurs.

- Il sera nécessaire de pérenniser une étude médico-économique légitimité évaluation médico-économique.

- Concernant les implantations de scanners : une implantation est prévue dans chaque établissement disposant d'un service d'urgences en veillant à éviter la mise en compétition de l'activité d'urgence et de l'activité programmée. Pour ce faire, des implantations de scanners dédiés aux services des urgences ont été prévues pour les services présentant de très forts volumes de passages (les scanners des services des urgences doivent être équipés d'un module permettant de diagnostiquer les AVC dans l'hypothèse où il existe une contre-indication à l'IRM). Par ailleurs, il est prévu la

possibilité d'installer des scanners, liés à une activité de neurochirurgie, dans des salles hybrides. Enfin, des scanners, dédiés aux activités interventionnelles, installés dans des blocs opératoires pourront être autorisés en Nouvelle-Aquitaine. L'implantation de ces derniers n'est cependant pas définie à ce jour.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		3	4			3	4
IRM	3 tesla	1				1	
	polyvalent de 1,5 tesla	3	1		+1	3	2
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		2		0 à +1*		2 à 3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		7	6	+1		8	6
IRM	3 tesla	1		+1		2 *	
	polyvalent de 1,5 tesla	4	2		+2 à +3	4 *	4 à 5 *
	ostéoarticulaire	1	2	-1 à 0	-2	0 à 1 *	
Caméra à scintillation	Caméra à scintillation hybride	2		+2		4	
	caméra à scintillation dédiée cardiologie			0 à +2		0 à 2	
Tomographe	TEP SCAN	1		+1		2	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* le total d'IRM en Charente-Maritime ne pourra dépasser le nombre de 11 implantations

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		2	2	+1		3	2
IRM	3 tesla			+1		1	
	polyvalent de 1,5 tesla	2	1		+1**	2	2**
	ostéoarticulaire						
Caméra à scintillation		3				3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

** 1 IRM mobile entre la Corrèze et la Creuse

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		1	1			1	1
IRM	3 tesla						
	polyvalent de 1,5 tesla	1			**	1	**
	ostéoarticulaire						
Caméra à scintillation							
Tomographe	TEP SCAN						
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

** 1 IRM mobile entre la Creuse et la Corrèze

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		4	3			4	3
IRM	3 tesla	1				1	
	polyvalent de 1,5 tesla	1	3	+1		2	3
	ostéoarticulaire	2		-1		1	
Caméra à scintillation		2		0 à +1*		2 à 3	
Tomographe	TEP SCAN			+1		1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner	scanner	19	9	+4	0 à +2	23	9 à 11
	scanner dédié salle hybride			0 à +1		0 à 1	
IRM	3 tesla	2		+1		3	
	polyvalent de 1,5 tesla	17	6	+4	+2 à +3	21	8 à 9
	ostéoarticulaire	4	1			4	1
	pédiatrique			1		1	
Caméra à scintillation	caméra à scintillation hybride	13			+2	13	2 à 3
	caméra à scintillation dédiée cardiologie				0 à +1		
Tomographe	TEP SCAN	4			+1	4	1
	TEP IRM			+1		1	
Caisson hyperbare		1				1	
Cyclotron							

TERRITOIRE DES LANDES

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		4	2	+2		6	2
IRM	3 tesla			+1		1	
	polyvalent de 1,5 tesla	4			+1	4	1
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		2		0 à +1*		2 à 3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		3	2	+1		4	2
IRM	3 tesla			+1		1	
	polyvalent de 1,5 tesla	2	2			2	2
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		4		+1		5	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

TERRITOIRE NAVARRE-COTE BASQUE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner	scanner	4	2			4	2
	scanner dédié salle hybride			0 à +1		0 à 1	
IRM	3 tesla			+1		1	
	polyvalent de 1,5 tesla	5		-2	+2	3	2
	ostéoarticulaire						
Caméra à scintillation		3		0 à +1*		3 à 4	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner	scanner	5	2			5	2
	scanner dédié salle hybride			0 à +1		0 à 1	
IRM	3 tesla	1				1	
	polyvalent de 1,5 tesla	3			+1	3	1
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		2		0 à +1*		2 à 3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner		4	2		0 à +1	4	2 à 3
IRM	3 tesla	1				1	
	polyvalent de 1,5 tesla	3	1			3	1
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		2		0 à +1 *		2 à 3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner	scanner	6	3			6	3
	scanner dédié salle hybride			0 à +1		0 à 1	
IRM	7 tesla			+1		1	
	3 tesla	2				2	
	polyvalent de 1,5 tesla	4	2°			4	2
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		5		0 à +1*		5 à 6	
Tomographe	TEP SCAN	2				2	
	TEP IRM			+1		1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

* dédiée cardiologie

° dont 1 IRM mobile entre les Deux-Sèvres et la Vienne qui n'est pas comptabilisé dans les OQOS des Deux-Sèvres.

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Equipements matériels lourds		Nombre de sites autorisés au 31 décembre 2017		Créations-suppressions-recompositions		Schéma – cible 2018-2023	
		Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Scanner	scanner	6	2			6	2
	scanner dédié salle hybride			0 à +1		0 à 1	
IRM	3 tesla	1				1	
	polyvalent de 1,5 tesla	4	1***			4	1***
	ostéoarticulaire	1				1	
Caméra à scintillation		3				3	
Tomographe	TEP SCAN	1				1	
	TEP IRM			+1		1	
Caisson hyperbare							
Cyclotron							

*** 1 IRM mobile entre 2 sites d'implantation en Haute-Vienne



LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Permanence des soins en établissements de santé

Définition et principes généraux

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne également les patients accueillis en urgence dans les maternités ou hospitalisés en réanimation, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Le schéma régional de la PDES repose sur la gradation des soins suivante :

- ▶ Niveau de recours territorial :
Anesthésie adulte, chirurgie traumatologique, chirurgie viscérale, médecine interne, polyvalente, ou gériatrique, cardiologie (avec possibilité d'accueillir les patients dans une unité de surveillance continue ou de soins intensifs de cardiologie), cardiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire, urologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, pneumologie, gastro-entérologie (endoscopie), gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie dédiée maternité, neurologie (unités neuro-vasculaires), néphrologie, réanimation adulte ;
- ▶ Niveau de recours infrarégional :
Chirurgie thoracique, chirurgie de la main, chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique, hématologie, radiologie interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, chirurgie pédiatrique traumatologique, chirurgie pédiatrique viscérale, anesthésie pédiatrique, réanimation néonatale et/ou pédiatrique, neurologie (thrombectomie et gardes mutualisées entre plusieurs UNV), neurochirurgie/rachis.
- ▶ Niveau de recours régional :
Rythmologie, endocrinologie, dermatologie, maladies infectieuses (recours zonal), chirurgie rétinienne, cardiologie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, hématologie pédiatrique, gastro-entérologie pédiatrique, néphrologie pédiatrique, neurochirurgie pédiatrique, chirurgie cardiaque, caisson hyperbare, chirurgie des brûlés, pharmacie du centre antipoison.

La PDES en radiologie/imagerie médicale pourra donner lieu, le cas échéant, à financement, dès lors qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une organisation a minima territoriale.

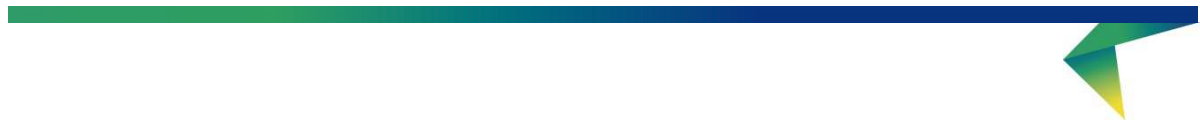
Pour les maternités de niveau 1, l'astreinte de gynécologie-obstétrique pourra être doublée par une astreinte de chirurgie viscérale et digestive (lorsqu'elle n'existe pas déjà) quand les gynécologues-obstétriciens n'ont pas la qualification chirurgicale délivrée par le conseil de l'ordre des médecins. Dans ce cas, la demande d'astreinte de chirurgie viscérale doit être accompagnée d'un engagement écrit de chaque chirurgien viscéral y participant à respecter l'article 70 du code de déontologie médicale qui précise que tout médecin ne doit pas entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des

prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Les tableaux ci-après recensent, par zones, les lignes d'astreinte et de garde retenues dans le cadre du schéma régional cible de la PDESS, en reprenant la gradation des soins définie précédemment. Pour certaines lignes, le financement alloué aux établissements par l'ARS est déterminé en fonction du niveau de mobilisation de ces lignes en nuit profonde, au regard notamment du nombre d'hospitalisations constatées suite à un passage aux urgences.



Zones infra territoriales



Spécialités		CHARENTE RECOURS		CHARENTE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDSSES de recours territorial	Anesthésie adulte	2	1	1	
	Chirurgie traumatologique	1		1	
	Chirurgie viscérale	1		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		4		
PDSSES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		17	5	10	0

Spécialités		CHARENTE-MARITIME RECOURS		CHARENTE-MARITIME PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	3	1
	Chirurgie traumatologique	2		4	
	Chirurgie viscérale	2		4	
	Chirurgie vasculaire	1		1	
	Urologie	2			
	ORL	2			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	2			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		4		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		2	1	
	Pédiatrie		2	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	2			
	Cardiologie USIC		2		
	Neurologie UNV	2			
	Néphrologie	2			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		24	10	19	1

Spécialités		CORREZE RECOURS		CORREZE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte		1	2	
	Chirurgie traumatologique	1		2	
	Chirurgie viscérale	1		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		1	2	
	Pédiatrie	1		2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		13	4	13	0

Spécialités		CREUSE RECOURS		CREUSE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte		1		
	Chirurgie traumatologique	1			
	Chirurgie viscérale	1			
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)				
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		1		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1			
	Pédiatrie	1			
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle				
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		12	3	1	0

Spécialités		DORDOGNE RECOURS		DORDOGNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	1	1
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		1	2	
	Pédiatrie		1	2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		16	5	11	1

Spécialités		GIRONDE RECOURS		GIRONDE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	10	2	4	2
	Chirurgie traumatologique	5	1	7	
	Chirurgie viscérale	5	1	7	
	Chirurgie vasculaire	3		1	
	Urologie	3		1	
	ORL	3		1	
	Ophthalmologie	1		1	
	Cardiologie (si USC ou USIC)	3		6	
	Pneumologie	2		1	
	Gastro-entérologie (endoscopie)	2,5		1,5	
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	8		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2	5	5	1
	Pédiatrie	3	4	5	1
	Anesthésie dédiée maternité	1	4		
	Cardiologie Interventionnelle	3		1	
	Cardiologie USIC		5		1
	Neurologie UNV			2	
	Néphrologie	1		1	
	Réanimation adulte		15		1
TOTAL		47,5	38	52,5	6

Spécialités		LANDES RECOURS		LANDES PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte		2	1	
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		1		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2			
	Pédiatrie	1	1		
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	2			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		21	6	5	0

Spécialités		LOT-ET-GARONNE RECOURS		LOT-ET-GARONNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	2	
	Chirurgie traumatologique	2		2	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		2	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2		2	
	Pédiatrie	1	1	2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		19	4	14	0

Spécialités		NAVARRE COTE BASQUE RECOURS		NAVARRE COTE BASQUE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	4		2	
	Chirurgie traumatologique	4		2	
	Chirurgie viscérale	4		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		25	5	10	0

Spécialités		BEARN RECOURS		BEARN PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	3	1	2	
	Chirurgie traumatologique	2		2	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		2		
	Pédiatrie	1	1		
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		2		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		18	8	8	0

Spécialités		DEUX-SEVRES RECOURS		DEUX-SEVRES PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	1	
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		1		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		18	5	6	0

Spécialités		VIENNE RECOURS		VIENNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	4	1	1	1
	Chirurgie traumatologique	1	1	2	
	Chirurgie viscérale	1	1	2	
	Chirurgie vasculaire	3			
	Urologie	1		1	
	ORL	1		1	
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ouUSIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1		1	
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	3		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	2			
	CardiologieUSIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		4		
TOTAL		20	12	14	1

Spécialités		HAUTE-VIENNE RECOURS		HAUTE-VIENNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDESES de recours territorial	Anesthésie adulte	3	1	1	
	Chirurgie traumatologique	1	1	1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	2		
PDESES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		19	9	7	0

Zones infrarégionales



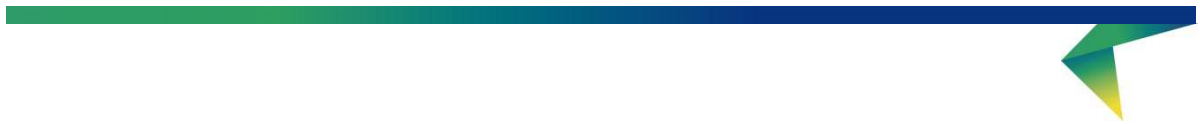
INFRA-REGION NORD-AQUITAINE			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	2	
	Chirurgie de la main	2	
	Chirurgie du rachis	2	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	2	
	Hématologie	2	
	Radiologie Interventionnelle	2	
	Neuroradiologie Interventionnelle	2	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	2	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	2	
	Anesthésie pédiatrique	2	
PDSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		2
	Neurochirurgie	2	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total		22	4

INFRA-REGION SUD-AQUITAINE			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDESES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	1	
	Chirurgie de la main	1	
	Chirurgie du rachis	1	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	1	
	Hématologie	1	
	Radiologie Interventionnelle	1	
	Neuroradiologie Interventionnelle	1	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique		
	Chirurgie pédiatrique viscérale	1	
	Anesthésie pédiatrique	1	
PDESES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		2
	Neurochirurgie	1	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		2
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total		10	5

INFRA-REGION EX-LIMOUSIN			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	1	
	Chirurgie de la main	1	
	Chirurgie du rachis	1	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	1	
	Hématologie	1	
	Radiologie Interventionnelle	1	
	Neuroradiologie Interventionnelle	1	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	1	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	1	
	Anesthésie pédiatrique	1	
PDES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		1
	Neurochirurgie	1	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		
Total		11	2

INFRA-REGION EX-POITOU-CHARENTES			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	2	
	Chirurgie de la main	2	
	Chirurgie du rachis	2	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	2	
	Hématologie	2	
	Radiologie Interventionnelle	2	
	Neuroradiologie Interventionnelle	2	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique		
	Chirurgie pédiatrique viscérale	2	
	Anesthésie pédiatrique	2	
PDES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		1
	Neurochirurgie	2	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total		20	3

Zone régionale



INFRA-REGION EX-POITOU-CHARENTES			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDSES de recours régional	Rythmologie	3	
	Endocrinologie	1	
	Dermatologie	1	
	Maladies infectieuses	3	
	Chirurgie rétinienne	1	
	Cardiologie Pédiatrique	1	
	Pneumologie Pédiatrique	1	
	Hématologie pédiatrique	1	
	Gastro-entérologie pédiatrique	1	
	Néphrologie pédiatrique	1	
	Neurochirurgie pédiatrique	1	
PDSES régionale liées aux autorisations et reconnaissances contractuelles	Chirurgie cardiaque	4	
	Caisson Hyperbare	1	
	Chirurgie des brûlés	1	
	Pharmacie Centre Antipoison	1	
Total		22	0

Synthèse à titre d'information

TOTAL NOUVELLE-AQUITAINE

Spécialités		Astreinte	Garde
PDSES de recours territorial	Anesthésie adulte	51	19
	Chirurgie traumatologique	52	3
	Chirurgie viscérale	54	2
	Chirurgie vasculaire	19	
	Urologie	18	
	ORL	18	
	Ophthalmologie	14	
	Cardiologie (si USC ou USIC)	31	
	Pneumologie	15	
	Gastro-entérologie (endoscopie)	18	
	Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	47	3
PDSES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	29	17
	Pédiatrie	30	16
	Anesthésie dédiée maternité	1	9
	Cardiologie Interventionnelle	17	
	Cardiologie USIC		20
	Neurologie UNV	10	
	Néphrologie	15	
	Réanimation adulte		34

Spécialités		Astreinte	Garde
PDSSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	6	
	Chirurgie de la main	6	
	Chirurgie du rachis	6	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	6	
	Hématologie	6	
	Radiologie Interventionnelle	6	
	Neuroradiologie Interventionnelle	6	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	3	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	6	
	Anesthésie pédiatrique	6	
PDSSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		6
	Neurochirurgie	6	
	Neurologie AVC (thrombectomie)	0	5
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)	0	3
PDSSES de recours régional	Rythmologie	3	
	Endocrinologie	1	
	Dermatologie	1	
	Maladies infectieuses	3	
	Chirurgie rétinienne	1	
	Cardiologie Pédiatrique	1	
	Pneumologie Pédiatrique	1	
	Hématologie pédiatrique	1	
	Gastro-entérologie pédiatrique	1	
	Néphrologie pédiatrique	1	
	Neurochirurgie pédiatrique	1	
PDSSES régionale liées aux autorisations et reconnaissances contractuelles	Chirurgie cardiaque	4	
	Caisson Hyperbare	1	
	Chirurgie des brûlés	1	
	Pharmacie Centre Antipoison	1	
Total		524	137

Glossaire

AAC	Appel à candidatures
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AJ/HT	Accueil de Jour – Hébergement Temporaire
ALD	Affection Longue Durée
AM	Assurance Maladie
AMAVI	Afflux MAssif de VICTimes
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
AMU	Aide Médicale Urgente
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico sociaux
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARACT	Association régionale d'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action SAnté Libérale en Equipe
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASSNA	Association pour la Santé des Soignants en Nouvelle-Aquitaine
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
ATSU	Association de Transports Sanitaires d'Urgence
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BMR	Bactérie multi résistante
CAARUD	Centres d'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'activité à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCB	Centre clinico-biologique
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMR	Centre de compétences pour les maladies rares
CCPP	Commission de Coordination des Politiques Publiques
CD	Conseil départemental
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDS	Centre de santé
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CESP	Contrat d'engagement de service public
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CFA	Centres de Formation d'Apprentis
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIC	Centre locaux d'information et de coordination gérontologique
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMEI	Conseiller médical en environnement intérieur
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFRAC	Comité français d'accréditation
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
COTP	Cellule d'orientation des transferts périnataux
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRLCC	Centre régional de lutte contre le cancer
CRMIR	Centre de référence pour les maladies rares
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSSIS	Comité Stratégique des Systèmes d'Information de Santé
CTS	Conseils Territoriaux de Santé

DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DD/ DD-ARS	Direction départementale de l'ARS
DUMUM	Diplôme universitaire de médecine d'urgence en montagne
DRAAF	Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DRJSDCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
E	
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evènements Indésirables Graves
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMOG	Équipe Mobile à Orientation Gériatrique
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	Etablissements Publics de Santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ERENA	Espace Régional d’Ethique Nouvelle-Aquitaine
ERHR	Equipe Relais Handicaps Rares
ES	Etablissements de Santé
ESAT	Etablissement et service d’aide par le travail
ESMS	Etablissement et service médico-social
ETAPES	Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
F	
FAM	Foyer d’Accueil Médicalisé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FMESP	Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
G	
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GEM	Groupe d’entraide mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GRADES	Groupement régional d’appui au développement de la e-santé
H	
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HDJ	Hospitalisation De Jour
HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires, dit de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009
HT	Hébergement temporaire
I	
IAS	Infection associée aux soins
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Institut Médico-Educatif
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	INstitut de Veille Sanitaire
IOA	Infirmier Organisateur de l'Accueil (aux urgences)
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
L	
LAM	Lits d'Accueil Médicalisé
LBM	Laboratoire de Biologie médicale
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LHI	Lutte contre l'Habitat Indigne
LHSS	Lits Halte Soins Santé
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
M	
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MARADJA	Maison Aquitaine Ressource pour Adolescents et Jeunes Adultes
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MCS	Médecin correspondant SAMU
MDA	Maison des adolescents
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue Et les Conduites Addictives
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MMG	Maisons Médicales de Garde
MND	Maladies neurodégénératives
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
MSP/PSP	Maison de santé pluri-professionnelle / pôle de santé pluri-professionnel
O	
OBA2	Observatoire Aquitain des Accidents vasculaires cérébraux
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORU	Observatoire régional des urgences
OSCARS	Outil d'observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PA	Personnes Agées
PAACO	Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PAPRAPS	Plan d'Action Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins
PARC	Pôle Aquitain de Recours en Cancérologie
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDSA	Permanence des soins en ambulatoire
PDSSES	Permanence Des Soins en Etablissement de Santé
PFMG	Plan France médecine génomique
PIMM	Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé
PMI	Protection Maternelle Infantile
PMND	Plan maladies neurodégénératives
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNLHI	Pôle National de Lutte contre l'Habitat Indigne
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
PPAC	Programme personnalisé de l'Après-Cancer
PRADO	Programme de Retour à Domicile
PRAGE	Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables graves
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PTA	Plate-forme Territoriale d'Appui
PTMA	Praticien territorial de la médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PTSM	Projets Territorial de Santé Mentale
QP	Quartier prioritaire de la ville
QVT	Qualité de vie au travail
R	
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RdRD	Réduction des Risques et des Dommages
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
REPOPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RREVA	Réseau Régional de Vigilance et d'Appui
RTU	Réseau Territorial des Urgences

SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDC	Structure Douleur Chronique
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SFAP	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SHD	Séquençage à haut débit
SHTD	Séquençage à très haut débit
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNACS	Services Numériques d'Appui à la Coordination
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIS	Service Public d'information en Santé https://sante.fr/
SQVT	Santé et Qualité de vie au travail
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRI	Service régional de rapprochement des identités
SRP	Schéma Régional de Prévention
SRPPSE	Stratégie Régionale de Prévention et Promotion de la Santé Environnementale
SRR	Service de Rééducation et de Réadaptation
SSES	Service Sanitaire des Etudiants en Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T	
TEP	Tomographie par émission de positons
TLC	Télé-consultation
TLM	Télé-médecine
TLX	Télé-expertise
TSA	Trouble du Spectre Autistique
TSN	Territoire de soins numérique
U	
UAD	Unité d'autodialyse
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UNV	Unité Neuro Vasculaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USC	Unité de surveillance continue
USIC	Unités de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unité de soins de longue durée
USPN	Unité sanitaire de premier niveau (ex UCSA)
UTEF	Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient
V	
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
Z	
ZSRS	Zones du Schéma Régional de Santé

PRS 2018-2028 NOUVELLE AQUITAINE

Projet Régional de Santé

POUR EN SAVOIR +

SUR LE PRS NOUVELLE-AQUITAINE 2018 – 2028

nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

