

**SCHEMA REGIONAL**

**D'ORGANISATION SANITAIRE**

**DE TROISIEME GENERATION**

**DU LANGUEDOC-ROUSSILLON**

**ORIENTATIONS GENERALES**

**RECOMMANDATIONS PAR THEMATIQUES**

# Sommaire

<b>TITRE 1 : ORIENTATIONS GENERALES</b> .....	<b>3</b>
<b>TITRE 2 : RECOMMANDATIONS PAR THEMATIQUES</b> .....	<b>13</b>
1) FILIERES MEDICALES .....	13
1. 1) Médecine .....	15
1. 2) Personnes âgées .....	19
1. 3) Soins de suite, de Rééducation et réadaptation fonctionnelle .....	21
1. 4) Soins de longue durée .....	25
1. 5) Hospitalisation à domicile .....	26
2) FILIERES LIEES A L'URGENCE .....	30
2. 1) Urgences et permanence des soins .....	30
2. 2) Urgences cardiologiques .....	35
2. 3) Accidents Vasculaires Cérébraux .....	39
2. 4) Traumatismes crânio-cérébraux .....	45
3) THEMATIQUES STRUCTURANT LE PLATEAU TECHNIQUE .....	51
3. 1) Chirurgie .....	51
3. 2) Réanimation .....	53
3. 3) Imagerie .....	55
3. 4) Cancérologie .....	58
3. 5) Soins palliatifs .....	61
4) INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE .....	64
5) NAISSANCE – ENFANCE – ADOLESCENCE .....	66
5. 1) Périnatalité .....	66
5. 2) Enfance et adolescence .....	73
6) OBESITE .....	76
7) PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE .....	78
8) ODONTOLOGIE .....	89
<b>TITRE 3 : EVALUATION ET SUIVI</b> .....	<b>92</b>

# TITRE 1

## ORIENTATIONS GENERALES

---

Ce schéma de troisième génération propose une dynamique nouvelle de l'offre de soins consécutive à la parution de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé complétée notamment par :

- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et sa déclinaison régionale à travers le Plan Régional de Santé Publique,
- le décret du 26 novembre 2004 relatif aux activités de soins et équipements lourds soumis à autorisation,
- le décret du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés,
- le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire,
- l'arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant figurer dans le SROS,
- l'arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins,
- la circulaire ministérielle du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de 3ème génération,
- la circulaire ministérielle du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins,
- la circulaire ministérielle du 4 octobre 2005 concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime des autorisations,
- la circulaire du 15 décembre 2005 précisant certaines modalités de mise en œuvre du décret du 31 janvier 2005.

Par ailleurs, les objectifs de ce schéma s'inscrivent en cohérence avec les autres réformes hospitalières majeures engagées par le gouvernement :

- **la nouvelle gouvernance** qui permet aux hôpitaux publics d'adopter une organisation interne permettant plus d'adaptabilité et de réactivité, s'orientant vers les pôles d'activité pour répondre aux thématiques du SROS,
- **la tarification à l'activité**, l'activité de chaque établissement issue du PMSI étant directement régulée par la détermination des objectifs quantifiés de l'offre de soins,
- **la réforme de l'Assurance Maladie** issue de la loi du 13 août 2004, via notamment le plan de maîtrise médicalisée qui vise aux meilleurs soins aux meilleurs coûts.

***Le schéma propose une démarche planificatrice pragmatique plus participative,  
basée sur l'accessibilité financière et géographique,  
sur une exigence de sécurité, de qualité et de technicité,  
tenant compte de l'évolution des techniques médicales et de la démographie des  
professionnels de santé, des dépenses d'Assurance Maladie  
et organisant une offre de soins graduée davantage centrée sur les filières de soins  
sur une base territoriale plus adaptée.***

# I) UNE GRADUATION DES SOINS PAR FILIERES SUR LA BASE DE TERRITOIRES MIEUX DEFINIS

## I.1) Un découpage territorial plus adapté

Suivant les grandes orientations définies au plan national, les fondements de l'organisation sanitaire régionale ont été réformés dans le sens d'une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, au plus près des consommations de soins des populations concernées.

En Languedoc Roussillon, il a été retenu l'option de définir des territoires de santé uniques pour l'ensemble des activités de soins pour garantir une "cohérence territoriale" notamment pour les activités liées aux plateaux techniques et pour l'articulation de l'offre de soins somatique et psychiatrique.

### \* Les territoires d'hospitalisation :

Il s'agit du niveau d'hospitalisation qui allie :

- technicité et sécurité des soins hospitaliers courants non spécialisés,
- proximité vis-à-vis des bassins de vie.

Un territoire d'hospitalisation est identifié lorsque les établissements hospitaliers du territoire constituent le recours principal de la population résidente.

On retrouve, à ce niveau, par exemple, les services de médecine générale, les soins de suite polyvalents.

### \* Les territoires de recours :

Il s'agit du niveau d'hospitalisation qui garantit :

- des soins hospitaliers plus spécialisés,
- un niveau de plateau technique et une organisation garantissant la prise en charge des urgences hospitalières 24 H/24.

On retrouve, dans les territoires de recours, les services de chirurgie y compris de spécialité, les services d'urgence hospitaliers, les centres de rééducation fonctionnelle ...

C'est au niveau des territoires de recours que s'organisent les conférences de territoires et que sont définis les volumes des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

8 territoires de recours subdivisés en 16 territoires d'hospitalisation ont été définis en tenant compte des aires d'attractions qui ont été mises en évidence en fonction de l'homogénéité des comportements de recours aux soins des populations.

En outre, ont été identifiés 3 territoires d'étude, compte tenu des problématiques spécifiques y afférentes et qui nécessitent une démarche prospective.

TERRITOIRES DE RECOURS	TERRITOIRES D'HOSPITALISATION	TERRITOIRES D'ETUDE
Perpignan	Perpignan	Cerdagne - Capcir
	Prades - Cerdagne	
	Céret	
Narbonne	Narbonne/Lézignan- Corbières	
Carcassonne	Carcassonne / Lauragais	Lauragais
Béziers / Sète	Béziers / Pézenas	
	Sète	
	Bédarieux	
Montpellier	Montpellier	
	Ganges – Le Vigan	
	Lodève	
Nîmes / Bagnols-sur-Cèze	Nîmes	Villeneuve-lès-Avignon
	Bagnols-sur-Cèze	
Alès	Alès	
Mende	Mende	
	Marvejols	

### La proximité :

En deçà de ces territoires d'hospitalisation et de recours, une articulation doit être recherchée avec les découpages existants qui garantissent une première organisation sanitaire infra hospitalière qui peut être, en fonction de la thématique, les zones de patientèle, les secteurs de garde, les bassins gérontologiques, les secteurs de psychiatrie...

#### \* Les territoires d'accès aux soins de proximité :

A ce niveau, sont assurés :

- la médecine ambulatoire et notamment la permanence des soins,
- l'accès au dispositif sanitaire hospitalier (consultations avancées, CMP, ...),

au plus près du milieu de vie ordinaire de l'usager, dans le cadre d'un dispositif organisé.

## **La spécialisation :**

Au delà des territoires d'hospitalisation et de recours, certaines thématiques nécessitent de centrer la réflexion sur des territoires plus vastes l'organisation territoriale reposant alors sur la polarisation de plusieurs territoires de recours autour de pôles spécialisés ou d'un pôle régional.

### \* Les territoires des pôles spécialisés :

Ce niveau est optionnel. On y retrouve des organisations sanitaires identifiées (services spécialisés, réseaux ...) qui, pour une activité ou un équipement donné, desservent plusieurs territoires de recours sans couvrir l'ensemble du territoire régional.

La coordination de ces pôles peut nécessiter un niveau d'organisation supérieur.

### \* Le territoire régional :

Il s'agit, pour chaque thème, d'une organisation sanitaire qui constitue le dernier maillon structurant l'offre régionale.

Il est le support du développement de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation thérapeutique ; c'est dans cet esprit que s'inscrit la démarche de complémentarité engagée entre les deux CHU avec la participation de l'UFR de médecine. Les établissements privés doivent pouvoir s'inscrire dans des projets d'enseignement et de prévention.

Le pôle régional peut :

- coordonner l'offre de soins régionale pour un segment d'activité ;
- fournir une offre de soins rare (équipements onéreux, techniques de pointe, activité hyper spécialisée) ;
- assurer une activité de recherche.

### \* Le niveau interrégional :

A l'initiative de plusieurs ARH, dans leurs domaines de compétences, peuvent être identifiés :

- des territoires régionaux rattachés à des territoires extra régionaux de niveau supérieur,
- des pôles supra régionaux (activités ou équipements) qui desservent deux ou plusieurs régions.

A l'initiative du Ministère, par arrêté fixant les activités ou équipements concernés pour des groupes de régions déterminés.

## **I.2) La graduation des soins**

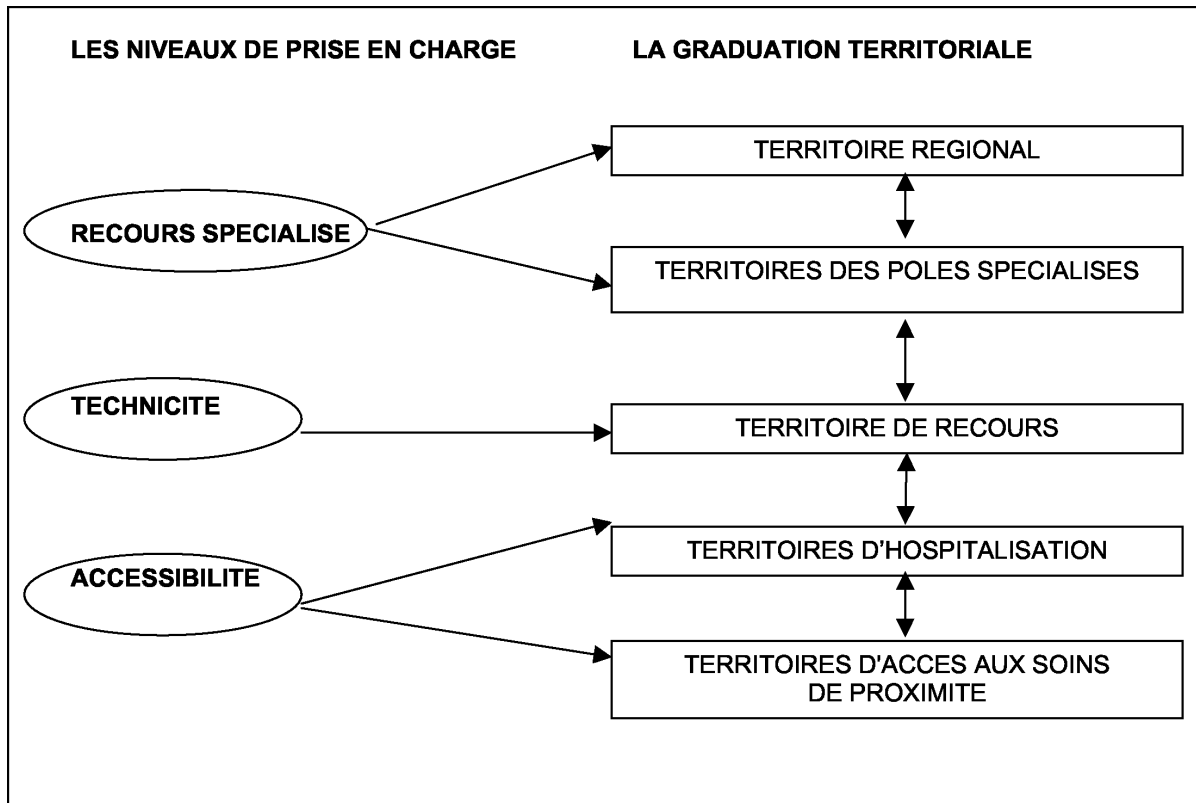
Les différents types de territoires sont articulés autour d'une démarche de graduation des soins par activité de soins en fonction des niveaux de prise en charge :

- basée sur les pratiques des habitants de la région en matière de consommation de soins et de recours aux services,
- tenant compte des lieux d'implantation des établissements sanitaires,
- articulée avec la médecine de ville (zones de patientèle et de secteurs de garde),
- compatible avec les autres territoires existants (bassins de vie, bassins gérontologiques...).

A chaque niveau de territoire correspond un niveau de service, à chaque discipline ou spécialité est associée une déclinaison territoriale dans le cadre d'un emboîtement en territoires gigognes de la prise en charge de proximité jusqu'aux soins très spécialisés.

L'accent est mis sur l'organisation de la prise en charge de premier recours qui permet une articulation des moyens hospitaliers avec le secteur ambulatoire et les services médicosociaux.

Il est défini 3 niveaux de compétence dans la prise en charge médicale (accessibilité, technicité, référence) en fonction des 5 territoires possibles selon les disciplines ou les filières de soins (territoires d'accès aux soins, territoires de proximité, territoires de recours, pôles spécialisés, pôles régionaux).



Il importe, dans ce contexte, que les acteurs de chaque territoire soient en mesure de proposer à la population une offre coordonnée qui répond à la mission définie dans le schéma, organisée par sites, et qui permette de garantir un taux d'emprise suffisant sur le territoire.

Seule cette organisation de l'offre coordonnée est de nature à permettre :

- le maintien de l'activité des sites à des niveaux suffisants pour garantir la sécurité et la qualité,
- la réduction des fuites évitables,
- d'éviter l'hyper concentration de l'activité sur un nombre de sites régionaux réduits, et de maintenir le maillage du territoire.

### **I.3) L'approche par populations et par filières de soins**

Le schéma de troisième génération poursuit la réflexion engagée dans le précédent schéma sur les grandes disciplines et équipements lourds (médecine, chirurgie, obstétrique ...) mais il intègre également deux nouvelles approches :

- une approche populationnelle. L'offre de soins doit évoluer pour être davantage adaptée aux spécificités des populations accueillies. Cet aspect est plus particulièrement à prendre en compte dans notre région pour les personnes âgées, compte tenu du vieillissement de la population attendu. Les besoins de soins vont évoluer en faveur d'une réponse gériatrique adaptée. Par ailleurs, les adolescents doivent pouvoir bénéficier de soins spécifiques à leurs besoins, notamment en psychiatrie ;
- une approche par filières de soins. L'objectif est de mieux organiser, pour certaines pathologies importantes en volume, l'organisation de la filière à toutes les étapes de la prise en charge, en améliorant l'information, l'orientation du patient, en précisant davantage les missions qui incombent à chaque effecteur de soins qui intervient dans la filière. Cette démarche de qualité vise, en prenant appui sur les moyens en place, à optimiser la réponse et d'éviter les pertes de chances liées à des processus décisionnels inadaptés.

### **I.4) L'organisation de réseaux régionaux**

La mise en œuvre de réseaux régionaux pour certaines thématiques (par exemple : cancérologie, périnatalité) vise à garantir à tout patient quelque soit son lieu de résidence l'accès à la meilleure prise en charge possible en permettant aux professionnels de se connaître, d'échanger sur leur pratique de se mettre d'accord sur les meilleures modalités possibles de prise en charge dans telle ou telle situation.

Pour cela les missions des réseaux régionaux se déclinent selon 3 axes :

- mise au point, actualisation, diffusion et évaluation de guides de bonnes pratiques cliniques,
- définition de filière associant professionnels et établissements dans le cadre de convention et suivi de ces conventions,
- enfin mise au point consensuelle et mise en œuvre de dossiers médicaux communs partagés.

### **I.5) Une articulation plus étroite avec les autres dispositifs**

L'amélioration des filières de soins passe par la continuité de la prise en charge entre la médecine de ville, le secteur sanitaire hospitalier et le secteur médico-social doit être renforcé pour mieux soigner et à moindre coûts.

Il est appelé, pour la plupart des thématiques, à un renforcement des coopérations entre les différents secteurs pour améliorer les filières de soins.

### **I.6) La place de la prévention et de l'éducation thérapeutique**

Le schéma doit proposer une offre de soins curatifs mais aussi préventifs et il sera recherché, tout au long de sa durée, une articulation étroite avec les orientations définies dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique.

## II) UNE AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA QUALITE DE L'ORGANISATION

### II.1) Une démarche centrée sur la qualité de l'organisation

Le schéma de deuxième génération a permis, entre 1999 et 2005, une restructuration quantitative importante du paysage sanitaire hospitalier régional.

Cette restructuration s'est notamment traduite par :

- de nécessaires regroupements d'établissements chirurgicaux dans les principales agglomérations de la région,
- une structuration plus forte de l'offre en périnatalité sur un nombre de sites plus restreints,
- une mise en adéquation des autorisations avec les activités développées, notamment dans le cadre de la procédure de renouvellement d'autorisations en 2001 et plus particulièrement en ce qui concerne les établissements de médecine et de soins de suite, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle,
- une adaptation des moyens aux besoins de certaines zones excédentaires, notamment en Cerdagne,
- la promotion de nouveaux dispositifs et autorisations de soins spécialement en matière d'urgences,
- la rénovation du parc hospitalier liée au plan "hôpital 2007" et à la politique régionale suivie en la matière, notamment en psychiatrie.

L'essentiel des restructurations quantitatives a été mené même si des efforts d'adaptation doivent être maintenus au cours du présent schéma, pour certaines thématiques ou certains territoires.

Aussi, ce schéma de troisième génération doit-il être considéré comme le vecteur d'une dynamique nouvelle.

Les moyens sanitaires hospitaliers essentiels permettant des soins de qualité à destination de la population régionale sont en place et, dans ce contexte, il est proposé, dans le cadre du présent schéma, de développer une approche davantage centrée sur l'adaptation qualitative de l'offre.

En effet, il ne saurait être question de développer l'offre existante en faisant l'économie d'une analyse de la pertinence du recours aux soins et des conditions qui s'y rattachent.

Cette approche qualitative, rendue possible par le développement et la fiabilisation des systèmes d'information, est basée sur une analyse approfondie :

- de l'adéquation des réponses, des prises en charges, des pratiques professionnelles des médecins, au regard de la réglementation mais aussi des cahiers des charges régionaux et aux référentiels issus des sociétés savantes,
- des répartitions des spécialités entre établissements d'un territoire pour éviter une offre redondante, une activité limitée dans certains sites et l'absence d'offre, autant de situations qui génèrent de la non qualité et des dépenses évitables,
- du parcours de soins du patient en repérant les éventuels dysfonctionnements en analysant son orientation au cours des différentes étapes de la filière de soins,
- des ressources médicales et paramédicales, dans un contexte de raréfaction des compétences dans certaines disciplines.

Elle s'appuie notamment sur un ensemble de recommandations d'organisation élaborées en concertation avec les professionnels, proposées pour aider à cette adéquation et présentées dans un document technique annexé.

## **II.2) Une volonté d'améliorer l'accessibilité**

Cette accessibilité s'entend sur les plans géographique et social, mais aussi en ce qui concerne les conditions d'accueil de l'utilisateur.

Sur le plan géographique, la promotion ou le maintien de structures de proximité est recherchée tout autant que celle-ci ne remet pas en cause :

- la qualité de la prestation compte tenu de l'activité développée,
- la sécurité notamment par référence aux moyens humains en place,
- l'efficacité en évitant la dispersion des moyens.

L'approche uniquement en terme d'implantation géographique n'est pas un gage systématique d'accessibilité. Les conditions d'accueil et d'accès de l'utilisateur au dispositif sanitaire hospitalier participent à cette accessibilité et concernent la qualité des locaux, les horaires d'ouverture, les délais d'attente et l'organisation de la permanence de soins.

En ce qui concerne la dimension sociale, l'accessibilité à des soins sans dépassements d'honoraires systématisés doit être préservée sur un territoire donné, notamment dans les grands centres urbains, autant pour les situations d'urgences que pour les accouchements ou les interventions chirurgicales programmées.

Afin de maintenir la liberté de choix des patients, un objectif de maîtrise de ces pratiques sera proposé aux établissements dans le cadre de leurs contrats d'objectifs et de moyens.

### III) UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

Les orientations par thématiques qui suivent sont le fruit de la participation des collaborateurs des composantes de l'Agence Régionale d'Hospitalisation mais aussi de nombreux professionnels régionaux qui ont apporté leur expertise, lors des travaux préparatoires.

En outre, les conférences sanitaires dont la composition est élargie sont associées plus étroitement à la réflexion et leur rôle de proposition et d'élaboration est accru dans le cadre d'une véritable dynamique de participation et d'appropriation du nouveau schéma.

Ces conférences composées de représentants des élus, des associations de patients et des professionnels de santé au sein de chaque territoire de santé dans les conférences sanitaires doivent prendre un rôle plus actif dans le dispositif régional à travers l'élaboration des projets médicaux de territoires.

Les projets médicaux de territoires ont pour objet :

- en amont, de formuler des propositions en vue de l'élaboration du schéma,
- en aval, de traduire de façon opérationnelle et concrète les orientations définies par le même schéma en proposant des axes d'amélioration de l'offre du territoire.

Certaines propositions issues des projets médicaux de territoires des conférences sanitaires ont pu être intégrés dans le schéma lorsqu'ils apportaient des propositions innovantes sur le territoire, en cohérence avec les orientations générales par thématiques précédemment définies.

D'autres propositions qui concernent la mise en œuvre concrète d'actions répondant aux orientations par territoires mentionnées dans le schéma, feront l'objet d'un suivi de réalisation en concertation avec les conférences sanitaires.

Enfin, le schéma fixant le cadre général, le rôle des conférences s'inscrit dans la durée d'application du schéma et celles-ci seront sollicitées, pendant toute la durée du schéma, pour faire évoluer leur projet médical de territoire, en développer de nouveaux axes, en fonction de l'évolution des enjeux et des techniques.

### IV) LA REGULATION

Les moyens sont nécessairement limités :

- certains ratios de dépenses par habitant démontrent que la région Languedoc Roussillon consomme bien au-delà de la moyenne nationale.
- la démographie des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes pour les cinq prochaines années incite à résonner davantage en partage et en mutualisation des compétences.

Dans ce contexte, le schéma devient le seul outil de planification et de régulation hospitalière, la carte sanitaire qui déterminait les besoins en fonction d'indices lits/population est à présent supprimée, dès la parution de ce schéma.

C'est pourquoi, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation mettra en place un suivi rigoureux de l'évolution des objectifs quantifiés de l'offre de soins :

- à l'échelon des territoires de recours ;
- au niveau de chaque entité détentrice d'une autorisation d'activité de soins.

Afin de mesurer l'impact du SROS sur l'objectif de maîtrise de la progression des dépenses de santé en région, il sera procédé à une étude médico-économique, à la suite de l'attribution des OQOS aux établissements.

Dès la parution du présent schéma seront déclinés et déterminés par entité les objectifs quantifiés par établissement dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou à défaut, dans le cadre de l'autorisation selon les dispositions réglementaires en vigueur.

Dès lors, il appartiendra à chaque structure concernée de mettre en place, les outils de suivi et de régulation interne afin que l'activité développée s'inscrive dans le cadre de l'objectif d'activité défini.

## RECOMMANDATIONS PAR THEMATIQUES

---

### 1) FILIERES MEDICALES

Le dispositif régional relatif aux activités de soins de médecine, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée est actuellement largement sollicité et les moyens régionaux mis en œuvre sont conséquents.

En outre, la région Languedoc Roussillon va se trouver confrontée, dans les prochaines années, au renforcement des problématiques associées au processus d'augmentation et de vieillissement de la population.

Le dispositif doit tout d'abord évoluer qualitativement afin de prévenir une dérive vers des situations d'engorgement des services hospitaliers.

En premier lieu, au sein de chaque structure, une meilleure adéquation des séjours tant au niveau de leur indication que de leur durée doit être recherchée. Les recommandations d'organisation proposées lors des travaux préparatoires du SROS ( cf document technique annexé) peuvent aider à cette adéquation.

La prise en charge des patients présentant une polypathologie nécessite de développer une approche globale davantage centrée sur le patient et mobilisant des compétences diversifiées et partagées.

Par ailleurs doit être engagée par chaque établissement une réflexion sur **l'adaptation des modes de prise en charge** proposés aux caractéristiques et à l'évolution des besoins de santé.

C'est dans ce contexte que le développement de l'hospitalisation à temps partiel et de l'hospitalisation à domicile, lorsqu'il fait l'objet d'une recommandation par thématique, doit être appréhendé prioritairement sous l'angle de la substitution à des modes de prise en charge existants jugés moins adaptés.

Le développement attendu des pathologies chroniques appelle à ce que, au-delà du soin, des moyens soient orientés et coordonnés autour **des actions de prévention** (dépistages, diagnostic précoce, bilans pluri professionnels) pour retarder les effets de l'entrée dans la maladie et des actions d'accompagnement et d'éducation thérapeutique afin d'en limiter l'impact et d'améliorer la qualité de vie du patient.

Par ailleurs, il convient de **renforcer l'organisation des filières médicales**, chaque service sanitaire devant s'intégrer dans une filière de soins coordonnée, évaluée et articulée plus étroitement avec les secteurs médico-social et social et les professionnels libéraux.

Les projets médicaux des établissements doivent s'appuyer sur les compétences internes pour davantage prendre en compte l'environnement externe et s'orienter en fonction des besoins identifiés en lien avec les structures d'amont.

L'amélioration de la fluidité des filières médicales engage à réussir la sortie d'hospitalisation à toutes les étapes de ces filières, cet objectif est majeur lorsque les patients présentent un niveau de dépendance qui complexifie les conditions du retour à domicile.

Il s'agit de circonscrire le temps de prise en charge hospitalière et d'explorer de façon précoce les opportunités de placement en substitut de domicile ou de retour à domicile, le cas échéant, dans le cadre d'un accompagnement adapté.

Pour réussir cette sortie d'hospitalisation, le niveau d'intervention doit se situer dans une approche de proximité, dans le cadre du territoire d'hospitalisation, même si le niveau de référence demeure celui des territoires de recours.

L'amélioration des filières médicales repose essentiellement sur la mise en place de procédures organisationnelles et de complémentarités entre les établissements sanitaires (médecine, Soins de suite et de réadaptation), mais également avec les structures du secteur médico-social, social et la médecine ambulatoire.

## 1. 1) Médecine

Il a été mis en évidence, dans le cadre du diagnostic posé, que 31 % de l'activité des lits de court séjour en hospitalisation complète concerne des personnes âgées de plus de 75 ans.

De plus, deux tiers de la population âgée hospitalisée en court séjour dans les centres hospitaliers référents autorisés à accueillir les urgences relèvent d'une prise en charge gériatrique.

Aussi, les recommandations ci-après concernent plus particulièrement la médecine générale/polyvalente, certains aspects relatifs à la médecine spécialisée ou à des actes techniques étant intégrés dans les chapitres qui se rapportent aux diverses thématiques transversales.

### a°) La graduation idéale à rechercher de l'offre pourrait être la suivante :

Au regard du diagnostic posé, l'offre de soins de médecine est graduée de la façon suivante :

Territoire	Offre de soins	Caractéristiques
Médecine de proximité	1 <sup>ère</sup> ligne	Soins de proximité, médecine générale et polyvalente
Territoire d'hospitalisation	2 <sup>ème</sup> ligne	Offre de 1 <sup>ère</sup> ligne + cardiologie médicale, gastro-entérologie, pneumologie L'organisation concourant à cette offre de soins mobilise un établissement ou plusieurs établissements du territoire dans le cadre d'un dispositif conventionnel.
Territoire de recours	3 <sup>ème</sup> ligne	Offre de 2 <sup>ème</sup> ligne + neurologie, gériatrie, pédiatrie, maladies métaboliques et endocriniennes et, éventuellement, néphrologie, rhumatologie, dermatologie. L'organisation concourant à cette offre de soins mobilise plusieurs établissements du territoire, dans le cadre d'un dispositif conventionnel, ou un seul établissement. Dans ce dernier cas, l'établissement concerné doit mettre en oeuvre un dispositif d'appui de court séjour de gériatrie et un pôle d'évaluation gériatrique. Il est, par ailleurs, nécessaire de disposer d'un plateau technique permettant de pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques.
Pôle régional	4 <sup>ème</sup> ligne	Offre de 3 <sup>ème</sup> ligne + missions régionales spécifiques (coordination de l'offre, offre de soins pour maladies rares, recherche, enseignement, formation). Cette offre nécessite une coordination des 2 CHU dans le cadre d'un projet médical partagé, En matière de cancérologie, il convient que soit établie une organisation unique de prise en charge de la cancérologie entre les 2 CHU et le CRLC, dans le cadre d'un projet médical commun. A noter la spécificité de la clinique du Mas de Rochet pour les suites de greffe de moelle.

### **b°) Le rôle des établissements de proximité, en particulier de l'hôpital local :**

Le rôle des établissements de proximité dans le dispositif de soins de médecine de proximité doit être conforté. L'hôpital local constitue le premier maillon des soins hospitaliers. Il occupe une situation pivot dans le dispositif en fournissant une offre de médecine de proximité.

Son organisation est basée sur l'implication des médecins libéraux. L'établissement de proximité remplit, en outre, une mission de support de coordination en ce qui concerne l'aide au maintien à domicile.

Enfin, il situe son action en amont et en aval des courts séjours gériatriques, des centres hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires.

Afin d'améliorer le fonctionnement et le positionnement de ces établissements dans la filière, il leur est recommandé de :

- **mobiliser les compétences professionnelles autour d'un véritable projet d'établissement.**
- **garantir la permanence des praticiens autorisés 24 heures sur 24.**
- **adapter leur fonctionnement** afin que les durées de séjour des patients âgés se rapprochent de celles des services de courts séjours gériatriques des centres hospitaliers,
- **développer des actions de prévention, de dépistage et des consultations à destination de la population locale,**
- **établir des conventions opérationnelles** avec les centres hospitaliers du territoire de santé et/ou les centres hospitaliers universitaires afin de :
  - définir ce qui relève de chaque type d'établissement dans la prise en charge des patients gériatriques,
  - mettre en place des consultations avancées,
  - organiser les conditions d'accès aux centres hospitaliers des patients âgés de l'hôpital local dont l'état le nécessite.
- S'inscrire dans une **démarche d'évaluation annuelle** de fonctionnement notamment à l'aide de l'outil GALAAD.

### **c°) L'adaptation de l'offre :**

Au regard de besoins identifiés, l'offre de soins existante doit être adaptée en fonction des territoires de recours :

- **prendre en compte l'importance de l'attraction extra-régionale actuelle**, en concertation avec les Agences Régionale de l'Hospitalisation des régions voisines.
- **équilibrer l'offre de soins en faveur des territoires de recours les moins bien pourvus, en tenant compte** notamment des besoins identifiés de la population.
- **Développer l'hospitalisation à temps partiel, prioritairement par adaptation de l'offre existante en fonction** du taux élevé de séjours d'un jour constaté dans les services d'hospitalisation complète. Ce développement doit correspondre à une véritable substitution de séjours d'hospitalisation complète et non à une requalification d'actes externes.

Il sera décliné, pour chaque structure, dans le contrat d'objectifs et de moyens.

**d°) L'optimisation de l'organisation interne :**

L'optimisation de l'organisation interne des entités disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine engage à :

➤ **replacer le patient, en particulier âgé, au centre de la prise en charge :**

- en assurant en hospitalisation complète une prise en charge coordonnée de médecine polyvalente à travers l'identification de lits dédiés de court séjour gériatrique au niveau du territoire de recours.
- pour les cliniques privées, dont l'activité gériatrique représente un volume significatif, en s'attachant la collaboration d'une compétence en gériatrie.
- en organisant l'hospitalisation à temps partiel autour du plateau technique afin de mieux coordonner les prises en charges notamment pour la réalisation de bilans pluridisciplinaires.

➤ **organiser la couverture médicale continue sous la forme :**

- soit d'astreintes opérationnelles ,
- soit de gardes médicales séniorisées notamment pour les établissements offrant une prise en charge du niveau de recours dans le cadre de pôles d'activité regroupant l'ensemble des services de médecine.

➤ **Optimiser les durées de séjours** par la formalisation de procédures évitant leur prolongement ou leur segmentation inutile. A l'heure actuelle la DMS se situe à 6 jours sachant que les séjours de moins de 48 heures et de moins de 24 heures représentent respectivement 58 % et 43 % de l'activité totale.

- A cet effet, il conviendrait de développer les conventions opérationnelles entre court et moyen séjour, de favoriser la mise en place de procédures de prise en charge entre le court séjour et les secteurs médico-social, social, voire associatif (aide au retour à domicile), notamment dans le cadre d'une implication des CLIC,
- Sera favorisée dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens l'inscription de procédures qualité relatives à l'organisation de la sortie des patients.

**Cette optimisation ne peut donc se concevoir qu'avec la mise en place, pour chaque unité, d'une procédure formalisée de sortie des malades et ce dès leur entrée.**

**e°) L'amélioration de la filière de soins de médecine :** L'amélioration de la filière de soins de médecine nécessite de :

➤ **favoriser l'accès direct dans les services hospitaliers** de patients adressés ou médicalement conditionnés en amont, sans passage par les urgences (hospitalisation programmée, accès au plateau technique), tout particulièrement, mais pas seulement, pour les personnes âgées.

Cet objectif quantitatif sera suivi avec chaque établissement dans le cadre de son contrat d'objectifs.

➤ **développer les conventions opérationnelles**, en particulier en ce qui concerne :

- les consultations spécialisées avancées,
- la mutualisation des ressources inter établissements afin d'assurer la permanence des soins en organisant, par exemple, la participation du secteur privé à l'organisation des gardes sur le territoire, en tenant compte des conditions des contrats d'exercice des médecins et de leur accord.
- l'implication de la médecine libérale, notamment dans les territoires d'hospitalisation afin d'assurer la permanence des soins,
- la coopération avec les structures d'aval, notamment avec les soins de suite, les maisons de retraite, les services de soins infirmiers à domicile et le secteur associatif.

➤ **promouvoir l'ouverture de l'hôpital sur la ville**, notamment :

- en développant les consultations externes et
- en favorisant la diffusion des bonnes pratiques dans un cadre transversal vers la médecine de ville, particulièrement en matière de prescriptions de médicaments.
- en formalisant la procédure de lettre de sortie adressée sans délai au médecin traitant.

#### **f°) Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé :**

Les établissements sanitaires doivent s'associer aux institutions et associations exerçant déjà une activité dans ce domaine pour développer sur le territoire de santé et le territoire d'hospitalisation, en partenariat avec la médecine libérale, des programmes de prévention primaire et secondaire et d'éducation sanitaire notamment définis dans le cadre du Programme Régional de Santé Publique :

- Prévention et prise en charge de l'obésité et des pathologies issues des troubles de comportements alimentaires,
- Prise en compte des spécificités des personnes âgées (nutrition, prévention des chutes ...),
- Participer aux activités de prévention, de dépistage des cancers, y compris professionnels,
- Santé mentale (notamment violence, suicides, mal être des jeunes, stress au travail),
- Contraception et maladies sexuellement transmissibles,
- Maladies chroniques (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires),
- Conduites addictives notamment chez les jeunes (alcool, tabac, drogues illicites).

Les actions entreprises dans ce cadre devront faire l'objet d'une évaluation annuelle. Les rapports d'activité qui en seront issus seront adressés aux institutions concernées, dont l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Elles pourront être financées dans le cadre des dispositifs et des moyens existants . ( MIGAC –FMESPP....)

## 1. 2) Personnes âgées

L'objectif principal est de développer une prise en charge sanitaire des personnes âgées globale, continue, coordonnée, graduelle et préventive en articulation avec les secteurs ambulatoire, social et médico-social en vue de prévenir les risques de perte d'autonomie et privilégier le maintien de ces personnes dans leur cadre de vie.

L'enjeu central de l'amélioration de la qualité des soins apportés aux personnes âgées réside dans l'identification des patients « fragiles », c'est-à-dire très âgés et/ou en perte d'autonomie et/ou à risque de décompensation d'une poly-pathologie. Cette identification doit pouvoir se faire précocement et de façon permanente par l'ensemble des acteurs de la filière.

Ce diagnostic conduit à définir trois objectifs principaux de santé publique au niveau régional pour une prise en charge adéquate des patients gériatriques.

### a°) La prise en charge sanitaire de recours :

Le renforcement de l'orientation gériatrique de la prise en charge sanitaire engage à :

➤ **Développer la prise en charge gériatrique sur chaque territoire de recours** en proposant :

- **l'identification de lits de court séjour gériatrique** avec un seuil minimum de 10 lits par établissement, sur la base d'1 lit pour 1 000 habitants de 75 ans et plus soit 365 journées.

Ces lits peuvent être notamment identifiés dans les établissements autorisés à accueillir des urgences, par transformation de lits d'autres disciplines avec les redéploiements de personnel induits par de telles opérations.

L'hospitalisation programmée doit être favorisée pour permettre d'éviter les passages indus aux urgences. A cet égard, les personnes âgées en institution arrivant à l'hôpital doivent y être adressées par le médecin traitant.

- **Dans les centres hospitaliers sièges du Service d'urgence de référence, la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie, rattachée au court séjour gériatrique**, en vue de développer l'évaluation gériatrique globale et précoce des patients et de préparer dès l'entrée la sortie d'hospitalisation.

Elle intervient dès les premières 48 heures d'hospitalisation de toute **personne âgée fragile**, à la demande des services de l'établissement.

En vue de préparer la sortie du patient, elle travaille **en réseau** avec le secteur social et médico-social, en particulier par le biais des centres locaux d'information et de coordination.

- **la mise en œuvre d'un pôle d'évaluation gériatrique et d'une consultation mémoire avec accès nécessairement à un hôpital de jour transversal** dont le besoin en places est évalué a minima à 0,2 places ou 73 venues pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus sur chaque territoire de santé.

La consultation mémoire labellisée de l'établissement est intégrée au pôle.

Un centre mémoire de ressource et de recherche, structure régionale de référence, intervient dans le cas de diagnostics complexes et difficiles en articulation avec les consultations mémoire. Il assure la coordination régionale du réseau, notamment dans les domaines de la formation et de la recherche.

### **b°) La prise en charge de proximité :**

L'amélioration de la réponse de proximité à la problématique de la personne âgée conduit à :

➤ **Améliorer la prise en charge à domicile ou de proximité des patients gériatriques** en organisant et structurant le travail en réseau par la mise en place sur des territoires de proximité en lien étroit avec les CLIC (labellisés niveau 3) et la médecine ambulatoire :

- **des consultations gériatriques avancées** pour le repérage global des difficultés des personnes âgées.

Chaque zone territoriale desservie par un CLIC doit pouvoir être couverte par une consultation gériatrique avancée. Les établissements référents dans la filière de soins gériatriques, autorisés à accueillir des urgences, devront mettre en place ces consultations externes sur leur territoire d'intervention.

- **des lits de médecine** à orientation gériatrique **au sein des établissements de proximité**, premier maillon des soins hospitaliers en amont des courts séjours gériatriques.
- des **réseaux de santé gérontologiques**.
- d'une **offre adaptée en soins de longue durée** en lien avec l'offre du secteur médico-social.

### **c°) La diffusion de la culture gériatrique :**

La diffusion de la culture gériatrique doit permettre une prise en charge globale de la personne âgée.

Il convient, pour cela, de :

➤ **Renforcer et favoriser la prise en charge de la perte d'autonomie** des personnes âgées dans tous les établissements de santé notamment par les actions exemplaires suivantes :

- **l'évaluation de la charge en soins** requis des populations âgées hospitalisées par les outils d'analyse AGGIR et PATHOS (GALAAD).
- **l'élaboration d'un projet gériatrique** dans tous les établissements accueillant des personnes âgées et le développement de **l'approche de prévention des risques** liés au vieillissement dans le projet d'établissement. Pour les établissements privés, sont concernés a minima les établissements réalisant plus de 10 000 journées pour des patients de plus de 75 ans et/ou accueillant au moins 45% de patients de plus de 75 ans en hospitalisation complète.
- une prise en charge gériatrique de qualité dans tous les établissements de **soins de suite polyvalents** par l'application du cahier des charges national relatif aux soins de suite et de réadaptations gériatriques.

## 1. 3) Soins de suite, de Rééducation et réadaptation fonctionnelle

**3 notions essentielles** guident la réflexion :

Les soins de suite, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (SS-RRF) doivent répondre à la conception de **soins actifs**.

1. La notion de gain attendu, sur le plan médical et pour l'autonomie du patient est fondamentale. Elle différencie le SS-RRF dans le champ sanitaire du secteur médicosocial où le handicap est fixé.
2. Ces soins s'adressent à des malades requérant **des soins continus dans un but de réinsertion globale** (médico-psycho-sociale) des malades, prioritairement à domicile ou parfois dans une institution sociale ou médico-sociale, si leur état le requiert.
3. Dans le parcours sanitaire du patient, les soins de suite et de réadaptation s'inscrivent **dans la continuité des soins de courte durée**.

**Les conditions** pour répondre à cet objectif **de continuité des soins** sont :

- l'inscription de la trajectoire du patient dans des filières de soins organisées :
  - en amont : l'admission des malades doit être négociée avec les structures d'amont, les conditions d'admission devant être formalisées, le diagnostic connu et le schéma thérapeutique élaboré.
  - en aval : avec les institutions médico-sociales.
- La graduation de l'offre de soins : hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour), ambulatoire, réseaux de soins entre acteurs de santé.

**Les recommandations générales** ci-après exposées seront déclinées par établissement, dans le cadre de leur contrat d'objectif, en fonction de l'analyse de leur activité mesurée à travers les différents outils ci après:

- GALAAD dans tous les soins de suite polyvalents de la région,
- Coupe transversale dans tous les services de RRF polyvalents,
- Exploitation exhaustive du PMSI SSR 2004 pour les RRF.

Par ailleurs, les recommandations qui concernent certaines filières spécifiques (neurologie, cardiologie) sont développées dans les chapitres y afférents.

**a°) La graduation idéale de l'offre pourrait être la suivante :**

Au regard du diagnostic posé, l'offre de soins de SS et de RRF est graduée de la façon suivante :

Territoire	Offre de soins	Objectif
<b>Territoire d'hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de suite polyvalents</li> </ul>	Favoriser une meilleure réponse de proximité au niveau de la déclinaison des implantations par site géographique par territoires d'hospitalisation.
<b>Territoire de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de suite polyvalents</li> </ul>	Garantir l'autarcie des territoires de recours quant à la réponse aux besoins.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RRF polyvalente</li> </ul>	Maintenir une offre de qualité se référant aux définitions et aux indications de prise en charge habituellement admises.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RRF respiratoire en hospitalisation à temps partiel</li> </ul>	Favoriser une offre de qualité se référant aux recommandations de prise en charge habituellement admises et ceci dans le cadre d'une filière de soins spécialisés.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rééducation Cardiaque</li> </ul>	Favoriser une offre de qualité se référant aux recommandations de prise en charge habituellement admises .
<b>Pôles de référence</b> <u>Pôle Est</u> : Alès - Lozère- Nîmes/bagnols-sur-Cèze  <u>Pôle centre</u> : Béziers /Sète - Montpellier  <u>Pôle Ouest</u> : Carcassonne- Narbonne- Perpignan  _____ Perpignan, Montpellier - Béziers et Nîmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de suite spécialisés en pneumologie</li> </ul>	Maintenir une offre de qualité en se référant aux recommandations de prise en charge habituellement admises, et pour répondre aux mieux aux besoins du court séjour dans le cadre d'une filière de soins incluant prioritairement les services de pneumologie et de réanimation respiratoire.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RRF respiratoire en hospitalisation complète</li> </ul>	Favoriser une offre de qualité en se référant aux recommandations de prise en charge habituellement admises et ceci dans le cadre d'une filière de soins spécialisés.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rééducation neurologique 1A</li> </ul>	Services ou unités dédiés accueillant préférentiellement ou exclusivement des cérébrolésés avec plateau technique adapté.

## **b°) L'adaptation de l'offre :**

Au regard de besoins identifiés, l'offre de soins existante en SS et RRF doit être adaptée sur la base des territoires de recours :

- **développer les alternatives à l'hospitalisation à proximité de la population, pour la MPR polyvalente et spécialisée.** L'hospitalisation de jour devra être développée dans les zones urbanisées et par transformation de l'activité d'hospitalisation complète en venues, tant que l'offre de RRF demeura excédentaire au regard des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

A ce jour, l'hospitalisation de jour en soins de suite polyvalents et en soins de suite spécialisés en pneumologie ainsi que l'hospitalisation à domicile en SSR n'est pas recommandée, en l'absence de preuve de son utilité à ce jour. Il en est de même pour les soins de suite spécialisés en alcoologie-addictologie, dans l'attente des conclusions de la réflexion engagée sur ce thème.

- **les volumes d'activité dans les territoires excédentaires doivent être progressivement réduits et permettre ainsi le développement de cette activité dans les territoires déficitaires.**

➤

## **c°) L'optimisation des conditions de recours aux SS – RRF :**

L'optimisation des conditions de recours aux entités disposant d'une autorisation d'activité de soins de SS et de RRF engage à :

- **Recentrer le positionnement des établissements au regard de leur mission :**
  - la décision d'admission étant soumise à l'acceptation du médecin chef du SSR selon les critères d'adéquation définis pour chaque catégorie de SSR.
  - le travail en réseau formalisé permettant une conception partagée et basée sur les critères d'admission aussi bien avec les structures d'aval médico-sociales qu'avec les structures d'amont et la médecine libérale.
  - une fiche de demande d'admission idéalement informatisée, constituant le vecteur de ce réseau formalisé. Cette fiche doit préciser, outre les éléments médicaux, le niveau de dépendance, les déficiences et le contexte social, l'objectif de réadaptation et/ou la finalité de prise en charge. En effet, la circulaire ministérielle du 31 décembre 1997 précise que l'admission des malades doit être négociée avec les structures d'amont, que les conditions d'admission doivent être formalisées, le diagnostic connu et le schéma thérapeutique élaboré.
- Pour les soins de suite polyvalents, donner **la priorité aux patients les plus lourds médicalement et les plus dépendants en provenance du court séjour.**

**d°) L'amélioration des filières de soins de SS- RRF:** L'amélioration de la fluidité des filières de soins nécessite de :

- **Améliorer les indications de transfert** en structure sanitaire ou médico-sociale à partir du court séjour **en sollicitant**, le cas échéant, l'intervention **des équipes mobiles de gériatrie** dans les services de court séjour ..
- **Eviter autant que faire se peut un passage par les soins de suite polyvalents** pour un placement dans le secteur médico-social.
- **Disposer dans tous les services de soins de suite et de RRF polyvalents de ressources en personnel assistant social à même d'intervenir dès l'entrée**, afin d'organiser la sortie d'hospitalisation. L'intervention de l'assistant social doit idéalement débiter dès l'entrée en service de médecine ou de chirurgie.
- **Moduler les durées de séjour en les adaptant à l'état du patient et de son projet de réinsertion**, et non plus systématiquement en fonction d'une durée administrative de 20 ou 30 jours. ➤ **Améliorer le fonctionnement des filières spécialisées en pneumologie et en alcoologie - addictologie et donner la priorité aux patients de la région.**

Cette amélioration passe également par :

- une plus grande réactivité du secteur social pour faciliter la sortie vers le domicile (aides ménagères...),
- la création des lits médico-sociaux d'EHPAD dans les territoires déficitaires,
- le développement des prises en charge en hébergement médico social temporaire.

**e°) Le suivi du dispositif :**

Le suivi de l'amélioration continue du dispositif régional en SS et RRF engage à :

- **Evaluer plus finement les caractéristiques des filières** notamment par l'utilisation des outils PMSI . GALAAD pourra être utilisé en complément pour l'étude de la dépendance des personnes accueillies.
- **mettre en place avec les professionnels un observatoire régional** en soins de suite et de RRF ayant notamment pour objectifs:
  - d'analyser l'évolution de l'activité (délais d'attente, modalités de sortie du patient),
  - d'engager la réflexion sur la coordination des SSR,
  - de faciliter la fluidité de la graduation des soins et les entrées directes lorsqu'elles sont médicalement justifiées aussi bien en MPR qu'en soins de suite.

## 1. 4) Soins de longue durée

Les soins de longue durée doivent permettre d'accueillir des personnes lourdement dépendantes, en majorité des personnes âgées, nécessitant des soins techniques et médicaux importants et une surveillance continue.

Depuis 1997, les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) régies par le code de la santé publique sont des établissements de santé soumis à la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Une redéfinition du rôle et du périmètre des USLD est envisagée en 2006 pour répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées et limiter les hospitalisations injustifiées, perturbatrices à la fois pour les personnes âgées et pour l'activité des services hospitaliers.

Aussi, le Ministère a prévu de distinguer deux types de structures, celles ayant vocation à rejoindre le champ médico-social et celles destinées à assurer la prise en charge de longue durée de malades requérant des soins continus et la proximité immédiate d'un plateau technique qui demeureraient dans le champ sanitaire.

La mise en place de cette réforme donnera lieu à l'élaboration d'un avenant au présent schéma. Dans cette attente sont formulées les recommandations suivantes :

- **Faire évaluer annuellement par le médecin coordonnateur de l'établissement** la charge en soins techniques et de la dépendance des patients, à l'aide de l'outil GALAAD afin de s'assurer que le service remplit ses missions auprès de la population, en complémentarité avec les établissements pour personnes âgées de sa zone d'intervention.
- **analyser les transferts de patients vers les services d'hospitalisation notamment en urgence** pour mieux en repérer les causes et les prévenir.

## 1. 5) Hospitalisation à domicile

Jusqu'en 2002, la région du Languedoc-Roussillon a développé des structures d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) sur un rythme peu soutenu par rapport à la moyenne du territoire national.

En effet, en 2002, la région disposait de 53 des 4 739 places d'H.A.D. autorisées en France, soit 1,12 %, alors que la population régionale représente environ 3 % de la population nationale.

### **a) Définition :**

Le code de la santé publique définit l'hospitalisation à domicile comme un dispositif permettant « d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur fréquence et la complexité des actes ».

L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, qui, en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé.

L'hospitalisation à domicile revêt un caractère substitutif. Elle est destinée à écourter ou à éviter une hospitalisation et répond à la demande de patients qui souhaitent demeurer à leur domicile, lorsque c'est possible.

La notion de « charge en soins » permet de distinguer l'hospitalisation à domicile des autres modes de prise en charge à domicile

### **Population concernée :**

Le caractère généraliste ou polyvalent de la structure d'hospitalisation à domicile doit être maintenu. L'affirmation de la polyvalence permet notamment d'éviter le cloisonnement entre les différents services qui caractérise traditionnellement les structures sanitaires.

Le principe n'empêche pas de développer une expertise et une spécialisation des activités.

La population concernée par l'H.A.D. polyvalente correspond à des adultes domiciliés sur le territoire de santé de référence et atteints de pathologies lourdes le plus souvent chroniques, évolutives et/ou instables en amont ou en aval d'une hospitalisation publique.

Les pathologies peuvent être médicales ou post-chirurgicales (cancérologiques, cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses...). Les disciplines concernées par l'H.A.D.

sont notamment les suivantes : la gériatrie, les soins palliatifs, la cancérologie, la psychiatrie, la périnatalité.

Sans limiter la polyvalence des structures d'H.A.D., une priorité est accordée dans la région du Languedoc-Roussillon à la prise en charge des personnes âgées et aux soins palliatifs compte tenu de l'importance de la population âgée de plus de 65 ans.

### **b) Principes de fonctionnement interne**

Les principes de fonctionnement sont décrits par la circulaire DHOS/O n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile ; par ailleurs les promoteurs ou gestionnaires pourront se référer utilement aux recommandations concernant cette activité.

### **c) L'accessibilité**

La structure d'hospitalisation à domicile est accessible à tous les patients du territoire concerné, y compris en prolongement d'une hospitalisation dans un établissement différent de celui qui porte la structure d'H.A.D..

### **d) Le principe de proximité et l'inscription dans la filière de soins**

La zone d'intervention du service d'H.A.D. doit être dimensionnée de manière à permettre à ce service d'assurer une prise en charge du maximum possible de patients du territoire qui en relèvent.

Il convient toutefois que cette zone d'intervention soit déterminée de manière à éviter des déplacements importants qui remettraient en cause l'efficacité du dispositif.

Pour assurer une plus grande proximité, l'H.A.D. peut être associée à un établissement de santé de proximité .

La structure d'H.A.D. s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux qu'ils soient ou non constitués en réseaux.

L'H.A.D. se situe en amont – en permettant de l'éviter – et en aval de l'hospitalisation. Elle constitue une étape relais, soit vers un retour à domicile normal, soit vers une prise en charge par un réseau de soins, soit vers une prise en charge en service de soins infirmiers à domicile, soit vers une hospitalisation complète.

### **e) L'adossement à un établissement hospitalier et la nécessaire coopération avec les établissements de proximité du territoire**

Compte tenu du retard de la région du Languedoc-Roussillon dans le développement des structures d'H.A.D., il convient d'accorder une priorité aux places rattachées à des établissements de santé publics ou privés notamment dans des territoires dépourvus actuellement de structures d'H.A.D.

Ce rattachement à une structure hospitalière contribue à garantir :

- \* le caractère substitutif des places d'H.A.D. par rapport à des capacités d'hospitalisation traditionnelle ;
- \* les ressources humaines et logistiques destinées à assurer la continuité des soins.

Afin de favoriser la couverture géographique du territoire, la structure d'H.A.D. devra passer des conventions de coopération avec les établissements de proximité du territoire qui ne sont pas porteurs de la structure d'H.A.D.

#### **f) La répartition des places par territoire de santé**

La circulaire DHOS/O N°2004 – 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile définit un objectif national de 8000 places fin 2005 qui représente un taux d'établissement un taux d'équipement de 14 places pour 100 000 habitants.

Au regard de cet objectif national, et sur la base d'une population régionale de 2.434.316 habitants en 2005, l'objectif s'établit à 324 places pour la région Languedoc-Roussillon. Actuellement, 147 places sont autorisées. La montée en charge devra s'effectuer en répartissant les places de façon équitable en fonction de la population de chaque territoire.

En 2010, la population devrait s'élever à 2.528.765 habitants ; l'objectif sera actualisé à hauteur de 354 places.

Compte tenu de la priorité donnée à la prise en charge des personnes âgées et des patients nécessitant des soins palliatifs, la détermination des objectifs en matière de création de places a été menée en prenant en compte la population de plus de 65 ans, tout en assurant une couverture homogène de l'ensemble de la région.

L'introduction de ce paramètre des personnes âgées de plus de 65 ans « favorise » en terme de besoins les 6 territoires de recours suivants, Pyrénées Orientales, Béziers-Sète, Alès, Carcassonne, Narbonne et Lozère au détriment des deux territoires de recours de la région dont la population de 65 ans est proportionnellement la plus faible, celui de Montpellier et celui de Nîmes-Bagnols-sur-Cèze.

Toutefois, le développement des structures d'H.A.D. au sein du territoire de Nîmes-Bagnolssur-Cèze qui en est dépourvu à ce jour (alors que le besoin est de 56 places dans le cadre de l'objectif national fixé pour 2005) apparaît comme une nécessité.

La déclinaison de cet objectif national conduirait pour la région Languedoc Rousillon en fonction du nombre d'habitants de plus de 65 ans par territoire de santé est la suivante , à l'estimation suivante:

<b>Territoire</b>	<b>Population de + 65 ans 2005</b>	<b>Besoins</b>	<b>Places existantes</b>	<b>Places à créer(*)</b>
Pyrénées Orientales	70 763	64	30	34
Carcassonne	32 331	29	10	19
Narbonne	23 818	22	6	16
Béziers-Sète	61 199	56	20	26
Montpellier	69 837	64	68	<b>4 en sus de l'objectif de création en 2005 (**)</b>
Nîmes/Bagnols- sur-Cèze	61 020	56	0	56
Alès	25 212	23	3	20
Lozère	11 566	10	0	10
<b>Total</b>	<b>355 746</b>	<b>324</b>	<b>147</b>	177 (non comprises les 4 places en sus du territoire de Montpellier)

(\*) dans le cadre de l'objectif national fixé pour 2005.

(\*\*) compte tenu de l'objectif national prévu pour 2005, le territoire de Montpellier dispose déjà d'un nombre de place suffisant par rapport à sa population de plus de 65 ans et même de 4 places supplémentaires. Cependant, dès 2009, le nombre d'habitants de plus de 65 ans du territoire de Montpellier justifiera les 68 places déjà autorisées.

### 2. 1) Urgences et permanence des soins

La prise en charge de la permanence des soins est l'une des priorités de l'organisation de notre système de soins. Elle vise à garantir à tous un accès aux soins de qualité en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins. »<sup>2</sup>

Le décret n°2003/880 du 15 septembre 2003 précise que :

*« la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par les médecins d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ».*

Les travaux préparatoires à venir, relatifs à l'accueil et au traitement des urgences proposent que :

*« l'établissement autorisé pour l'activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences, accueille en permanence dans le service des urgences, sans sélection, toute personne se présentant en situation d'urgence ou adressée au service d'urgences notamment par le SAMU ».*

En outre, il convient de rappeler que les services d'urgences ont une mission "sentinelle" de veille et d'alerte et de réponse aux événements exceptionnels.

Les services d'urgences accueillent des malades ou blessés qui présentent une urgence vraie ou qui vivent leur état de santé comme nécessitant une intervention médicale urgente.

Toutefois, il est de plus en plus constaté que le recours aux services d'urgences répond à la volonté de certains patients d'être pris en charge rapidement, même pour des situations que le patient sait ne pas être impérieuses, et complètement, c'est à dire permettant, d'accéder immédiatement à l'ensemble des moyens d'examen et de prise en charge du plateau technique (laboratoire médical, radiologie ...).

Parallèlement, la médecine générale assure de moins en moins, pour diverses raisons, les gardes de nuit et de week-end, augmentant ainsi le recours aux services d'urgences, ouverts 24 heures sur 24.

Enfin, dans beaucoup trop d'établissements, les patients, même adressés, sont orientés vers les services d'urgences pour effectuer un « bilan d'entrée ».

Un enquête récente dans certains services d'urgences de la région Languedoc Roussillon a mis en évidence :

- 84 % des passages classés en GEMSA 2 (patient non convoqué sortant après consultation ou soins),
- 3 % classés en GEMSA 3 (patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale).
- 1,8 % des passages seulement orientés par le SAMU / Centre 15, 11 % par le Médecin traitant et 86 % spontanément.

---

<sup>2</sup> Schéma d'organisation de la permanence des soins de la médecine générale en Languedoc-Roussillon -Propositions de la Mission régionale de santé

Ces différents comportements génèrent un afflux de plus en plus massif de patients dans les services d'urgences.

Il s'agit donc **d'optimiser le dispositif pour :**

- **assurer une complémentarité optimale** entre la permanence des soins qui assure la disponibilité des soins primaires et la garde hospitalière qui assure l'urgence des soins,
- **organiser les flux de passages dans les services d'urgences**, afin de les recentrer sur les véritables urgences, de préserver la prise en charge sécurisée des urgences vitales et d'améliorer la qualité des prestations et les temps de réponse.

**Ce double objectif passe notamment par le renforcement du rôle de régulation unique par le centre 15 dans chaque département.**

#### **a) La régulation par le centre 15 :**

La régulation par le centre 15 est la seule modalité à même de permettre le déclenchement d'une réponse adaptée à la demande de soins.

La régulation peut, en fonction des situations, apporter des conseils, différer le recours aux soins en orientant le patient vers une consultation programmée, mobiliser le praticien ou l'association de permanence des soins inscrits sur le tableau de permanence, ou le cas échéant, orienter vers les soins d'urgence hospitalière.

A cet égard, un effort de communication à destination du grand public doit être mené sur ce point.

Cette régulation est en mesure d'associer la médecine libérale.

En effet, conformément à l'article R.732 du Code de la santé publique, la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires, basée sur le volontariat du médecin, est définie comme suit :

- la régulation de la permanence des soins est organisée par le SAMU,
- une régulation libérale peut également fonctionner sous la responsabilité du centre 15 par un centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce centre est interconnecté avec le SAMU,
- la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins.

#### **b) L'amélioration et la sécurisation du dispositif de permanence des soins :**

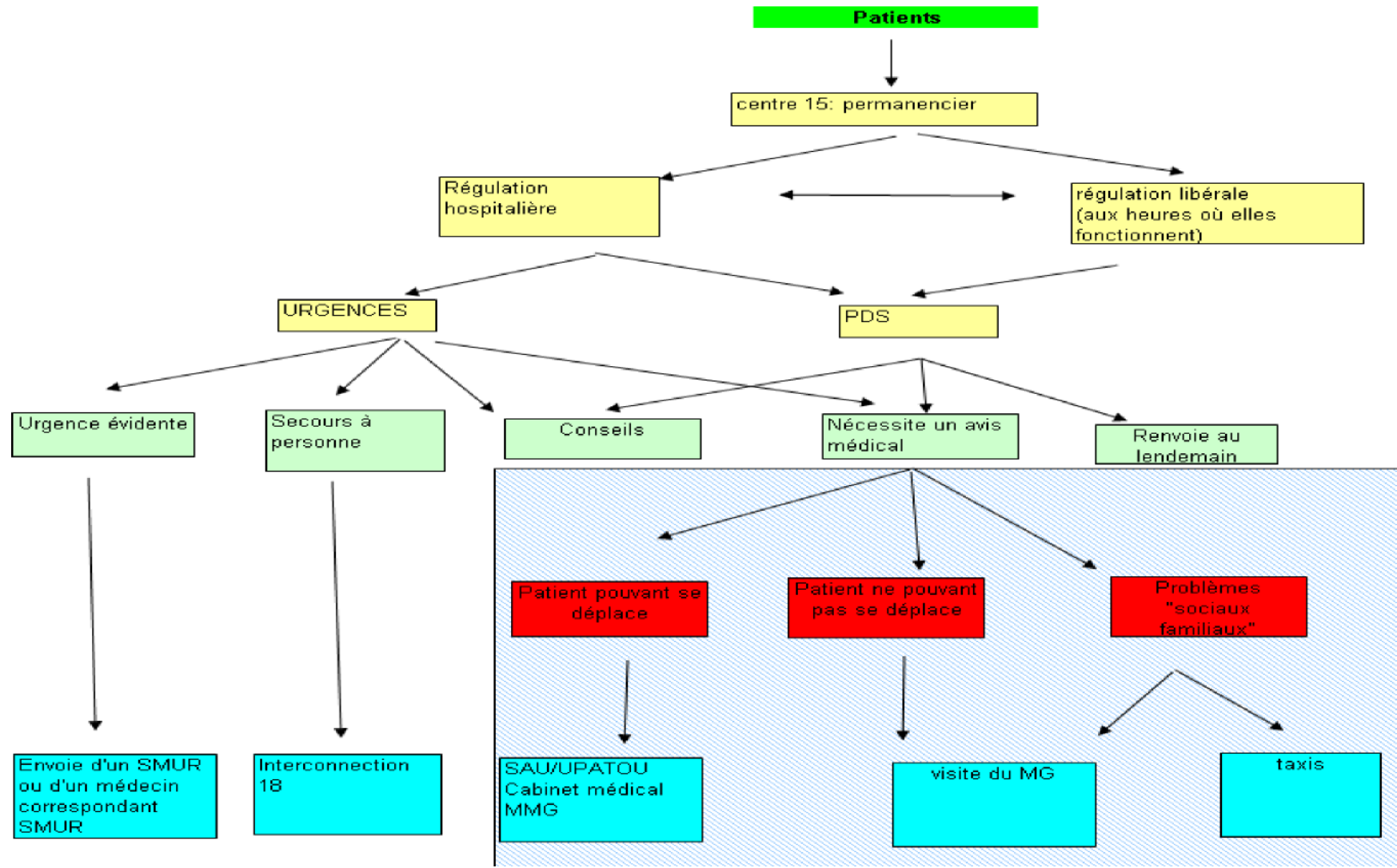
Le renforcement du dispositif de permanence de soins ne passe pas par une solution unique. Il est à appréhender en fonction du diagnostic posé et notamment des ressources médicales disponibles. C'est ainsi que, dans le cadre du précédent schéma, plusieurs modalités ont été promues, selon les territoires :

- maisons médicales de garde,
- maisons médicales pluridisciplinaires,
- centre médical au sein d'une structure sanitaire (hôpital local, clinique privée, établissement médico-social),
- médecins correspondants du Service mobile d'urgence (SMUR),
- Réseau de médecins remplaçants.

En outre, une solution adaptée localement doit être trouvée au transport de certains patients (personnes âgées, familles monoparentales) vers le médecin de garde et à leur retour à domicile lorsqu'il ne sont pas hospitalisés. Le même problème se pose pour l'accès aux services d'urgences. La garde ambulancière, les SDIS, les collectivités locales doivent être sollicités.

Cette amélioration, qui relève de la compétence de la Mission régionale de santé, respectera le dispositif ci-après :

Schéma d'organisation de la PDS et de l'aide médicale d'urgence.



**c) L'organisation interne des établissements de santé :**

La circulaire ministérielle sur les urgences du 16 avril 2003 propose un certain nombre de mesures concernant l'organisation interne : gestion des arrivées aux urgences, consultations non programmées, contributions des services aux gardes des urgences, filières spécifiques (enfants, personnes âgées etc..) aval des urgences, et la mise en place dans chaque établissement public d'une commission des admissions et des Consultations non programmées. Dans les établissements privés ces missions relèvent de la conférence médicale d'établissement ( cf circulaire du 16 avril 2003).

Chaque site autorisé pour accueillir des urgences doit s'inscrire dans cet objectif et le décliner concrètement.

**d) Les filières par pathologies : Les filières liées à l'urgence :**

Cela concerne en particulier les accidents vasculaires cérébraux, les urgences cardiologiques, les polytraumatisés (voir infra).

Le patient nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale spécifique dans un très bref délai et dont le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, est orienté, en liaison avec le SAMU, directement vers le plateau technique adapté à son état.

Le schéma régional d'organisation sanitaire identifie les établissements de santé qui ont vocation à assurer directement ces prises en charge spécifiques.

Des modalités optimales de prise en charge sont décrites, notamment au travers de diverses circulaires ou recommandations professionnelles et le SROS détermine un maillage régional des services concernés.

Toute autorisation d'activité concernée devra apporter les garanties du respect de ces préconisations.

**La psychiatrie :**

Les trois principaux pôles urbains doivent mettre en place une organisation intersectorielle spécifique d'accueil en urgence.

**e) Les populations spécifiques : Les personnes âgées :**

L'hospitalisation d'un sujet âgé est, toujours, une décision qui doit être réfléchie et n'intervenir que sur avis du médecin traitant.

Pour cela il convient :

- d'assurer la permanence des soins médicaux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les établissements de proximité afin de limiter le transfert vers les services d'urgences, toujours préjudiciable,
- lorsque l'hospitalisation est nécessaire, prévoir en interne, un accès direct aux services concernés, notamment gériatrique.

**Les enfants et adolescents :**

Une organisation spécifique à destination des urgences des enfants et adolescents doit être opérationnelle sur les 3 principaux pôles urbains (cf. recommandations enfance et adolescence).

**f) L'optimisation des moyens disponibles :**

Le schéma arrêté en juillet 1999 a permis la mise en œuvre d'autorisations d'accueil des urgences dans 10 établissements publics et 12 établissements privés.

Ce maillage important ne justifie pas de nouvelles créations en proportion importante mais plutôt une amélioration de la coordination et des filières entre les différentes structures.

Ces organisations en filières sont décrites dans les volets concernant les AVC, les urgences

cardiologiques et les traumatismes crâniens.

Les travaux préparatoires à venir , relatifs à l'accueil et au traitement des urgences proposent que les établissements autorisés formalisent un réseau avec les autres partenaires de l'urgence pour « assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont il ne dispose pas ».

En conséquence, le maintien des autorisations d'activités de traitement est liée :

- A la production d'une convention avec un autre site autorisé disposant des compétences, des techniques et ou des capacités d'hospitalisation dont le site ne dispose pas ;
- A l'organisation d'une astreinte partagée publique privée pour les spécialités ou les compétences sont rares ;
- Au respect des arbres de décision pour l'orientation des patients dans les différentes filières.

L'amélioration du dispositif peut être poursuivi avec :

- le développement des Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) qui doit permettre tout à la fois d'anticiper les problèmes de pénurie médicale et de sécuriser les sites excentrés.
- la mise en place d'une antenne SMUR sur le territoire d'hospitalisation prioritaire de Ganges le Vigan avec les moyens des SDIS et des deux CHU.

#### **g) L'Evaluation :**

Les unités d'accueil des urgences doivent être informatisées afin de participer au système d'information mis en place au plan régional qui décrit l'activité des services, la typologie des patients accueillis.

## 2. 2) Urgences cardiologiques

La filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (IDM) permet de retracer les différentes étapes du parcours de soins cliniques, thérapeutiques dont interventionnels.

### 1). Phase pré-hospitalière :

Son amélioration à pour objectif de :

- **réduire les différents délais** qui précèdent la prise en charge efficace des syndromes coronaires avec sus-décalage de ST (SCA ST+) constituée d'une des 2 méthodes de reperfusion.

- **apporter** par la chaîne des services d'urgence (SMUR en premier lieu) **les premiers soins appropriés** aux patients, victimes d'IDM ou présentant des douleurs thoraciques.

Il est donc proposé :

- en vue de la réduction des délais, de :

- **sensibiliser, informer, former le public** à la reconnaissance des symptômes évoquant un Infarctus Du Myocarde (IDM) et à la Gestion de l'appel au centre 15.
- **généraliser l'appel systématique** par le médecin généraliste ou le cardiologue libéral **au 15.**
- **médicaliser la prise en charge** : le centre 15 envoie le SMUR ou sollicite le médecin correspondant du SMUR (aide éventuelle par télétransmission de l'ECG).
- **organiser un accès direct** du malade transporté par le SMUR en Unité de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC) ou en salle de cardiologie interventionnelle dans chaque structure autorisée.

- en vue d'améliorer l'accès à une procédure de revascularisation harmonisée au niveau régional :

- **se référer à l'arbre décisionnel** validé régionalement est destiné aux services d'urgences. (cf. document technique annexé)
- **garantir la formation** de tous les médecins des SAMU - SMUR **à la thrombolyse pré-hospitalière.**
- **formaliser obligatoirement la coopération** entre le SAMU - SMUR et les services d'USIC des territoires de recours et de cardiologie interventionnelle les plus proches.
- **organiser l'accès direct en USIC** des patients ayant bénéficié d'une thrombolyse pré-hospitalière ou pour bénéficier d'une thrombolyse hospitalière.
- **organiser l'accès direct en salle de cathétérisme interventionnel** pour les autres situations selon l'algorithme. (cf. document technique annexé)

- d'améliorer l'orientation des douleurs thoraciques suspectes par un accès direct aux lits de soins continus (SC) contiguës aux USIC.

A cet effet, des conventions formalisées dans chaque territoire doivent être signées :

- Entre SAMU - SMUR et unités USIC-SC,
- Entre SAMU - SMUR et centres de cardiologie interventionnelle dans l'année qui suit l'entrée d'application du SROS

## **2). Phase Hospitalière « Court séjour »**

### **2.1 Les Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC)**

L'USIC est une activité relevant du territoire de santé. Son dimensionnement minimal est de 6 lits et correspond à la couverture des besoins d'une population de 155.000 habitants.

Des recommandations sont proposées ( cf document technique annexé) Elles reprennent les éléments du décret du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et les recommandations de la Société Française de Cardiologie.

Un **accès direct** à l'USIC doit être organisé.

Des conventions sont nécessaires entre :

- les services d'urgences et les USIC.
- les établissements ayant une offre de cardiologie et l'USIC du même territoire.
- les USIC, les centres de cardiologie interventionnelle et les SMUR (transports primaires et transports secondaires).

### **2.2. Les Unités de surveillance continue :**

Les besoins en soins continus ont été évalués par les experts du Groupe de Travail au même nombre de lits que les Soins Intensifs pour le même territoire :

- afin de ne pas entraver les conditions de transfert des patients à la sortie de l'USIC ou des centres de cathétérismes, ou des centres d'électrophysiologie interventionnelle,
- et de pouvoir recevoir en amont de l'USIC les problèmes de douleurs thoraciques si l'unité de soins continus est à coté de l'USIC, ou de malaises, de lipothymie, pour un bilan étiologique.

- **Des recommandations sont proposées** (cf. document technique annexé).
- **Un accès direct** doit être organisé pour les douleurs thoraciques vers les lits de soins continus (SC) contigus aux USIC.
- **Des Conventions** doivent être signées entre :
  - SMUR-SC/USIC,
  - service de médecine à orientation cardiologique avec ou sans unité de SC et USIC du même territoire.

### **2.3) Les centres de cardiologie interventionnelle :**

L'activité de cardiologie interventionnelle est une activité de référence, la couverture des besoins de la population à ce jour ne nécessite pas la reconnaissance de nouveaux sites.

**Des recommandations sont proposées pour les centres de cardiologie interventionnelle** ( cf document technique annexé).

- Les activités **diagnostiques et interventionnelles sont indissociables.**
- **Des conventions sont à généraliser** entre les USIC et les centres de cardiologie interventionnelle voisins, intégrant les services SMUR et SAMU : la régulation du centre 15 est indispensable, ainsi que l'organisation de transports primaires ou secondaires.
- **En application de l'algorithme proposé** en partenariat avec les Professionnels, un **accès direct** est souhaitable dans les circonstances décrites (temps d'accès < 1 heure) vers les centres de cathétérisme les plus proches.

- Un **centre de cathétérisme cardiaque** devrait idéalement être **accessible en 1 heure** pour les situations cliniques aiguës.

## **2.4. Electrophysiologie :**

Plusieurs niveaux sont à considérer :

- **l'implantation et la surveillance des stimulateurs cardiaques hors les stimulateurs triple chambre.**

La phase diagnostique peut parfois se résumer à l'enregistrement électro-cardiographique

Si une exploration endocavitaire s'avère nécessaire, elle doit être réalisée dans un centre d'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle avec lequel, l'établissement «adresseur» aura passé convention.

- **le centre d'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle :**

Ce centre intervient sur :

- les explorations endocavitaires soit simples soit complexes.
- Les techniques ablatives par voie droite ou par cathétérismes droit et gauche.

- une place à part concerne les **établissements habilités** à implanter les **défibrillateurs** et les **stimulateurs triple chambre.**

### **2.4.1. Implantation et surveillance des stimulateurs cardiaques :**

La pose et la surveillance de stimulateurs cardiaques mono ou double chambre doivent être accessibles au niveau du territoire de santé.

Des recommandations sont proposées pour cette activité ( cf document technique annexé) issues des travaux de la Société Française de Cardiologie (SFC) et validées par le groupe de travail régional.

**2.4.2. Centres d'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle** : L'électrophysiologie concerne un ensemble d'actes diagnostiques et interventionnels.

- **L'électrophysiologie diagnostique** inclut l'ensemble des techniques d'enregistrement intracavitaire de l'activité cardiaque dans les conditions basales ou sous stimulation électrique, pharmacologique ou autre.

Les explorations endocavitaires se répartissent en explorations simples (ex : exploration du faisceau de HIS) et en explorations complexes (ex : exploration d'une tachycardie).

- **L'électrophysiologie interventionnelle** consiste à repérer par cartographie endocavitaire puis à détruire la zone du myocarde arythmogène, les voies accessoires ou le tissu de conduction dans le but de guérir le patient de son arythmie ou d'améliorer la tolérance fonctionnelle des troubles du rythme.

Ces techniques d'ablation utilisent soit le cathétérisme droit soit les cathétérismes droit et gauche.

Des recommandations sont proposées (document technique annexé). Elles reprennent les travaux de la Société Française de cardiologie (SFC) et proposent des seuils d'activité :

- 100 explorations par an par centre,
- 50 interventions par an par centre.

### **2.4.3. Implantation des stimulateurs triple chambre et des défibrillateurs : (STC, DCI)**

Suite aux arrêtés du 27 octobre 2004, une liste d'établissements habilités permettant la prise en charge de ces dispositifs par l'Assurance Maladie, a été établie.

Les D.U. sont enseignés à Montpellier.

## **3. Phase Hospitalière Réadaptation Cardiaque**

La réadaptation cardiaque s'adresse théoriquement à :

- tous les patients atteints d'Infarctus du Myocarde.
- tous les patients ayant été opérés de pontage coronaire ou de remplacement valvulaire.
- certains patients insuffisants cardiaques.
- quelques patients ayant eu un défibrillateur.

Il convient de :

- **renforcer l'offre** en orientant l'activité de certains centres de rééducation fonctionnelle vers cette prise en charge et proposer obligatoirement les deux modalités : hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel.

La répartition entre moyens d'hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel devra être modulée selon la taille de l'établissement et la localisation géographique.

L'offre d'hospitalisation à temps partiel sera nécessairement proche des services de soins aigus et plutôt orientée vers les populations actives.

- **organiser l'offre** en la répartissant au niveau de chaque territoire de santé et en privilégiant la proximité des services de cardiologie aiguë : unités de soins intensifs ou centres de cardiologie interventionnelle.

## 2. 3) Accidents Vasculaires Cérébraux

Avec un tableau clinique moins spectaculaire que l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral est moins connu, notamment au niveau de ses symptômes. Moins connues également sont les séquelles graves souvent rencontrées : hémiplésies, troubles de la parole, de la déglutition, etc...

Face aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), les praticiens sont en mesure de :

- désobstruer en urgence un vaisseau dans les heures qui suivent l'accident,
- limiter l'extension de la nécrose dans les jours qui suivent,
- limiter les séquelles par une réadaptation bien conduite dans les semaines qui suivent.

L'enjeu est donc d'optimiser l'organisation de la filière de prise en charge de ces patients pour limiter les conséquences dramatiques de cet accident.

Il convient de :

- **considérer tous les AVC comme une urgence médicale**, au même titre que l'infarctus du myocarde.
- **réduire les délais, le nombre de décès et de handicaps lourds**. Un handicap sévère touche 1/3 des survivants.
- **favoriser et augmenter le nombre de retours à domicile**.

### La prévention

L'AVC intervient à un âge moyen plus élevé que l'infarctus, mais **la prévention primaire** est identique.

Le cumul de l'hypertension artérielle, du diabète, du tabac et du cholestérol est généralement un grand pourvoyeur d'infarctus et d'AVC. Mais ce dernier est beaucoup moins médiatisé à tous les niveaux, de sorte que sa prévention primaire est quasi inexistante.

A défaut d'une action grand public et France entière – qu'il faudrait susciter en concertation avec le Comité Régional d'Education pour la Santé - la prévention primaire ne peut donc que passer par le médecin généraliste, plus particulièrement orientée vers les sujets à risque évoqués ci-dessus, étant entendu que l'obésité, la sédentarité et l'hérédité sont également des facteurs de risque associés.

Une action devrait donc être engagée par l'URCAM et l'URML pour accompagner les médecins libéraux dans ce type de prévention.

**La prévention secondaire**, couramment entreprise à la suite d'un accident vasculaire, cardiaque ou cérébral, est diversement suivie, notamment au niveau de l'hygiène de vie et d'observance du traitement, et l'on déplore des récurrences, souvent fatales en terme de handicap lorsqu'il s'agit d'AVC.

Réduire les récurrences d'AVC doit donc devenir une priorité dans l'action de sensibilisation à mener vis-à-vis des médecins généralistes, ceux-ci étant en contact régulier avec les patients lors du renouvellement des prescriptions. Elle devient tout autant impérative lorsque le patient a déjà subi un accident vasculaire cérébral ou cardiaque, même sans séquelle, ou un accident ischémique transitoire.

Des accords conventionnels locaux ou régionaux devront décliner cet objectif.

## **Les structures de prise en charge en phase aiguë Les unités neuro-vasculaires**

L'analyse des besoins permet de proposer la création de 6 unités neuro-vasculaires (UNV) dont une unité de référence pour un total de 37 lits d'aigus. Les lits subaigus ont été chiffrés à 148.

Il est convenu que toutes les UNV devront être en capacité de réaliser des fibrinolyse.

L'unité neuro-vasculaire de référence a été identifiée, sachant que celle-ci assure un rôle de coordination de la filière sur la région, d'organisation de la formation des professionnels concernés et d'incitation à la recherche clinique, une expertise spécifique concernant certains types de patients ou de techniques.

### **Les sites de proximités**

La circulaire du 3 novembre 2003 précise que le SROS peut prévoir, en fonction du contexte de la région, les établissements qui prennent en charge des patients AVC bien que n'ayant pas une activité suffisante pour dégager des moyens spécifiques à la création d'une unité neuro-vasculaire, sous réserve:

- qu'ils disposent d'un scanner opérationnel 24h/24 ;
- qu'ils participent activement à la filière régionale de prise en charge des AVC (utilisation de référentiels, participation aux actions de formation...);
- qu'ils bénéficient d'une expertise clinique et radiologique organisée au sein de la région (télé-médecine).

Après analyse de l'offre de soins régionale, trois sites de proximité habilités à prendre en charge les AVC sont identifiés, sur les territoires de recours de Narbonne, d'Alès et de Mende.

Par ailleurs, il est impératif, pour des raisons géographiques et de sécurité, que le site de proximité de Mende soit en capacité d'effectuer des fibrinolyse, sous les conditions évoquées ci-dessus et sous réserve de la formation des médecins urgentistes et/ou internistes, en s'appuyant sur les recommandations proposées dans l'annexe technique

Toute structure prenant en charge les AVC doit progressivement s'inscrire dans un réseau de vidéo-transmission. Cette technique permet aux sites de proximité l'examen clinique et l'évaluation d'un patient à distance, par exemple son éligibilité à la trombolysse IV alors qu'il n'a pas le temps d'accéder à une UNV. Aux UNV elle permet des échanges avec l'UNVR notamment pour la trombolysse intra-artérielle, un traitement de radiologie interventionnelle, une intervention neuro-chirurgicale, ou pour valider un transfert.

Toute structure d'urgence peut se positionner pour la création d'un site de proximité en vue de l'accueil des AVC, dans le respect des recommandations professionnelles.

La liste et la carte des Unités Neurovasculaires et des sites de proximités sera portée à la connaissance tous les Centres 15 de la Région.

## **Les structures et modalités d'aval**

### **Les Soins de Suite et de Réadaptation**

La prise en charge des patients AVC ne peut se concevoir sans la mise en place d'une articulation entre soins aigus et soins de suite, de rééducation et de réadaptation (SS-RRF) et l'organisation de filières d'aval afin d'éviter la « saturation » des unités neuro-vasculaires.

Il serait préférable que les offres de SS-RRF, toutes orientations confondues, se situent dans la proximité du domicile.

La circulaire du 3 novembre 2003 précise que le SROS doit identifier toutes les structures de rééducation et de réadaptation fonctionnelle accueillant des patients présentant des pathologies neurologiques : AVC, traumatismes- crâniens ...

Les lits de SSR nécessaires (dont 60% en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, 40% en Soins de Suite Médicalisés) ont été chiffrés. Ces lits seront labellisés à partir des capacités existantes. Ils seront identifiés et dédiés en ce qui concerne les établissements de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle.

### **La prise en charge en aval des personnes âgées**

Les personnes âgées victimes d'un AVC pour lesquelles il ne peut être envisagé un retour à domicile, devront pouvoir être prises en charge, si le niveau de soins requis le permet, par les maisons de retraite médicalisées (EHPAD). Une prise en charge coordonnée et adaptée au niveau de dépendance devra être mise en place.

### **Le retour à domicile**

La circulaire du 3 novembre 2003 précise qu'après une hospitalisation pour AVC, le retour à domicile nécessite une démarche de réinsertion et le plus souvent l'intervention coordonnée d'acteurs du champ des soins de la ville et éventuellement de l'hôpital, mais aussi de l'aide à domicile.

Le retour à domicile ne signifie pas la fin des soins de rééducation.

Sur le plan sanitaire, les soins relèvent du médecin traitant et peuvent faire appel aux professionnels de santé libéraux (kinésithérapeute, orthophoniste), ainsi qu'éventuellement à une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) ou à un réseau de soins :

- des services : les services d'aide à domicile – notamment d'aide ménagère -, d'auxiliaires de vie, de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH),
- les professionnels de santé libéraux,
- les réseaux de soins,
- les comités locaux d'information et de coordination (CLIC),
- les sites à la vie autonome (SVA).

Il convient donc de mettre en place, au moins dans chaque territoire de santé, un réseau coordonné permettant de déclencher les actions et les prises en charge les plus appropriées à l'état de santé et à la situation sociale de chaque patient ayant eu un AVC.

## **L'alternative au retour à domicile**

Lorsqu'elles ne peuvent pas retourner ou rester à leur domicile, les personnes victimes d'accident vasculaire cérébral n'ayant plus leur autonomie et/ou nécessitant une surveillance médicale et des soins peuvent être admises en institution.

- établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- unité de soins de longue durée (USLD) ;
- maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- foyer d'accueil médicalisé (FAM).

S'agissant de la prise en charge des AVC dans le secteur médico-social, les modalités de prise en charge de ces patients dans ce type d'établissements seront examinées en concertation avec les représentants des Conseils Généraux et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales sur les plans de la spécificité de la prise en charge et des conséquences financières.

## **Les recommandations à toutes les étapes de la filière**

Les recommandations qui se rapportent aux différentes étapes du parcours de soins du patient sont décrites ci-après :

### **1) Prise en charge initiale**

- tous les patients doivent être orientés par le centre 15.

En outre, il convient :

- d'assurer la formation des médecins généralistes au repérage des premiers symptômes et la formation neurologique des médecins urgentistes à la prise en charge des AVC.
- qu'un maximum de malades atteints d'un AVC puissent avoir accès dans les 3 heures à une unité neuro-vasculaire disposant d'un IRM ou à défaut d'un scanner H24 et bénéficier d'un examen radiologique dans les 3 heures (ischémique// hémorragique).

### **2) Accueil dans un établissement de santé :**

- en application de la circulaire du 3 nov. 2003, il s'agit d'inscrire chaque structure labellisée dans la filière AVC.
- Les hémorragies méningées doivent être transférées à l'Unité Neuro-Vasculaire Régionale.

#### **a) Diagnostic, investigations**

- le recours à la télé-médecine, dont la vidéo-transmission, doit être développé, ce qui n'exclut pas la création de postes de neurologues et de radiologues.
- Les neurologues doivent être formés à la pathologie neuro-vasculaire.

#### **b) Hospitalisation**

- des Unités Neuro-Vasculaires doivent être créées dans 5 territoires de santé.
- les sites de proximité doivent disposer d'un scanner, avoir accès à un réseau de télé-médecine, dont la vidéo-transmission, et adhérer à la filière de soins AVC régionale.

### **c) Préparation à la sortie du court séjour :**

- La sortie d'hospitalisation doit être préparée, dès l'admission.
- la coordination entre les services d'aigus et la rééducation fonctionnelle doivent être développées.

La région manque de « lits de post-réanimation » . Ces lits nouveaux devront être créés à proximité des besoins.

Le patient ne doit pas être maintenu en lit subaigu entre J+10 et J+21, l'évaluation devant s'effectuer après la sortie de l'UNV ;

- Le patient doit pouvoir être admis dans un structure de SS-RRF proche de son domicile, et au moins dans le département.

**3) Accueil en structure de moyen séjour et de rééducation :** selon son état, le patient peut relever de prise en charge en Médecine Physique de Rééducation plus ou moins spécialisée ou de soins de suite polyvalents.

- Les prises en charge en hôpital de jour de rééducation et en HAD doivent être développées.
- Il convient de définir les critères d'orientation à J + 10 et à J + 90.
- Il s'agit de demeurer attentif à la notion de qualité et au caractère évolutif de la dépendance.

### **a) Accueil dans un établissement de Médecine physique et de Réadaptation (MPR)**

- La labellisation des établissements s'établit selon les 3 niveaux de prise en charge (cf. document technique annexé).
- Davantage d'établissements de rééducation doivent être labellisés dans la prise en charge des AVC afin de parvenir à un centre par département. A cet égard, il est constaté une absence de centre sur les territoires de Carcassonne (le centre de RRF autorisé et non ouvert doit s'inscrire dans cette filière), et d'Alès.
- L'établissement de RRF labellisé pour la prise en charge des AVC doit disposer d'un plateau technique du mouvement et d'un laboratoire d'analyse des troubles neurologiques.

### **b) La sortie de l'établissement de Rééducation fonctionnelle**

- Le renforcement de la médicalisation de la prise en charge à domicile doit être recherchée afin d'éviter toute rupture de prise en charge et de ne pas perdre les acquis de la rééducation, d'éviter la régression (organique, dépressive, vieillissement).
- Il convient que l'établissement de RRF prescrive les soins en secteur libéral (de kinésithérapie et d'orthophonie notamment) au lieu de s'en remettre au médecin généraliste. L'établissement devrait avoir la possibilité d'assurer un rôle référent dans le suivi de la rééducation du patient.

#### **4) Prise en charge en USLD et en établissements médico-sociaux**

- Les Unité de soins de longue durée ne sont pas adaptées à la prise en charge des AVC en sortie d'hospitalisation, l'orientation en moyen séjour indifférencié apparaît davantage appropriée.
- La prise en charge de niveau 3 devra être envisagée en fonction de la répartition des moyens entre unités de soins de Longue durée et les EHPAD qui interviendra à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.
- Cet aspect fera l'objet d'échanges avec les Conseils Généraux et les DDASS sur les modalités de prise en charge des AVC dans le secteur médico-social : MAS, FAM, EHPAD.

#### **5) Prise en charge à domicile**

- un bilan par un médecin spécialisé doit être effectué régulièrement.
- La coordination entre la prise en charge médicale et paramédicale libérale doit être renforcée.
- Des sites pour la vie autonome doivent être développés.

## 2. 4) Traumatismes crânio-cérébraux

Les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires sont le plus souvent les conséquences d'accidents de la route.

Cependant, on assiste actuellement à une augmentation de ces traumatismes dus à des accidents de travail.

Une priorité doit être donnée en terme de santé publique aux actions de prévention.

Les données d'incidence citées dans la Circulaire DHOS 280 du 18 juin 2004 permettent l'évaluation suivante :

En Languedoc Roussillon les données d'une étude basée sur le **PMSI 2004**, montrent que 250 Traumatisés Crâniens Graves ont été hospitalisés en LR en 2004,  $\frac{3}{4}$  à Montpellier et  $\frac{1}{4}$  à Perpignan.

75 sont décédés ( 37 % de décès chez les adultes et 16 % chez les enfants ).

Afin de répondre aux besoins, une filière doit être organisée sur les bases suivantes :

### **1. La prise en charge sanitaire à la phase aiguë**

La prise en charge pré-hospitalière médicalisée doit être toujours régulée par le SAMU Centre 15.

**C'est au SAMU - 15 de déclencher la réponse la plus adaptée :**

- en mobilisant ses équipes SMUR : La spécificité des traumatismes crânio-cérébraux et médullaires impose la prise en charge SMUR par une équipe médicale complète,
- en privilégiant les moyens de transport hélicoptérés afin de raccourcir le délai d'admission dans le centre de référence ,
- en préparant l'admission du polytraumatisé dans le centre de référence.

L'évaluation de la gravité par le Médecin régulateur du SAMU, en lien avec ses équipes SMUR, est un élément fondamental de la prise en charge initiale des poly-traumatismes car il permet de prendre les décisions appropriées, en fonction du bilan médical initial et de l'urgence d'un geste chirurgical salvateur mais aussi du lieu de l'événement, des moyens de transport terrestres ou hélicoptérés disponibles, du temps de transport nécessaire pour se rendre dans le centre de référence.

### **1.1 . L'orientation**

Tout traumatisme crânien grave et/ou médullaire doit pouvoir être examiné et traité en tant que de besoin par un neurochirurgien, un réanimateur, un chirurgien viscéral ou orthopédique, un pédiatre.

L'orientation du patient, victime d'un traumatisme crânien grave, doit se faire préférentiellement directement vers une structure disposant d'un service de réanimation, d'une équipe de neurochirurgie et d'un plateau technique adapté ( scanner, laboratoire, IRM... ), tous opérationnels en permanence.

En Languedoc Roussillon, deux établissements de santé répondent à ces critères à Montpellier et Perpignan.

Le Médecin régulateur du SAMU organise donc préférentiellement l'acheminement du traumatisme crânien grave vers l'établissement de santé de référence le plus proche :

- **Montpellier** pour les traumatisés de l'Hérault, du Gard et de la Lozère,
- **Perpignan** pour les traumatisés des PO et de l'Aude.

Le Médecin régulateur du SAMU peut cependant décider de modifier l'orientation du polytraumatisé vers le service d'urgences hospitalières le plus proche face à une situation médicale mettant en jeu le pronostic vital en tenant compte des impératifs liés au transport.

## **1.2. L'accueil**

L'accueil des adultes et des enfants à Montpellier et à Perpignan doit se faire directement dans une unité pour polytraumatisés ;

## **1.3. La réanimation**

Les besoins théoriques en lits de réanimation pour les Traumatismes Crâniens graves de la région peuvent être estimés à : 50 lits sur la région Languedoc Roussillon (  $\frac{3}{4}$  à Montpellier,  $\frac{1}{4}$  à Perpignan) pour une durée moyenne de séjour estimée à 60 jours, y compris les transferts sur Toulouse et Marseille.

L'intervention d'un médecin physique et de réadaptation (M.P.R.), dès la réanimation, est nécessaire car elle garantit une prise en charge précoce et continue de rééducation appropriée et favorise l'articulation étroite entre réanimation et structure de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Le nombre de lits de réanimation est suffisant dans la région, à condition que la fluidité des lits d'aval, d'abord en structure de rééducation et réadaptation fonctionnelle spécialisée et surtout dans la filière médico-sociale, soit assurée.

#### **1.4. Traumatismes Crâniens de moyenne gravité :**

Il s'agit des traumatismes crâniens de moyenne gravité pour lesquels le score de Glasgow est compris entre 9 et 12 :

- L'accueil au service d'urgences hospitalières de proximité est possible avec une prise en charge s'appuyant sur les protocoles de prise en charge et traitement des urgences proposés par la SFAR .,
- La décision éventuelle d'orientation est prise par un médecin senior en lien, par télé médecine, avec les 2 sites de référence Montpellier et Perpignan ( pour les transferts d'images de scanner ).
- Pour les autres patients, il convient de prévoir le recours à des soins intensifs aigus dans une structure adaptée à leur état « neurologique ».

Il n'est donc pas nécessaire de prévoir des unités dédiées mais il est nécessaire de prévoir cette activité en lien avec une U.N.V. avec possibilité d'accès secondaire neuro - chirurgical.

- Ces patients (et, en particulier, les enfants) doivent bénéficier de consultations spécialisées de suivi à distance de 2 à 6 mois. Afin de faciliter leur identification et leur suivi, il est recommandé à l'équipe qui les prend en charge de transmettre l'information au Médecin traitant et aux Médecins M.P.R. des centres de ressources référents, auquel le patient doit être idéalement adressé dans les délais impartis.
- L'expertise à distance de ces patients est indispensable.

#### **1.5 . Le traumatisme crânien de l'enfant de moins de 15 ans :**

L'organisation de la filière de soins doit respecter la double spécificité de l'enfant et du traumatisme crânien.

La charge en soins d'un enfant est plus importante que chez l'adulte : la charge en soin d'un enfant répond à un triple souci de santé, d'éducation et de socialisation dans le respect du projet de la famille.

Dans ces conditions, la prise en charge à la phase aiguë des TCG dans les deux sites de référence, Montpellier et Perpignan, pour les enfants de moins de 15 ans, doit se faire en lien avec les pédiatres.

- Les enfants du site de Perpignan doivent être transférés aux services de réanimation du CHU de Montpellier.
- Au CHU de Montpellier : la concertation entre le réanimateur et le pédiatre les conduisent à identifier une place dans la structure propice.
- L'évaluation doit se faire dès la réanimation par un médecin M.P.R., ce qui permet de guider la rééducation initiale et d'orienter l'enfant, le plus tôt possible, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle spécialisé, en prenant en compte l'éloignement familial.

- Dans la mesure du possible, le souci constant de veiller au maintien du lien familial, à la proximité du domicile et à la poursuite de la scolarité, fait parti du projet de soins.
- Le suivi, jusqu'à la majorité, doit être organisé sur le mode de consultations spécialisées multidisciplinaires, voire d'hospitalisations de jour, pour évaluer régulièrement les capacités d'apprentissage et ajuster les modalités de prise en charge sans rupture à l'entrée dans l'âge adulte.

## **2. Organisation de la prise en charge sanitaire à moyen terme en rééducation et réadaptation fonctionnelle**

### **2.1. Rééducation spécialisée**

Tous les patients sortant de réanimation, suite à un traumatisme crânien et/ou médullaire, doivent pouvoir être admis en structure de Rééducation et Réadaptation fonctionnelle spécialisée. Ce qui nécessite :

- **d'identifier les centres spécialisés** dans la prise en charge de ces patients.

Les besoins minimums théoriques pour les seuls TCG en Languedoc Roussillon peuvent être estimés à :

- 50 lits de SSR spécialisés dont 5 pour les enfants si la durée moyenne de séjour est de 90 jours.
- 100 lits si la DMS est de 180 jours ( 6 mois ), ce qui est le cas actuellement, faute de structures d'aval disponibles.

Ces besoins prennent en compte les patients de retour de Toulouse et Marseille.

- **de favoriser l'articulation entre la réanimation et le CRF spécialisé** par des conventions de partenariat.

Le Médecin M.P.R. est le pivot de la coordination des soins sur le moyen et long terme. Ceci est particulièrement important dans l'accompagnement des enfants présentant un handicap en lien avec le pédiatre.

- **de favoriser l'articulation entre le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle spécialisé et les unités pour états végétatifs chroniques (EVC)** par des conventions de partenariat.

**2.2 Unités « tampons » de post réanimation** : Ces unités poursuivent un double objectif :

- **la précocité de mise en œuvre de soins adaptés de rééducation :**

L'admission en rééducation et de réadaptation fonctionnelle spécialisée nécessite une stabilité des grandes fonctions vitales ( autonomie respiratoire ... en particulier ).

La présence d'unités tampons de post-réanimation proches des services de réanimation permettrait de prendre en charge des patients sortant de réanimation et présentant un état clinique nécessitant à la fois une rééducation, une surveillance et des soins médicaux spécialisés, dans un contexte de lésion cérébrale et/ou médullaire et sur un fond d'état clinique encore instable.

Ainsi, certains patients pourraient bénéficier d'une prise en charge plus précoce et plus rapide si ces unités tampons, en proximité des réanimations et du plateau technique, étaient en capacité d'accueillir des malades en sevrage, des malades avec une ventilation non invasive ..., des malades à l'interface de la réanimation et des soins de suite et de réadaptation spécialisés dont le pronostic est étroitement lié à une prise en charge précoce de rééducation.

- **l'accès facilité au plateau technique hospitalier pour les patients des SRPR**

**éloignés des CH ( Cerbère, Lamalou )** en cas de complications ou lors de bilans à distance ( bilan à 4 mois ) :

Actuellement, cet accès pose des problèmes de :

- de transferts SMURS hélicoptérés entre les services de S.S.R. distants des CH de référence (Montpellier et Perpignan) ,
- de délai d'admission et de lieu d'hospitalisation : les services de Réanimation, et de chirurgie ou de médecine ne souhaitent pas reprendre ces patients qui nécessitent une charge en soins élevée ( nursing+ kiné... ) ,
- de lieu de concertation nécessaire entre les différents professionnels : neurochirurgien, réanimateur, pédiatre.... pour la prise en charge à long terme.

**L'unité de lieu est indispensable pour favoriser ces collaborations étroites entre réanimateur, neurochirurgien, Médecin M.P.R., pédiatre ...**

Ainsi, ces unités qu'il conviendrait d'identifier, au cours du schéma, devraient jouer le rôle d'interface entre la réanimation et les SSR spécialisés éloignés à condition que ces unités soient proches des sites de Montpellier, Perpignan, Nîmes qui disposent déjà de lits de réanimation et de médecine physique de rééducation spécialisée en neurologie.

#### **Au total :**

Les besoins en lits tampons de post- réanimation peuvent être estimés à 12 lits de SRPR adultes et enfants en Languedoc Roussillon sur la base d'une DMS de 3 semaines. Ces lits devront répondre à un cahier des charges précis en concertation avec les professionnels :

- d'admission précoce de certains TCG encore instables. Les patients, après cette prise en charge rapide, et une durée de séjour courte, rejoindraient leur SRPR de rattachement afin de permettre une fluidité et une rapidité dans la prise en charge de ces patients,
- de possibilité d'hospitalisation de courte durée pour des bilans nécessitant le recours au plateau technique et à des consultations de spécialistes,
- voire, des hospitalisations de jour, siège de consultations multidisciplinaires.

### **3. les unités d' EVC :**

Les Etats Végétatifs Chroniques sont les états de veille sans manifestation de conscience ou pauci relationnels (manifestations fluctuantes de perception par les patients de leur environnement ).

La prévalence est évaluée à 2,5/100 000 habitants, c'est-à-dire 65 en Languedoc Roussillon. L'estimation des besoins est de 6 à 8 lits pour 300 000 habitants, soit 50 à 60 lits en Languedoc Roussillon.

A ce jour, les unités d'EVC en Languedoc Roussillon sont situées à Cerbère : 8 lits, Lamalou : 8 lits, Uzès : 8 lits, Ponteils : 8 lits, Lézignan : 8 lits.

Le renforcement à envisager après évaluation de l'existant, devra privilégier la proximité avec les familles.

#### **4. L'articulation entre les acteurs du champ sanitaire :**

Elle favorise la coordination de toute la filière de soins garantissant une meilleure prise en charge et facilite la circulation et les allers - retours des patients entre les SSR spécialisés et la Réanimation.

Elle permet, grâce à une implantation judicieuse des lits de post - réanimation, des prises en charge précoces de SSR, des lieux d'évaluation régulière pour des consultations multidisciplinaires pour ces patients.

Elle crée, ainsi, le lien entre le champ sanitaire et les structures médico-sociales. La notion de proximité de l'entourage familial constitue un élément déterminant pour la qualité de la prise en charge au long cours, notamment au regard de la réinsertion.

#### **5. Organisation sur le long terme : l'aval de l'Hospitalisation**

La population des anciens traumatisés crâniens porteurs de séquelles est mal connue.

Il s'agit pourtant d'une population fragilisée qui relève d'un suivi médical, d'un accompagnement médico - social et social.

Le suivi médical est assuré par le médecin traitant en lien avec le CRF spécialisé référent en accès direct pour les Traumatisés crânio-cérébraux / Traumatisés Médullaires de son territoire d'influence qui organise, en tant que de besoin, une consultation multidisciplinaire dans les Centres Hospitaliers de référence ( Montpellier, Nîmes, Perpignan ).

#### **Registre des Traumatisés crânio-cérébraux et des Traumatisés Médullaires**

**L'imprécision actuelle des données porte un préjudice majeur à ces populations.** Un registre exhaustif des populations porteuses de handicap est nécessaire.

Dans le cas des séquelles de traumatismes crâniens et médullaires, ce registre est piloté localement par le référent territorial ( CRRF spécialisé ) coordonné par un pôle régional, l'alimentation du système d'information « registre » permettant de suivre et d'évaluer les besoins sanitaires médico sociaux et sociaux pour ces personnes traumatisées.

Ces travaux peuvent utilement servir à la réflexion des conférences de territoire en vue d'une optimisation des compétences médicales.

## 3) THEMATIQUES STRUCTURANT LE PLATEAU TECHNIQUE

### 3. 1) Chirurgie

La dispersion observée dans l'état des lieux pour la production de soins par pôles spécialisés au sein des plateaux techniques existants génère des niveaux d'activité ne permettant pas de garantir à moyen terme un niveau minimal de sécurité et de qualité.

L'objectif principal du SROS est donc de rééquilibrer ces activités de soins sur les cinq années à venir.

Cet objectif est aussi dicté par la décroissance annoncée de la démographie médicale et par la nécessité d'assurer la permanence des soins.

Dans ce contexte et conformément aux directives nationales, il est nécessaire d'organiser, dans chaque territoire, une réponse graduée et, le plus possible, autarcique adaptée aux besoins des populations.

Les trois grandes priorités sont :

#### ➤ Rééquilibrer l'activité entre les plateaux techniques

Pour l'analyse des besoins et l'organisation de la réponse graduée, le niveau de territoire retenu est le territoire de santé .

Dans le cadre des travaux préparatoires au SROS, le nombre maximum théorique de plateaux techniques par territoire a été évalué compte tenu des travaux menés au plan national et de l'activité réalisée par pôles spécialisés( chirurgie viscérale, orthopédie-traumatologie, traumatologie lourde, urologie, chirurgie vasculaire, ORL-stomatologie, ophtalmologie, gynécologie chirurgicale et obstétricale).Ces travaux peuvent utilement servir à la réflexion des conférences de territoire en vue d'une optimisation des compétences médicales .

. Des mesures d'accompagnement pourront renforcer les orientations stratégiques prises dans ce cadre, notamment pour les plateaux techniques excentrés.

Au sein de chaque territoire de santé, la répartition géographique et la spécialisation des plateaux techniques proposées devront être adaptés aux spécificités des territoires de proximité. Elles devront tenir compte des services rendus aux populations de ces derniers, notamment en matière de prise en charge éventuelle des urgences et dans le cadre de la permanence des soins.

L'objectif pour chaque territoire de santé est de tendre vers un niveau de production répondant en autarcie à au moins 80 % des besoins. Un taux de fuites évitables (ou comportementales) inférieur ou égal à 20 % est admis, de façon à respecter le principe du libre choix de la population..

La mise en œuvre du SROS passe par un développement des coopérations et des complémentarités inter établissement qu'ils soient publics ou privés (GCS, convention etc. ...). Les territoires excentrés seront concernés au premier chef par ces dispositions, afin de favoriser la mise en œuvre de la priorité suivante.

#### ➤ Assurer la permanence des soins

L'ensemble des plateaux techniques doit concourir à la permanence des soins et/ou à la prise en charge des urgences notamment par la coopération inter établissements et la mutualisation des moyens en particulier humains.

Une permanence des soins devra être assurée par territoire pour les activités chirurgicales spécialisées y compris par mutualisation des compétences des secteurs public et privé.

### ➤ Développer la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation complète implique :

- la mise en place effective d'une structure identifiée d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires (au sens de l'article D 6124-301 du CSP) dans chaque établissement comportant un plateau technique de chirurgie, au plus tard dans les 5 ans suivant l'arrêté du SROS.

– le développement par ces structures d'une activité chirurgicale réellement qualifiée et substitutive. Ce développement sera quantifié et suivi au niveau régional par des indicateurs constitués à partir de gestes marqueurs dont notamment. :

- l' intervention sur la cataracte,
- l'extraction de dents de sagesse,
- l' arthroscopie du genou,
- les varices,
- et l'adénoamygdalectomie,

- Des objectifs et le cas échéant d'autres pour d'autres gestes marqueurs seront déclinés pour chaque établissement et mis en œuvre au travers des contrats d'objectifs et de moyens.

En ce qui concerne la chirurgie infantile à l'exclusion de la chirurgie du très jeune enfant qui relève du niveau régional, les établissements de santé devront intégrer les recommandations de la circulaire du 28 octobre 2004 et se doter de l'ensemble du matériel spécifique recommandé par les référentiels de bonnes pratiques.

Les entités autorisées pour l'activité de soins de chirurgie doivent particulièrement prendre en compte les 4 thématiques du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) suivantes :

- prévention de la iatrogénie et de la résistance aux antibiotiques.
- lutte contre la douleur.
- lutte contre la précarité et les inégalités d'accès aux soins.
- les traumatismes.

### 3. 2) Réanimation

Les autorisations de réanimation ainsi que les reconnaissances, dans le cadre des COM, des activités de soins intensifs et surveillance continue doivent permettre de faire face aux besoins de la population tant résidente qu'estivale dans le respect des obligations réglementaires et en tenant compte de l'accessibilité aux soins et de la démographie tant para médicale que médicale.

L'objectif pour la réanimation est de mettre en œuvre une offre couvrant l'ensemble des territoires de la région avec une économie de moyens notamment médicaux prenant en compte la nécessaire qualité des soins.

Le besoin en lits de réanimation sur la région est évalué à 180 lits sur la base d'un taux d'occupation de 80%.

Chaque territoire de santé doit pouvoir bénéficier **au minimum d'au moins une unité de 8 lits de réanimation**. Ceci ne préjuge pas des autorisations concernant les unités de réanimation liées aux activités de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque qui seront délivrées conformément au SIOS à venir.

**Des unités de surveillance** continue devront être reconnues :

- dans tous les établissements de santé pratiquant une activité comparable à celle relevant anciennement d'une tarification en Soins Particulièrement Coûteux .
- dans les établissements ayant une autorisation d'exercer la réanimation.
- dans les établissements sièges de S.A.U. reconnus dans le cadre du SROS II et n'ayant pas d'autorisation de réanimation.

Le document technique annexé au Schéma propose des recommandations d'organisation utiles pour la contractualisation entre l'ARH et les établissements souhaitant disposer d'une unité de surveillance continue.

Des conventions devront être formalisées entre les établissements autorisés à pratiquer la réanimation et/ou les soins intensifs et/ou la surveillance continue définissant les modalités de transfert entre ces différentes unités ainsi que vers les unités de soins classiques.

Il en est de même pour les établissements de soins de suite ou de réadaptation rééducation fonctionnelle du territoire de santé ou de la région en cas de spécialisation de ces établissements de santé.

Les établissements autorisés à pratiquer la réanimation et ou la surveillance continue seront invités au travers du CPOM à analyser leur activité à partir d'indicateurs de suivi annuel.

Elle comportera notamment des indicateurs de suivi annuel.

L'activité de prélèvement d'organes et de tissus à visée thérapeutique devra s'organiser en suivant les recommandations de l'Agence de biomédecine et dans le respect de la Loi de bioéthique du 16 août 2004.

Ainsi :

- Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation ou de surveillance continue ou susceptible de prendre en charge des " comas graves " doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place avec l'appui de l'Agence de la biomédecine.
- La lutte pour réduire le taux de refus de prélèvement impose d'instaurer avec la coordination hospitalière de prélèvement des facilités d'accès aux services de réanimation pour mieux assurer l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique.
- Tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 75 ans doit être signalé sans délai aux équipes de coordination hospitalière dans le cadre des réseaux de prélèvement ou au service de Régulation et d'Appui de l'agence de biomédecine.

### 3. 3) Imagerie

La politique nationale de renforcement en matière d'équipement d'imagerie a permis de doter notre région de 7 I.R.M. et de 10 scanners supplémentaires depuis 2001.

Toutefois, l'effort en équipement supplémentaire doit être poursuivi pour la durée du SROS III, en implantant les nouveaux équipements selon des critères objectifs de besoins de la population et afin d'améliorer le service rendu.

La répartition territoriale des équipements d'imagerie par territoire de santé se fera dans les établissements, en fonctions des plateaux techniques reconnus sur ces territoires (chirurgie réanimation cardiologie etc.....).

Les critères retenus en Languedoc Roussillon pour valider le choix du lieu d'implantation des nouveaux équipements sont définis ci-après :

#### a) Graduation idéale des plateaux techniques serait la suivante :

Quatre niveaux d'organisation des plateaux techniques d'imagerie en fonction des besoins du territoire d'implantation (cf. description en document technique annexé).

##### 1 - Plateaux techniques complets

L'offre régionale comprend 3 localisations de ce type dans la région (Montpellier, Nîmes, Perpignan).

##### 2 - Plateaux techniques étendus

Ils concernent les établissements ou regroupement d'établissements de taille importante (15 000 entrées annuelles et plus) ou disposant d'une autorisation d'accueil des urgences avec une activité conséquente.

Ces établissements disposent d'une offre de soins médico chirurgicale polyvalente et ils doivent prouver un rôle de recours au niveau du territoire. Chaque territoire de santé doit disposer d'au moins un de ces plateaux techniques.

##### 3 - Plateaux techniques diversifiés

Ces plateaux seront implantés dans les établissements de court séjour disposant d'une activité médico chirurgicale de l'ordre de 5 000 - 15 000 entrées annuelles, disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. Un tel plateau pourra également être implanté en cas de situation géographique excentrée. La zone d'implantation est le territoire d'hospitalisation.

##### 4 - Plateau technique de proximité

Pour les établissements limités ayant une activité limitée (< 5 000 entrées/annuelles) comme les hôpitaux locaux ou les établissements publics ou privés de proximité, le recours à l'imagerie en coupe sera assuré par convention.

#### b) **Accessibilité aux soins** : le respect d'un équilibre territorial

Il faut renforcer de manière privilégiée l'amélioration du taux d'équipement du territoire du recours et d'hospitalisation les moins bien pourvus

En vue de l'amélioration de la prise en charge des patients, chaque établissement de santé disposant d'un service de chirurgie devra avoir accès au minimum à un scanner installé dans ses locaux ou a proximité immédiate.

Il convient que les nouvelles autorisations données reposent sur un nombre suffisant de professionnels de santé pour garantir la pérennité du dispositif dans le temps et la permanence

d'accès aux-dits équipements.

**c) Activité par machine :**

Le deuxième critère permettant de définir les principes d'implantation de nouveaux équipements dans la région sera celui d'un constat partagé de la saturation des équipements existants et l'engagement d'une activité minimale par machine.

**d) Permanence des soins**

L'ensemble des nouveaux équipements qui vont être implantés pendant la durée du S.R.O.S. III devront garantir une permanence des soins adaptée au type de plateau technique dans lequel l'installation est envisagée et cela dès le dépôt de dossier de demande d'autorisation.

**e) Délais d'attente**

Au-delà du nombre de machines supplémentaires, il convient de revoir l'organisation interne des établissements pour mieux répondre aux besoins et pour mettre en œuvre des priorités pour les prises de rendez-vous pour optimiser l'utilisation des machines déjà installées.

Dans tous les cas, le délai d'attente moyen à attendre en matière d'I.R.M. pendant la durée du S.R.O.S. III est de l'ordre de 15 jours, par référence à l'objectif du plan cancer. Chaque site autorisé devra s'organiser en conséquence et mettre en place un indicateur de suivi de cet item.

**f) Coopération public-privé**

L'implantation de nouveaux appareils d'imagerie en coupe imposera une coopération formalisée entre le mode libéral et les structures hospitalières publiques et privées pour assurer la solidité et la pérennité des structures à créer.

**g) Techniques particulières**

Pet scan

Pour la durée du présent schéma, les besoins de notre région sont estimés à 3 appareils. C'est pourquoi il conviendra préférentiellement de mettre en œuvre les autorisations existantes non encore installées (2).

Neuro radiologie

Il s'agit d'une discipline très spécialisée qui peut se concevoir au sein d'une seule implantation régionale disposant d'un plateau technique complet.

Scanner dédié à la radiothérapie

Il est essentiel d'encourager, en dehors de plateaux techniques décrits ci-dessus, l'implantation d'un scanner dédié à la cancérologie et éventuellement d'une I.R.M. dans les établissements où sont implantés au moins 2 accélérateurs de particules.

### Coro-scanner

Une technique en cours d'évaluation devrait se répandre dans les années à venir. Elle nécessite des scanners multi barrettes. Il faut la prévoir dans les établissements disposant d'un environnement cardiologique, dans le cadre des renouvellements d'appareils.

### **h) Télé médecine et réseau de transmission d'images**

La généralisation de la télé médecine en imagerie doit permettre le partage des compétences, la mutualisation des ressources notamment des compétences humaines et l'amélioration de la sécurité des sites excentrés.

Pour se faire, il conviendra d'organiser un réseau de correspondants opérationnels entre les différents sites.

## 3. 4) Cancérologie

Le plan cancer (2003-2008) est une des 5 priorités majeures nationales de santé publique reconnue dans la Loi de Santé Publique du 9 août 2004.

La cancérologie adulte et pédiatrique doit assurer une équité dans l'accès aux soins, à la prévention et au dépistage sur chacun des 8 territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon.

Cette équité repose sur l'accessibilité géographique, sur la qualité et la sécurité des soins, sur l'organisation des recours et sur l'accessibilité financière.

La graduation des soins passe par :

- la mise en place d'un pôle de référence régional dès 2006,
- l'organisation des sites de cancérologie avec une coordination formalisée (3C). Le site de cancérologie se définit comme l'ensemble des établissements d'un territoire concourant à la prise en charge des patients,
- l'adhésion de l'ensemble des sites au réseau régional,
- la reconnaissance d'établissements associés pour la chimiothérapie de proximité ou des soins de suite par convention avec un site autorisé.

### 1) Le pôle de référence régional :

Il est constitué du CHU de Montpellier, de Nîmes et le CRLC.

Il doit :

- assurer une coopération étroite entre les établissements constitutifs du pôle, soit par convention, soit par constitution d'un groupement de coopération sanitaire.
- valoriser, dans sa mission de soins, les filières d'accès au recours liées aux ressources particulières (oncogénétique, thérapie cellulaire, radiofréquence..),
- permettre l'accès aux techniques innovantes et aux traitements complexes hyper spécialisés notamment en oncopédiatrie,
- participer aux projets au sein des cancéropôles, dans sa mission d'enseignement, de recherche et d'innovation en association avec l'UFR Médecine.

### 2) Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) :

Il constitue le réseau local avec au minimum un 3C par territoire de santé.

Ce sont les " cellules qualités opérationnelles " des établissements et des sites autorisés en cancérologie dans un territoire de santé.

**Un 3C unique** sera privilégié lorsque le site est composé de plusieurs établissements ou centres de radiothérapie. Il sera intégré dans le réseau régional de cancérologie. Il garantit le fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), la mise en place du dispositif d'annonce et du Programme Personnalisé de Soins (PPS) et des soins de support.

### **3) Le site en cancérologie :**

Il est l'unité d'œuvre de soins, constitué par un ou plusieurs établissements de santé ou centres de radiothérapie autorisés pour l'activité de soins de cancérologie.

Chaque territoire de santé doit disposer d'au moins un site cancérologie.

### **4) Le réseau de santé régional de cancérologie :**

Il a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs.

Conformément au plan cancer, le réseau régional devra être opérationnel au plus tard en 2007 et se caler sur le cahier des charges défini au niveau national en vue de sa labellisation par l'INCa (Institut National du Cancer).

Le réseau régional assure la promotion de la qualité des soins par :

- la diffusion des référentiels de soins et d'organisation et leur évaluation.
- la coordination des pratiques des acteurs de soins (régulation des 3C, RCP, consultations d'annonce).
- la mise en œuvre des outils de communication de type site internet, dossier médical partagé (Dossier Communicant en Cancérologie), messagerie sécurisée, visio-conférence (support de l'expertise régionale).
- la participation aux actions de prévention, de dépistage, de formation et de recherche.

### **5) Les soins :**

#### **La chirurgie cancérologique :**

Modalité thérapeutique essentielle, l'autorisation d'activité cancérologique sera donnée par établissement géographique et par spécialité en fonction des seuils retenus par l'INCa.

L'objectif poursuivi sera de reconcentrer les activités par spécialité sur un nombre limité d'établissements par territoire en fonction du volume des besoins.

#### **La radiothérapie :**

Tout centre de radiothérapie doit disposer d'au moins 2 appareils de radiothérapie de haute énergie (entre 6 Mev et 15 Mev).

Au-delà de 450 à 500 traitements par an et par appareil hors surcharge temporaire liée à un renouvellement d'appareil, un centre de radiothérapie est considéré comme saturé et a vocation à être renforcé prioritairement.

Tous les centres ou établissements doivent s'engager dans une politique de remise à niveau des équipements et dans la suppression des appareils de cobalthérapie.

Tout centre de radiothérapie doit avoir accès à un scanner partiellement ou entièrement dédié, conformément aux orientations nationales, à la radiothérapie pour le centrage en radiothérapie, la simulation et la dosimétrie.

Un accès à une IRM avec des plages horaires dédiées sera aussi privilégié.

### **La chimiothérapie :**

L'accès à la chimiothérapie sera organisé par les sites reconnus afin de garantir les conditions techniques de fonctionnement (notamment pour la préparation des cytostatiques).

Des structures HAD indépendantes pourront être associées à la pratique de la chimiothérapie à domicile sous réserve de passer une convention avec un site autorisé en cancérologie.

Des établissements de proximité pourront également être associés à la pratique de la chimiothérapie ambulatoire sous réserve des mêmes conditions et par délégation du site autorisé en cancérologie.

Le nombre d'établissements à autoriser sera fonction des seuils d'activité minimum retenus par l'INCa.

Une autorisation au moins par territoire de santé devra être donnée.

### **6) La prévention, le dépistage et la prévalence :**

**Le programme de prévention** doit être renforcé dans 6 directions principales :

- les facteurs de risque,
- la lutte contre le tabagisme,
- la lutte contre l'alcoolisme,
- la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux
- la promotion de l'hygiène alimentaire
- la campagne sur le risque d'exposition solaire des petits enfants.

Les établissements s'inscriront dans les axes d'intervention du PRSP.

**Le renforcement du dépistage** doit être une autre priorité notamment sur le cancer du sein, du colon et du col de l'utérus.

Le développement de **la connaissance de la prévalence** est à rechercher à partir des données des registres du cancer et des travaux du réseau régional en cancérologie.

## 3. 5) Soins palliatifs

### DONNEES QUANTITATIVES

L'analyse des besoins repose sur des données du PMSI ayant fait l'objet d'une extrapolation en raison de leur caractère incomplet d'après les études épidémiologiques nationales. Ces données permettent d'évaluer les besoins en matière de prise en charge à hauteur de 6000 patients sur la région.

La durée de prise en charge en hospitalisation par une équipe de soins palliatifs est très variable entre les établissements, mais les données du PMSI permettent d'avoir une analyse plus objective de cette durée. Les durées de séjours varient de 10 à 40 jours avec une moyenne s'établissant à 17 jours et une médiane à 14 jours en MCO. Les durées moyennes de séjour en SSR sont plus longues (21 à 30 jours). Ces données ne sont pas connues pour les USLD et les maisons de retraite.

L'évaluation des besoins territoriaux en hospitalisation complète doit intégrer la durée moyenne de séjour et être en cohérence avec un objectif de retour ou de maintien à domicile volontariste visant à permettre un accompagnement de 50% des décès pris en charge en soins palliatifs par l'hospitalisation à domicile et les professionnels libéraux dans le cadre de réseaux de soins.

### DONNEES ORGANISATIONNELLES

De manière à s'assurer de l'optimisation des moyens, quelques principes de fonctionnement font l'objet de précisions :

1 – Reconnaissance de l'activité existante : En dépit de l'imparfaite évaluation relevée dans le cadre du PMSI, il peut être considéré que les malades ayant besoin d'une hospitalisation en fin de vie bénéficient d'un accueil dans un service hospitalier même si celui-ci ne dispose pas toujours de compétences spécifiques en soins palliatifs. Les évaluations d'activité des équipes mobiles confirment la nécessité d'appuyer ces équipes par une mise à disposition de personnel formé. De ce fait, il est prioritaire au niveau de la région que le travail déjà réalisé dans les services hospitaliers publics et privés fasse l'objet d'une reconnaissance.

2 - Priorité à la proximité : La prise en charge doit se faire au plus proche du domicile ; d'où l'importance à accorder la possibilité de création de lits identifiés y compris dans les secteurs non couverts actuellement par une EMSP (hôpitaux locaux, USLD, SSR) et à ouvrir les places d'HAD à la prise en charge des malades en fin de vie. La reconnaissance de ces structures décentralisées doit cependant être conditionné par l'assurance de relais solides avec les structures hospitalières formalisés par voie de convention et par la mise en place d'une permanence régionale permettant de prévenir les situations d'hospitalisation ou de réhospitalisation en situation de crise.

3 – Axe incontournable de la coopération : Aucune structure ne pourra être mise en place sans avoir précisé les collaborations de manière formalisée avec les autres intervenants du territoire de santé. Ces coopérations peuvent prendre la forme de convention, de réseau ou de forme plus intégrée telle que le groupement de coopération sanitaire. Elles doivent en tout état de cause prendre en compte l'ensemble des intervenants sur le territoire de santé et s'intégrer dans une filière commune disposant d'outils d'information et de protocoles identiques. Ceci est particulièrement nécessaire pour les unités de soins palliatifs qui doivent garantir un égal accès aux patients provenant des filières publiques et privées.

4 – Diffusion de la culture des soins palliatifs : le constat qui avait pu être dressé lors du précédent SROS d'un dynamisme des actions des sociétés savantes et des bénévoles peut être confirmé. L'action des bénévoles relaie celle des professionnels sur le terrain et les groupes de réflexion qu'elles animent contribuent à l'élaboration de protocoles de bonnes pratiques. La création des EMSP a permis de développer les formations à destination des professionnels des établissements, cette action est à poursuivre auprès des professionnels libéraux.

## **DONNEES TERRITORIALES**

L'organisation des soins palliatifs sur la région doit se structurer afin d'assurer un maillage du territoire assurant une égalité d'accès aux soins tenant compte des différents niveaux de réponse. Un second niveau de prise en charge est à assurer au niveau de la région.

En ce qui concerne le niveau régional, il est à prévoir la constitution de trois structures à vocation régionale avec des objectifs différents :

- Unité de soins palliatifs régionale : cette unité doit se situer dans un hôpital universitaire en raison des missions qui lui sont attribuées. Cette unité sert de référence en matière de prise en charge, de formation et de recherche. Elle dispose à cet effet d'une organisation et de moyens différents des autres unités d'hospitalisation en soins palliatifs.
- Réseau régional : une structure de coordination régionale est à organiser afin de coordonner les différentes structures mises en place sur la région et de déterminer les bonnes pratiques en matière de prise en charge des malades en fin de vie.
- Permanence régionale : mise en place d'une astreinte médicale sur l'ensemble de la région.

Les différentes structures – qui peuvent s'appuyer sur les recommandations figurant dans le document technique en annexe- à mettre en place sur chaque territoire de santé sont les suivantes :

- Des activités d'hospitalisation : La priorité sera donnée à la mise en place de lits identifiés qui permet une plus grande souplesse et un meilleur maillage du territoire. De manière plus exceptionnelle, il pourra être reconnu une unité de soins palliatifs si la structuration de l'activité de soins palliatifs au sein du territoire permet de garantir un égal accès aux malades issus des filières publiques et privées. Enfin, en l'absence de structure spécifique d'hospitalisation à domicile, les structures d'HAD du territoire de santé devront prendre en charge les malades en fin de vie et leur proposer un accompagnement spécifique.
- Des activités d'expertise et de soutien : ces activités doivent exister au niveau de chaque territoire :
- Equipes Mobiles de Soins Palliatifs : Les EMSP doivent être rattachées à une structure hospitalière publique ou privée. Elles doivent intervenir auprès des établissements disposant de lits identifiés, au sein des réseaux de prise en charge des soins palliatifs et de tout intervenant ayant conclu une convention d'intervention avec elle. Elles interviennent également à domicile, notamment lorsqu'il n'existe pas de réseau. Elles doivent en outre être intégrée dans les réseaux qui se créent sur le territoire de santé qu'elle couvre.
- Le développement des réseaux de soins en matière de prise en charge des soins palliatifs est à encourager, car il permet de coordonner l'offre de soins libérale autour des patients et d'optimiser l'intervention des équipes mobiles en matière d'harmonisation des pratiques et de formation des intervenants.

Ces réseaux devront travailler en coopération avec les autres structures de prise en charge des personnes en fin de vie et notamment associer étroitement les EMSP de leur territoire.

- Des relais de prise en charge à domicile : La participation des professionnels libéraux est essentielle pour le développement de la prise en charge au domicile. Elle doit être réalisée de manière pluridisciplinaire en associant les compétences médicales, soignantes, sociales et psychologiques. L'adhésion de ces professionnels aux réseaux de proximité est encouragée, car elle permet de créer un lieu de mutualisation des expériences. Des modalités moins lourdes en matière de constitution doivent pouvoir permettre d'aider les professionnels libéraux pour la prise en charge de ces patients.

## 4) INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse nécessite un traitement lourd et contraignant, qui est possible dans des structures autorisées à cet effet, selon des modalités d'organisation qui diffèrent en fonction du type de dialyse et du degré d'autonomie des patients concernés.

La problématique actuelle réside dans le fait que la région est confrontée à un fort vieillissement de la population qui accroît les besoins de prise en charge dans des structures lourdes, ce qui nécessite de reconsidérer l'offre de soins existante, tout en favorisant le traitement à domicile dès que celui-ci est compatible avec la qualité et la sécurité des soins, et si le patient le souhaite.

La mission du groupe de travail a donc été d'élaborer un volet SROS « insuffisance rénale chronique » visant à mieux adapter l'offre de dialyse aux besoins des personnes en insuffisance rénale chronique terminale, à promouvoir la qualité et de la sécurité des soins, à concilier 4 objectifs (proximité adéquation, sécurité et confort) définis pour la région et à élaborer des annexes opposables basées sur ce concept, permettant d'obtenir, par territoire, une offre de soins graduée de prise en charge, faisant une large place au traitement de proximité.

L'objectif général est d'assurer une meilleure qualité de vie aux insuffisants rénaux et l'atteinte de celui-ci passe par une meilleure place donnée à l'information du patient, à la prévention et au dépistage.

Pour y répondre, des principes d'organisation territoriale communs à l'ensemble des territoires ont donc été définis sur la base de la quantification des besoins calculée à partir des données de prévalence de cette pathologie.

### **a°) La définition des besoins**

3 sources de données ont permis d'évaluer la base qui a servi à estimer les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour la période 2004-2009.

- **Le taux de prévalence de 0,23 ‰ avant 60 ans et 1,44 ‰ après 60 ans** validé en 2001 avec les données épidémiologiques disponibles du moment, augmenté de 5 % par an pour aboutir à une estimation 2003.
- **Le registre Régional R.E.I.N.** mis en place en 2002 sur la région et exhaustif depuis Janvier 2004 qui permet de comptabiliser précisément le nombre de personnes dialysées sur la région habitant chacun des territoires.
- **L'Enquête Nationale Dialyse** réalisée à partir d'une coupe transversale sur une semaine de Juin 2003.

A partir de ces bases, et en intégrant les données de prévalence les plus favorables, le nombre de patients dialysés résidents en Languedoc-Roussillon a été évalué à **1548 en 2004**, augmenté d'une progression moyenne annuelle de 5 % jusqu'en 2009 soit **1937 patients attendus en 2009**.

### **b°) Les objectifs généraux**

Le volet IRC du SROS III est articulé autour de 4 objectifs généraux prioritaires, déclinant les orientations nationales à la lumière des réflexions des experts et validées avec les professionnels et les associations de malades.

## Proximité

L'atteinte de cet objectif est basée sur le **principe de l'autarcie des territoires**. Chaque « territoire de dialyse » doit à cet égard disposer des équipements nécessaires pour réaliser les épurations extra rénales de ses ressortissants.

## Adéquation

Pour respecter cette priorité, chaque territoire de dialyse doit disposer des moyens nécessaires pour prendre en charge les patients selon la répartition suivante :

- **2/3 en dialyse médicalisée** : Unité de dialyse médicalisée et Centre Ambulatoire
- **1/3 en alternative à la dialyse médicalisée** : Auto-dialyse simple ou assistée et hémodialyse ou dialyse péritonéale à domicile

## Confort et Sécurité

Bien que l'objectif soit de tendre vers deux cycles par jour au maximum dans les centres et les UDM (4 patients par poste), il est demandé à chaque structure médicalisée de s'engager dans le présent schéma à disposer de postes en nombre suffisant pour permettre de ne pas dialyser plus de **5 patients par poste**. Cette solution permet de réserver une marge de sécurité pour accueillir des patients en cas de fermeture momentanée d'une structure. Un cycle de nuit peut en outre être envisagé s'il répond à une demande expresse du patient.

## Information des patients

L'information du patient doit pouvoir être garantie par l'élaboration de documents qui doivent décrire par territoire les modalités du dépistage et des prises en charge proposées. Cet aspect doit être intégré dans les projets médicaux de territoires qui seront élaborés pour la déclinaison du schéma.

## c°) Les principes d'organisation territoriale

Par référence aux objectifs généraux, les principes déclinés ci-dessous sont ceux auxquels un territoire doit a minima satisfaire. Aucun rang de priorité ne leur est en outre affecté.

- Chaque territoire doit être en mesure d'offrir une offre de soins permettant de prendre en charge globalement le patient et de répondre à toutes les étapes de sa trajectoire de soins, sachant que les replis « lourds » peuvent être orientés vers des structures référentes qui peuvent se situer en dehors du territoire de domiciliation.
- Chaque territoire doit pouvoir prendre en charge des patients en dialyse médicalisée (centre ou UDM **sachant que la priorité devra être donnée au développement des unités de dialyse médicalisées**), ainsi qu'en alternatives, et cela en vertu du principe de l'autarcie des territoires.
- Chaque territoire doit être en mesure de répondre aux demandes de patients en déplacement grâce à l'implantation, a minima, d'une unité saisonnière en structure médicalisée pouvant être ouverte à l'année.
- Chaque structure autorisée doit s'engager à participer à l'atteinte des objectifs fixés dans le projet médical de territoire à élaborer, lui-même destiné à décliner les objectifs du présent schéma. A ce titre, chaque structure doit notamment s'impliquer activement dans l'information et l'orientation du patient que ce soit en propre ou par le moyen de conventions.
- Chaque structure doit en outre s'engager à participer au recueil des données qui alimentent le registre REIN, cet engagement devant être décliné dans le contrat d'objectifs et de moyens.

## 5) NAISSANCE – ENFANCE – ADOLESCENCE

### 5. 1) Périnatalité

Après avoir connu pendant de nombreuses années des indicateurs de mortalité périnatale défavorables par rapport aux autres régions de France, le Languedoc-Roussillon a aujourd'hui comblé son retard grâce au développement, par les professionnels de santé et sous l'égide de la Commission régionale de la naissance, d'une meilleure qualité dans la prise en charge de la mère et de l'enfant.

La politique menée dans le cadre du SROS de 2<sup>ème</sup> génération a conduit à une amélioration significative de la périnatalité. Il persiste toutefois des disparités entre les territoires de santé significatives qui doivent être corrigés, au cours du présent schéma.

#### **1°) Les recommandations générales issues de la loi de santé publique, du plan périnatalité, du plan régional de santé publique**

**La loi de santé publique** fixe clairement les principes d'une amélioration des indicateurs de périnatalité. Elle s'inscrit également dans la construction d'une politique périnatale régionale globale, qui dépasse le cadre du soin et englobe les stratégies à mener dans le cadre du dépistage et de la prévention.

On peut rappeler ici les principaux objectifs nationaux retenus par la loi pour améliorer lisiblement la santé périnatale :

- baisse de 9 (à 13) pour 100.000 à 5 pour 100.000 en 2008 de la mortalité maternelle,
- baisse de 6,5 pour 1.000 à 5,5 pour 1.000 en 2008 de la mortalité périnatale,
- diminution du tabagisme et de l'alcool chez les femmes enceintes, diminution du taux de complication des grossesses extra-utérines entraînant une infertilité,
- diminution du nombre de situations périnatales à l'origine de handicap à long terme,
- amélioration de l'accès à un diagnostic ante natal respectueux des personnes,
- assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence, et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.
- Organiser le dépistage systématique de la surdité congénitale en maternité

**Le plan périnatalité 2005-2007** décline ces objectifs. Il est organisé autour de quatre thématiques : l'humanisation des prises en charge, le déploiement des structures à proximité des besoins, la mise en sécurité des plateaux techniques et des transports, la promotion de la démarche qualité.

**Le plan régional de santé publique** retient les priorités suivantes dans le champ de la périnatalité, IVG, contraception :

- **développer l'éducation à la santé, la prévention** dans tout ce qui concerne la sexualité, la maternité, la parentalité, l'accès à la contraception, l'IVG, la prévention des Infections Sexuellement Transmises. Ceci passe par une identification des groupes les plus à risque, la définition de programmes s'inscrivant dans la durée, un renforcement des coopérations entre acteurs par territoire.
- **Poursuivre l'effort d'harmonisation des pratiques professionnelles** dans la prise en charge, de la fertilité, de la grossesse qu'elles soient physiologique ou à risque, et du nouveau-né.

- **Améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour les femmes et les couples en situation de précarité et de vulnérabilité.**
- **Améliorer la prise en charge des addictions pendant la grossesse.**
- **Conforter l'organisation en réseau** des différents territoires de recours.
- Mettre l'accent sur une **politique de prévention du handicap** d'origine périnatale.
- **Organiser le suivi précoce des enfants à risque** de présenter des troubles du développement.
- **Augmenter la fréquence et la durée de l'allaitement maternel.**

## **2°) La graduation des plateaux techniques :**

Les différents niveaux de prise en charge périnataux ont été construits au cours du schéma précédent. Il convient de renforcer le dispositif en place et, dans cet objectif, de :

- **Conforter l'organisation des plateaux techniques des maternités de niveau III :**  
Le fonctionnement des plateaux techniques d'obstétrique et de néonatalogie ne peut pas se concevoir en dehors des conditions de qualité et de sécurité des soins requises par les normes réglementaires et les référentiels techniques validés.
- **Renforcer les axes suivants** de façon à organiser la permanence de fonctionnement de ces plateaux techniques :
  - Le dépistage et diagnostic anténatal échographique,
  - La Radiologie interventionnelle,
  - Le Secteur de réanimation adulte,
  - L'Imagerie (TDM) du Nouveau-né,
  - L'exploration échographique cérébrale et cardiaque du nouveau-né,
  - L'exploration électroencéphalographique du nouveau-né,
  - Le dépistage des rétinopathies liées à l'oxygénothérapie chez le prématuré,
  - Le centre de foeto pathologie
  - La santé mentale de la mère et les interrelations parents enfants,
- **Formaliser les relations entre les 3 maternités de niveau III** de la région :
  - en prenant en compte les missions du CHU de Montpellier : La grande spécialisation des équipes et de moyens du CHU de Montpellier conduit à recentrer vers lui des activités hyper spécialisées et notamment la prise en charge des nouveaux-nés de très petits poids (moins de 1000 gr ou moins de 28 semaines d'aménorrhée).
  - en formalisant des axes de coopération dans des secteurs où cela est rendu nécessaire du fait de la rareté des compétences médicales disponibles à l'échelle de la région, en utilisant en particulier les potentialités liées aux nouvelles technologies de la communication.

- en favorisant une meilleure organisation des transports en périnatalité par le biais d'une articulation avec un SMUR pédiatrique.

Le plan périnatalité ainsi que l'organisation régionale des SMURs arrêtée en octobre 2003 préconisent la mise en œuvre d'un SMUR pédiatrique.

Les transports néonataux doivent être organisés en tenant compte de la diminution en nombre de ces transferts du fait du développement de la politique d'anticipation du risque.

- En renforçant l'organisation des retransferts des nouveaux-nés entre les maternités de niveaux III et de niveau II

#### ➤ **Réaffirmer la place des maternités de niveau II dans le dispositif régional**

Les maternités de niveau II doivent remplir pleinement l'ensemble de leurs missions en veillant à ne pas les dépasser.

Les besoins effectifs en activité de néonatalogie présentés par territoire de santé s'appuient sur une organisation graduée et dans le strict cadre du réseau périnatal.

#### ➤ **Renforcer la coopération public/privé**

La majorité des accouchements de notre région se font dans des établissements de santé privés et sont effectués par des praticiens libéraux.

Dans tous les territoires de recours où une réorganisation géographique des sites ne sera pas envisagée par le projet médical de territoire, il conviendra que les moyens humains soient le plus possible mutualisés, au minimum dans le champ de la permanence des soins obstétricaux, dans le respect des textes en vigueur.

#### ➤ **Organiser et optimiser la prise en charge de proximité** pour le suivi des grossesses normales, le repérage et l'orientation des grossesses à risque, le retour précoce à domicile avec un souci d'organiser des réponses en direction des familles présentant des situations de vulnérabilité psychique, sociale, culturelle, économique...

Cette recommandation devra intégrer :

- l'offre de soins que représentent les Centres Périnataux de Proximité,
- les orientations du plan périnatal national (consultation du 4ème mois, maillage du territoire par des réseaux de proximité, le développement des Hospitalisations à Domicile),
- les coopérations formalisées avec les services de PMI.

### **3°) L'accessibilité des soins :**

L'accessibilité aux soins s'entend dans sa dimension d'accès géographique mais aussi sur le plan financier.

Il s'agit, à la fois, de :

#### **4) Garantir le respect d'un équilibre territorial entre proximité et technicité et sécurité.**

Des réorganisations et des regroupements de plateaux techniques sont à mettre en œuvre sur certains territoires de recours en tenant compte :

- a) de l'existant,

- b) des besoins réels en obstétrique, en s'appuyant sur la mise en place de lits dédiés aux grossesses à haut risque
- c) des besoins réels en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale,
  - des réalités budgétaires et tarifaires,
  - de la présence minimale des effectifs nécessaires en médecins et paramédicaux pour faire tourner H 24, 7 jours sur 7, un plateau technique des évolutions de la démographie médicale obstétrico-pédiatrique pendant la durée du SROS, mais aussi au-delà,
  - de la présence d'autres éléments de plateau technique, secteur d'imagerie interventionnelle, réanimation adulte, CAMPS,...

Ce dispositif devra être soutenu par un réseau régional fort et organisé entre l'ensemble des professionnels de santé de la région.

- **Veiller au maintien de l'accessibilité financière sur l'ensemble du territoire.** Les travaux préparatoires à l'élaboration du SROS ont conduit à la mise en évidence de disparités inter territoriales en ce qui concerne les montants et les proportions de dépassements d'honoraires.

Le présent schéma se fixe pour objectif d'être attentif à ce phénomène, notamment dans les territoires où cette pratique tend à se généraliser, au regard notamment des pourcentages de titulaires de minimum sociaux.

## **5°) Les outils communs en vue de l'amélioration des soins :**

### **- Le Dossier Périnatal Commun Informatisé (DCPI) :**

Il a été introduit par le schéma de 2ème génération ; il constitue un outil de communication informatisé original unique disponible dès 2005 dont il conviendra de généraliser l'utilisation pendant la durée du schéma.

Il doit permettre également à la région de constituer une base de données pour une meilleure connaissance du dispositif en temps réel.

### **- Le réseau en Périnatalité :**

C'est sur le réseau régional « Naître en Languedoc-Roussillon », regroupant l'ensemble des professionnels de santé de la naissance signataires de la charte périnatale, que repose le maillage de l'ensemble du dispositif de soins.

Les missions du réseau régional sont :

- l'élaboration et la diffusion de protocoles régionaux validés ;
- la formation et l'information des professionnels de santé de la naissance dans la région ;
- la coordination entre les différents acteurs de la naissance et de la petite enfance ;

- la validation des principes généraux d'évaluation des pratiques professionnelles et participation à cette évaluation, par le soutien à l'utilisation par l'ensemble des professionnels de l'outil Dossier Commun Informatisé Périnatal.

#### **- L'évaluation des transferts :**

Il importe que toutes les conventions organisant les transferts maternels et de nouveaux-nés entre maternités de niveau différent fassent l'objet d'évaluation conformément aux termes signés par les parties. Des évaluations existent sous des formes différentes. Il importe que cette évaluation soit standardisée afin de pouvoir en établir un bilan régional.

La Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) doit contribuer à la mise en œuvre d'une évaluation exhaustive de la politique de prise en charge des grossesses à risques. Elle établira annuellement un rapport d'activité transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

### **6°) Le renforcement de la politique de prévention, de suivi, et d'éducation à la santé :**

#### **La prévention :**

##### **- L'accès à la contraception :**

La région Languedoc-Roussillon est caractérisée par des indicateurs particulièrement péjoratifs dans le domaine du recours à l'IVG avec une augmentation moyenne de 14% entre 1996 et 2001, il est noté un taux d'IVG élevé chez les mineures.

Un effort particulier doit être réalisé sur la prévention et l'information sur la contraception :

- informer et éduquer les jeunes concernant la sexualité mais aussi la prévention globale des Infections sexuellement transmissibles.
- améliorer la contraception au cours des suites de couche.

Il est attendu une mobilisation des établissements de santé sur ces axes ainsi qu'un développement de l'IVG médicamenteuse.

#### **Le suivi :**

##### **- La consultation du 4ème mois :**

Ce dispositif, décrit dans le plan périnatalité, devrait permettre de promouvoir une approche globale de la naissance et de la parentalité, de repérer précocement des facteurs de risque psychiques, sociaux ou liés à des habitudes de vie et de sécuriser le dispositif de suivi de la grossesse.

Un bilan annuel sera établi pour en mesurer la plus-value.

### **- l'encadrement psychosocial des parturientes :**

Ce dispositif qui fait partie des missions des intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile est également décrit dans le plan Périnatalité, devrait être articulé en amont avec les dispositifs de repérage que constituent les consultations du 4<sup>ème</sup> mois et en aval avec les équipes de psychiatrie.

Il devrait être décliné selon les modalités précisées dans une circulaire à paraître.

La politique de prévention et d'éducation doit s'attacher à cibler particulièrement les femmes et les couples présentant des situations de vulnérabilité, compte tenu de l'importance des indicateurs de précarité de la Région et des spécificités dans la conduite des programmes de promotion de la santé en leur direction.

### **- Le suivi des Nouveau-nés à risque :**

Les travaux de la Commission Régionale de la Naissance (CRN) précisent que l'impact fonctionnel des troubles du développement est largement augmenté en cas de prise en charge tardive ou inadéquate ou en cas de négligence des facteurs aggravants : somatiques, sensoriels, psychologiques, sociaux ...

L'optimisation des moyens de santé et de prévention permettra l'optimisation des moyens de santé et sur la prévention afin de limiter la gravité des handicaps.

L'objectif est d'améliorer le suivi quantitatif et qualitatif des nouveaux nés concernés, sur les six à sept premières années de la vie de l'enfant, de réduire la gravité des troubles du développement, d'entreprendre un travail en partenariat avec les familles.

### **- L'allaitement maternel:**

La promotion de l'allaitement maternel constitue un objectif du Plan National Nutrition Santé (PNNS). En terme de santé publique, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de la mère sont nombreux et bien documentés. L'OMS préconise un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Des associations d'usagers, des collectivités territoriales sont mobilisées au sein de la région. Un travail de sensibilisation et de formation des professionnels en périnatalité des maternités est nécessaire afin d'harmoniser les discours et les modalités d'accompagnement à l'allaitement et de mettre en place une politique d'établissement dans ce domaine en se référant aux dix recommandations de l'OMS et à celles de l'HAS (ANAES de 2002).

### **La lutte contre les conduites addictives Notamment :**

#### **- Le tabagisme au cours de la grossesse :**

La diminution du tabagisme pendant la période périnatale constitue un objectif de réduction de la fréquence de l'hypotrophie et d'un certain nombre de complications au cours de la grossesse. Elle constitue aussi un objectif parfaitement identifié dans la Loi de santé Publique et le Plan National Cancer.

La prévention du tabagisme doit constituer un des axes de la politique du pôle Mère-Enfant des établissements, compte tenu des enjeux aussi pour la santé des parents et des enfants liés à la poursuite du sevrage tabagique au-delà de l'accouchement.

L'accès aux consultations anti-tabac hospitalière doit être poursuivi sur l'ensemble de la durée du présent schéma.

### **- L'alcool au cours de la grossesse :**

Le syndrome d'alcoolisation fœtale constitue la plus fréquente des sources de handicap acquis au cours de la période périnatale. Pour autant les formes à minima de ce syndrome, restent encore souvent méconnues.

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

### **- La toxicomanie :**

Les indicateurs de la région Languedoc-Roussillon dans ce domaine ne sont pas bons. Les enjeux en terme de santé publique sont donc multiples.

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

Un travail important de sensibilisation et de formation des professionnels de la périnatalité au travail pluridisciplinaire a été entrepris autour de ces situations dans plusieurs villes de la région.

Chaque maternité doit mettre en place une politique de repérage et d'accompagnement à la prise en charge en lien avec les différents professionnels de l'addictologie.

## 5. 2) Enfance et adolescence

La circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration du SROS de l'Enfant et de l'Adolescent, pose pour la première fois, la nécessité de planifier une filière de soins spécifique à cette tranche d'âge, "dans une approche globale de leur santé".

La population prise en compte s'étend des nouveaux nés de plus de 28 jours jusqu'à 17 ans inclus.

La Conférence Régionale de Santé retient 3 problèmes majeurs chez les enfants adolescents :

- le surpoids et l'obésité,
- les comportements à risque, les accidents,
- le mal être des adolescents.

En matière de maladies chroniques, les principaux problèmes de prise en charge concernent l'asthme, le diabète, l'épilepsie, les troubles de l'apprentissage ainsi que la problématique des allergies alimentaires et/ou cutanées.

### 1°) La graduation des soins

La prise en charge médicale des enfants et adolescents est graduée selon 3 niveaux :

- **le premier niveau** de proximité est assuré par la médecine libérale qui joue un rôle primordial dans la prévention, l'éducation à la santé, la surveillance des maladies chroniques. Les médecins de PMI et de santé scolaire sont intégrés à ce niveau ;
- **le second niveau** ou niveau de recours, est assuré par les services de pédiatrie des centres hospitaliers. Ces services devront notamment prendre en charge l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement des maladies chroniques ;
- **le troisième niveau** au niveau régional est assuré par le CHU de Montpellier pour les pathologies rares et complexes.

### 2°) Les recommandations générales :

Le présent schéma doit répondre aux enjeux majeurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent. En établissement de santé, il s'agit de donner une place pleine et entière à l'enfant et à ses parents.

5 objectifs principaux sont ciblés :

#### ➤ organiser la chirurgie de l'enfant dans les établissements de chirurgie de la région

Conformément à la circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent, le CHU de Montpellier qui dispose de plusieurs filières de chirurgies spécialisées est positionné en qualité de centre spécialisé de référence.

Les différentes activités de chirurgie réalisées dans les établissements de recours, sont organisées en réseau autour du CHU en fonction de l'âge des enfants, du type d'intervention, des ressources anesthésiques et de prise en charge post-opératoire.

➤ **Améliorer la prise en charge des urgences qui représente 30% de l'activité :**

- Une articulation avec la pédiatrie libérale doit être organisée afin de limiter le recours systématique aux urgences hospitalières toujours préjudiciables.
- Dans le même esprit, les actions d'information d'éducation des parents, doit permettre d'éviter le recours aux services d'urgences

Seul le CHU de Montpellier dispose aujourd'hui d'une organisation spécifique d'urgences pédiatriques.

- Le CHU de Nîmes et le CH de Perpignan doivent, à terme, mettre en place une filière d'urgence pédiatrique avec une garde dédiée à la pédiatrie.
- Les conditions de l'accueil des enfants dans le cadre des services d'urgences des Centres hospitaliers de Béziers, Sète, Narbonne, Carcassonne, Mende, Alès, Bagnols-sur-Cèze, doivent être améliorées .
- La qualité des transferts SMUR vers les services pédiatriques doit être renforcée.

➤ **Mieux organiser la prise en charge des pathologies chroniques** par la mise en place de réseaux de soins entre la médecine libérale, les services locaux de PMI de santé scolaire, les équipes hospitalières de proximité, d'hospitalisation à domicile, les personnels des maisons d'enfants à caractère sanitaire ou médico-social.

Le développement de l'éducation thérapeutique est une clé pour l'acquisition de compétences déterminantes pour la santé actuelle et future de l'enfant. Les services de pédiatrie concernés devront se doter d'une Unité d'Education Thérapeutique de l'Enfant et de l'Adolescent.

Les centres de soins de suite et de réadaptation renforceront leur compétence en éducation thérapeutique spécialisée dans leur domaine de soins dans un parcours de soins clairement identifié.

L'incidence et la prévalence des maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent devront faire l'objet d'une surveillance épidémiologique précise (observatoire).

➤ **Identifier une filière de soins adaptée aux besoins de santé des adolescents :**

- Les services de pédiatrie devront adapter leurs locaux et leur mode de prise en charge pour accueillir de manière plus spécifique, les adolescents en hospitalisation complète ou en ambulatoire.
- La mise en oeuvre d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adolescents doit être étendue à tous les départements. Cette offre de soins doit être en interaction plus étroite avec la santé scolaire, l'aide sociale, la protection judiciaire de la jeunesse.

L'offre de soins aux adolescents doit combiner sur un plateau unique, la prévention, le soin somatique et psychiatrique.

➤ **La prise en charge sanitaire de la maltraitance**

Les pratiques de prise en charge de la maltraitance sont hétérogènes entre établissements de santé :

- en matière de dépistage de l'enfant victime,
- en matière d'activité de constatation : existence d'unité médico -judiciaire identifiée dans quelques établissements seulement,
- en matière de suivi des enfants et de leurs familles.

Afin d'organiser une réelle collaboration de l'ensemble des services hospitaliers concernés : (urgences - médecine légale - pédiatrie – pédopsychiatrie), une réflexion devra être menée par la commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents afin

- d'établir des "critères de convergence" des pratiques,
- d'organiser la mise en place d'un accompagnement des services qui se trouvent en première ligne,
- de mettre en place des formations interdisciplinaires.

L'élaboration de ce cahier des charges est un des axes de travail à explorer par la Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents.

➤ **La Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents.**

La création de la commission régionale de l'enfant et de l'adolescent permettra de réunir les multiples acteurs qui concourent à la prise en charge de leur santé. Leur coordination est essentielle pour mettre en place une politique globale de prévention de soins.

En s'entourant des compétences des sociétés savantes, elle fera notamment des propositions pour améliorer l'accueil des enfants aux urgences, pour organiser au plan régional, la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre de réseaux de soins, pour élaborer une politique cohérente destinée à faire face aux besoins de santé des adolescents.

Elle veillera au suivi de la mise en œuvre du SROS et constituera une instance consultative permanente pour le directeur de l'ARH.

Reconnue **priorité nationale de santé publique**, l'obésité est un phénomène de société mal appréhendé et faisant actuellement l'objet de solutions diverses insuffisamment coordonnées et évaluées.

Face à cet enjeu, il s'agit de contribuer à la diminution de la prévalence de l'obésité dans la région et à la réduction des complications liées à cet état notamment le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

L'organisation sanitaire régionale peut et doit être améliorée et coordonnée pour garantir l'accès aux soins, surtout pour les populations en situation de précarité qui sont particulièrement à risque.

### **1°) Les orientations issues de la loi de santé publique et du plan régional de santé publique :**

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe deux objectifs :

- réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes qui correspond à un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>,
- interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

Par l'intermédiaire du Plan National Nutrition Santé (PNNS), l'Etat fixe l'objectif de stopper l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant.

Ces objectifs sont déclinés sur la région au travers d'un Programme Régional de Santé spécifique qui sera prolongé dans le Plan Régional de Santé Public qui vise à agir de manière précoce et préventive sur l'alimentation et l'activité physique.

Le repérage précoce des enfants doit se faire dès le plus jeune âge et notamment en milieu scolaire.

### **2°) Les recommandations générales :**

Les axes prioritaires sont les suivants :

- les acteurs du système de santé doivent se mobiliser dans la prévention, l'éducation pour la santé des patients en matière de comportements alimentaires et d'activités physiques.
- il faut mettre en place des filières de prise en charge ville-hôpital notamment en ce qui concerne l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Chaque passage dans la chaîne de soins devrait être l'occasion de repérer l'obésité, d'organiser et d'orienter sa prise en charge dans une filière de soins identifiée.
- sur chaque territoire de santé, il convient de développer les consultations/bilans pluri professionnels, par exemple sous forme d'hôpital de jour, en tenant compte de l'accompagnement social des populations défavorisées et , pour cela en convention avec les services sociaux du Conseil Général.
- Les établissements spécialisés doivent développer systématiquement l'évaluation de leur action propre et le suivi en aval à moyen terme.
  
- il faut mettre en place une formation et une sensibilisation des professionnels de santé (ambulatoire, scolaire, PMI...) y compris les médecins au dépistage précoce de l'obésité

de l'enfant et de l'adolescent. ainsi qu'aux recommandations existantes (textes réglementaires, ANAES, sociétés savantes) notamment en matière de prise en charge chirurgicale.

### **3°) L'approche pluri professionnelle :**

La prise en charge de l'obésité nécessite une approche pluri professionnelle (spécialiste, endocrinologue, généraliste, diététicienne, psychologue).

La consultation pluri professionnelle est à systématiser, le médecin généraliste étant le garant de la coordination de la prise en charge du patient obèse.

### **4°) Le réseau :**

La mise en place d'un réseau est préconisée par la circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet de l'enfant et de l'adolescent du SROS qui stipule que l'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques doit faire l'objet d'une structuration en réseau de façon prioritaire.

- Un réseau régional sera créé associant :
  - les CHU de la région dotés d'une équipe spécialisée de référence en matière d'obésité de l'enfant et de l'adolescent.
  - les établissements spécialisés qui doivent positionner leur action par rapport à l'amont et l'aval, au travers de filières de soins identifiés et de conventions de coopération.

### **5°) La place de l'hospitalisation à temps complet dans le suivi thérapeutique :**

La commission d'experts « Alimentation et nutrition » réunie par la DHOS indique que l'hospitalisation doit rester exceptionnelle, que ce soit en court ou en moyen séjour, dans tous les cas sur indication du réseau.

Les prises en charges en établissements des obèses dont l'IMC est < à 35, sont à proscrire.

L'hospitalisation est réservée, d'une part aux obésités morbides sur indication médicale stricte pour des durées ne dépassant pas un trimestre si possible, d'autre part aux obésités nécessitant une éducation thérapeutique ou une réhabilitation à l'effort.

Dans ce cas, il s'agit de prises en charge courtes (Hôpital de jour, de semaine, de week-end) qui peuvent être renouvelées.

Pour les prises en charge longues, les établissements qui souhaitent les réaliser devront se conformer à un cahier des charges et seront inscrits dans un cadre expérimental, et évalués.

Aux termes des critères définis par l'OMS en 2004, on ne pratiquera une chirurgie gastro-intestinale pour cause d'obésité que chez les patients bien informés et très motivés présentant des risques opératoires acceptables qu'après l'échec d'un traitement non chirurgical comprenant des mesures diététiques et faisant appel à des médicaments favorisant la perte de poids.

Ces patients devront avoir un IMC > à 40 ou > 35 accompagné de pathologies associées à haut risque, engageant le pronostic vital. L'intervention ne sera pratiquée que par un chirurgien expérimenté dans un établissement approprié, sous surveillance médicale qualifiée, et avec l'aide d'une équipe pluri professionnelle, selon les recommandations de la Haute Autorité en Santé issues des travaux de l'ANAES.

La prise en charge en moyen séjour peut intervenir avant une intervention chirurgicale, elle doit être articulée avec celle-ci. Elle permettra alors l'éducation thérapeutique du patient de manière à modifier son comportement alimentaire pour renforcer l'efficacité et limiter les risques liés à une pose d'anneau.

## 7) PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

La priorité en matière de psychiatrie est le maintien et le développement de la politique de secteur afin de limiter ou de retarder les hospitalisations.

Les nouveaux découpages en territoires de santé ne remettent donc pas en cause cette priorité, toutefois, lors des renouvellements des autorisations d'activité, le découpage des secteurs devra s'intégrer dans le découpage des territoires de santé de recours.

La sectorisation doit désormais en effet, s'articuler avec l'organisation des soins somatiques, compte tenu du recours de plus en plus fréquent aux services d'urgences et de l'accroissement du nombre de maladies chroniques ou liées au vieillissement nécessitant des prises en charge coordonnées avec les soins somatiques à l'hôpital ou en ville.

La graduation territoriale existe déjà de fait, avec les CMP en proximité, l'hospitalisation complète regroupée sur des établissements de type recours et des structures inter sectorielles correspondant au niveau de référence (hospitalisation temps plein pour adolescents) ou régional (centre de référence autisme, hospitalisation pour enfants)

Il s'agit de la rendre plus lisible pour les autres acteurs de la santé, d'améliorer l'organisation et l'utilisation de certaines filières ou structures par la psychiatrie régionale.

Il s'agit également de développer des liens et de coordonner les réponses entre psychiatrie publique et privée sur un même territoire, afin d'optimiser l'offre de service à la population.

Schématiquement, le « panier » de service offert par la psychiatrie peut se décliner par niveau de territoire selon le tableau suivant :

Les zones d'accès aux soins	• CMP en relais avec les généralistes.
	• Médecins psychiatres libéraux
Les zones d'accès aux soins	• CATTP
	• Equipes de secteurs : Réseaux, Prévention
Les territoires d'hospitalisation	• Placements FT
	• Appartements thérapeutiques
	• HJ
	• HJ en pédopsychiatrie
Les territoires de recours	• HN
	• Hospitalisation
Les territoires de recours	• Psychiatrie aux urgences : Mutualisation intersectorielle
	• Hospitalisation pour adolescents
Les pôles de référence	• Unités intersectorielles
	• Unités géronto-psychiatriques- Post-cure psychiatrique
Les pôles régionaux	• « UMD »
	• Consultations spécialisées (autisme ...)
Les pôles régionaux	• Hospitalisation pour enfants
	• Prise en charge au long cours

### Le découpage géographique des secteurs

Il doit correspondre avec celui des soins somatiques de manière à faciliter l'articulation entre les deux et rendre lisible et facile l'articulation entre l'hôpital et la ville.

Les secteurs de psychiatrie infanto -juvénile doivent être construits en regroupant des secteurs de psychiatrie adulte afin de faciliter là aussi la communication entre les équipes intervenant par exemple sur une même famille.

C'est au niveau des regroupements de secteurs de psychiatrie générale sur leur établissement de rattachement que la correspondance doit se faire avec le site de recours.

Il appartiendra aux établissements publics de formuler, dans le cadre des projets médicaux de territoires, des propositions de regroupements de secteurs visant à obtenir une superposition des groupes de secteurs de psychiatrie générale, des secteurs ou des groupes de secteurs de psychiatrie infanto -juvénile et des nouveaux territoires de santé. Ces propositions devront accompagner les demandes de renouvellement d'autorisations.

## **II Recommandations par thématiques**

### **II.1 La Psychiatrie de l'enfant**

Au plan régional, malgré les efforts engagés en faveur de la pédo-psychiatrie, des insuffisances de réponses demeurent, qu'il s'agisse de personnels, de lits et places ou d'optimisation de l'organisation.

**Les priorités pour tous les secteurs sont :**

**1. Le renforcement des Centres Médico-Psychologiques**, avec une équipe soignante multidisciplinaire, permettant d'assurer, dans des locaux extra ou intra hospitaliers bien desservis et connus des professionnels médicaux ou non médicaux de l'enfance ainsi que de la population :

- Une permanence d'accueil et d'information.
- Des consultations programmées dans un délai acceptable de moins d'un mois, avec une organisation garantissant la possibilité de recours à des consultations urgentes.
- Un traitement ambulatoire lorsque celui-ci est préféré par les usagers dans la structure ou lorsque les moyens libéraux sont insuffisants
- Un accueil pour des activités thérapeutiques à temps partiel en groupe : adolescents, groupes de parents... (CATTP)
- Des actions partenariales avec les professionnels de l'enfance pour la prévention, et le suivi des programmes de soins des enfants avec l'Education Nationale, le Médico-Social, les Services Enfant et Famille des Conseils Généraux, les Services Judiciaires...

**2. Le maintien de capacités adaptées aux besoins de la population d'enfants et d'adolescents en Hospitalisation de Jour**

Cette structure permet la mise en œuvre d'évaluations et d'observations diagnostiques, de soins individualisés et variant avec les besoins de l'enfant et de sa famille.

Elle suppose une équipe de professionnels formés, avec du temps pour les activités thérapeutiques, leur régulation, le travail avec la famille et les liens avec les autres professionnels de l'enfance.

**3. La psychiatrie de liaison** doit être assurée par tous les secteurs, et son organisation pensée en commun avec les services de soins somatiques (maternité, pédiatrie, gériatrie etc.,

en tenant compte des charges inhérentes à la vocation de référence ou de recours de certains de ces services.

Les secteurs doivent s'engager dans les réseaux qui sont déjà en cours : Périnatalité, Adolescents difficiles notamment.

Enfin, il appartient à l'ensemble des acteurs de développer leur rôle de formation et de support technique dans une période où le personnel qualifié se raréfie, au niveau médical et non médical, et de participer à des programmes de recherche.

## **II.2 Les unités de Psychiatrie pour adolescents à temps complet**

Suite à l'évaluation du fonctionnement des unités de psychiatrie pour adolescents à temps complet effectuée par l'Agence Régionale en juin 2003, par référence au cahier des charges régional, il y a lieu de retenir les recommandations suivantes:

L'objectif est la mise en place d'au moins une unité par département afin que soit proposée à tout adolescent de la région une prise en charge adaptée et que soit proscrite toute hospitalisation d'un adolescent dans une unité de psychiatrie pour adultes.

Afin de respecter cet objectif, le maintien d'une réponse départementale 365 jours par an est indispensable.

Dans le secteur public, Une unité doit être préférentiellement située au sein ou à proximité immédiate d'une structure de pédopsychiatrie comprenant hôpital de jour, CMP et CATTP, afin d'optimiser le temps médical, de favoriser la collégialité, d'améliorer l'accessibilité et de permettre un continuum dans les prises en charge.

Chaque structure a vocation à accueillir les adolescents dans le cadre de séjours programmés mais aussi de façon inopinée, en situation aiguë.

Le projet médical de chaque structure doit préciser les modalités de gestion de ces deux catégories de population accueillies et les suppléances organisées, en cas de non prise en charge des situations de crise.

Sur le plan de la couverture médicale, le fonctionnement collégial permet d'assurer une continuité des soins optimale. Il est donc souhaitable que plusieurs psychiatres participent au fonctionnement de ces unités, sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

Enfin, chaque unité publique ou privée doit mettre en place des coopérations avec les autres acteurs qui participent à la prise en charge de l'adolescent (justice, éducation nationale, établissements médico-sociaux, ASE, réseaux pour adolescents difficiles ...)

Une coopération régionale associant l'ensemble des unités pour adolescents pourrait permettre de définir des critères harmonisés d'évaluation, de réfléchir sur les coopérations possibles et sur les réponses à proposer aux problèmes de violence.

## **II.3 Les réseaux de prise en charge des adolescents en grande difficulté**

Les Professionnels qui participent à la prise en charge des adolescents atteints de troubles psychiques sont confrontés à des situations d'adolescents en souffrance dont le comportement particulièrement difficile induit des prises en charge multiples interrompues de ruptures successives qui épuisent les équipes et mettent en échec le système.

Il a été décidé de mettre en place au moins un réseau de prise en charge des adolescents en grande difficulté par département (2 dans l'Hérault qui comporte deux circonscriptions judiciaires), conformément aux priorités définies pour la dotation de développement des réseaux (DDR)

Chaque réseau s'adresse aux adolescents de 12 à 18 / 20 ans présentant des troubles psychiques, des difficultés familiales, éducatives, affectives et scolaires nécessitant une prise en charge pluri-institutionnelle associant les établissements de santé, la justice, l'éducation

nationale, les établissements médico-sociaux, les services de l'ASE.

L'objectif de chaque réseau est de décloisonner les logiques institutionnelles pour agir plus efficacement en mettant au cœur du dispositif l'adolescent en grande difficulté.

Des effets sur la prévention, la préparation et la sortie de l'hospitalisation, sur la continuité de la prise en charge sont attendus.

#### **II.4 La prévention de la dépression et du suicide**

Cette thématique fait l'objet d'une démarche actuellement en cours dans le cadre du programme régional de santé publique.

Il s'agit notamment d'organiser des formations à la prévention du suicide y compris des personnels du milieu pénitentiaire et de développer les dispositifs de type « point écoute jeunes » et les interventions en milieu scolaire. La réflexion porte également sur la mise en place de protocole de prise en charge des patients suicidants dans les secteurs de psychiatrie et aux urgences.

#### **II.5 La prise en charge des urgences psychiatriques et des patients en situation de crise**

La circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences préconise, dans les établissements dotés d'un Service d'urgence présentant un volume d'activité important, la mise en œuvre d'un centre d'accueil et de crise intersectoriel de - de 72 heures qui peut contribuer à évaluer et à traiter la situation médicale psychologique et sociale des personnes en crise.

Le rôle de cette unité intersectorielle d'admission est, d'observer, de traiter et lorsque est posée une indication d'hospitalisation, d'orienter le patient adressé par le Service d'urgence vers une unité de psychiatrie générale ou intersectorielle spécialisée ou vers l'hospitalisation privée.

Il est recommandé de mettre en place un dispositif de ce type dans l'ensemble des sites urbains de la région, notamment à Nîmes

Cette unité intersectorielle d'admission doit se situer sur le site ou à proximité immédiate du SAU.

Ces unités devront faire l'objet d'une évaluation au regard de leur fonctionnement de leur vocation intersectorielle et de leur mission de réponse aux situations de crise.

#### **II.6 Les patients difficiles**

Les structures psychiatriques, les personnels, ainsi que les patients sont de plus en plus confrontés à des situations dangereuses.

Il appartient à chaque établissement de mener une réflexion en interne conduisant à élaborer un véritable volet « sécurité » dans le projet d'établissement.

S'agissant des populations plus particulièrement concernées, 2 types de patients peuvent être évoqués :

- les patients placés en hospitalisation sous contrainte et considérés comme dangereux, ne pouvant dans l'immédiat être confiés à une Unité pour Malades Difficiles (UMD),
- les détenus placés en hospitalisation d'office (HO), susceptibles de tentatives d'évasion car, suivant l'art. D.398 du CPP, il n'est pas fait application de mesure de garde par les forces de l'ordre.

La loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 a prévu la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir en hospitalisation les personnes détenues avec ou sans leur consentement.

La région Languedoc -Roussillon n'étant pas programmée prioritairement pour recevoir une UHSA, il devient cependant nécessaire de proposer une réponse transitoire.

Celle-ci peut se traduire par la mise en place, pour chaque département, d'unités fermées renforcées du type « unités pour malades agités ou perturbateurs » ou « unités psychiatriques intersectorielles départementales ».

Ce type d'unité hospitalière doit bénéficier d'un personnel sanitaire en nombre suffisant, obligatoirement formé à l'abord et à la prise en charge des personnes détenues et encadré par des psychiatres expérimentés dans ce domaine et de personnel de sécurité.

Par ailleurs, ce type d'unité, non formellement identifié comme recevant des détenus, est également destiné à accueillir des malades « difficiles », violents voire dangereux, hospitalisés sous contrainte.

## II.7 Les détenus

Le plan santé mentale 2005-2008 prévoit 4 grands axes d'amélioration :

- l'augmentation et la diversification des activités ambulatoires,
- la meilleure prise en compte des besoins d'hospitalisation pour motif psychiatrique,
- l'amélioration de la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA, - le développement de la prise en charge pluridisciplinaire.

Les perspectives d'évolution, préconisées par le plan santé mentale 2005-2008 et le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de septembre 2004 sont :

➤ **Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs**, à travers :

Un travail en réseau des professionnels de psychiatrie : SMPR et secteurs de psychiatrie générale et infanto -juvénile intervenant en milieu pénitentiaire.

➤ **Mettre en œuvre la réforme de l'organisation et du cadre juridique de l'hospitalisation psychiatrique à temps plein des personnes détenues** (art 48 de la loi du 9 septembre 2002) qui aura pour effet le transfert de l'ensemble de ces hospitalisations en établissements de santé, dans des « unités spéciales aménagées »

➤ **Améliorer la prise en charge des addictions, des auteurs d'infractions à caractère sexuel et la prévention du suicide.**

- Le développement de la prévention du suicide :

La prévention passe d'abord par une logique globale de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue ; et par des actions de promotion de la santé mentale et d'éducation.

Pour se faire, il est nécessaire de former le personnel pénitentiaire et les professionnels de santé au repérage et à la gestion des crises suicidaires. Ces formations sont organisées par la DRASS.

- La prise en charge des addictions :

La prise en charge passe le repérage systématique de toutes situations d'abus ou de dépendance par l'UCSA lors de la visite médicale obligatoire d'entrée. L'UCSA doit informer la personne détenue des possibilités de prise en charge au sein de l'établissement.

Il s'agit également de diversifier les prises en charge et de proposer : une prescription de substitution, un traitement médicamenteux dans un but de sevrage, une consultation spécialisée d'addictologie.

Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social et

un support d'information sur ces relais doit être remis au détenu au moment de sa sortie.

- Les auteurs d'infractions sexuelles incarcérés :

Les modalités de prise en charge psychiatrique comportent notamment des suivis individuels ou de groupe, des ateliers thérapeutiques, des thérapies familiales, des traitements hormonaux...

## **II.8 Les filières de soins en faveur des personnes en situation de précarité**

Le Languedoc-Roussillon présente un pourcentage de population en situation de précarité supérieur à la moyenne française, malgré des évidentes disparités entre les départements.

Rappel des orientations du SROS II :

*Les soins proposés aux exclus ne doivent pas renforcer l'exclusion : les personnes concernées doivent être accompagnées vers des dispositifs de prise en charge utilisés par l'ensemble de la population.*

Pour que cette population puisse avoir accès à ce type de prise en charge, il est nécessaire de développer la coordination entre équipes de secteur et médico-sociales, formalisée par l'élaboration de conventions entre partenaires, afin de permettre une présence régulière dans les structures d'accueil, de faciliter l'accompagnement dans une prise en charge, également de préparer la sortie en cas d'hospitalisation et faciliter la formation et le soutien des professionnels

### **Recommandations**

Les orientations du SROS précédent restent d'actualité.

Cependant, les modes d'organisation suivant les besoins évalués par territoires, pourront participer directement du secteur psychiatrique, ou suivant l'importance du ou des territoires, justifier d'une approche intersectorielle.

Le travail en réseau développé avec les acteurs sociaux, médico-sociaux, pourra s'étendre aux systèmes éducatifs et judiciaires, en tant que de besoin, et dans le respect du patient.

Ce travail en partenariat, essentiel, s'appuiera sur la connaissance des personnels et associations de terrain, les liens soutenus entre professionnels et intervenants du système social, de la santé et du médico social, afin que les besoins de santé soient diagnostiqués et traités, et que le patient lui-même puisse être accompagné vers le dispositif de soins, et bénéficier, si besoin, d'un soutien dans le temps de la part du secteur, des équipes et structures partenaires.

Il est également essentiel de poursuivre le développement des actions de soutien et de formation auprès des professionnels au contact de ces personnes en situation sociale précaire, afin de les aider dans leur travail au quotidien.

Enfin il conviendra de faciliter l'orientation et la prise en charge des personnes accueillies, tout en évitant la psychiatrisation du malaise social.

## **II.9 La prise en charge géro-psycho-psychiatrique**

Les troubles psychiques de la personne âgée s'inscrivent dans trois grands cadres :

- la maladie d'Alzheimer et les autres démences : il s'agit de pathologies neuro-psycho-gériatriques qui ne relèvent pas du champ de la psychiatrie et qui font l'objet d'un dispositif spécifique décrit dans le SROS personne âgée.
- les psychotiques chroniques vieillissants qui posent essentiellement un problème médico-social plus particulièrement lorsque l'état de ces malades ne permet pas la cohabitation avec la population générale.

- les pathologies psychiatriques spécifiques de la personne âgée ou géronto-psychiatriques : elles présentent certaines particularités dans leur expression et dans leur prise en charge, au sein de la psychiatrie.

La géronto psychiatrie ne recouvre pas toute la pathologie psychiatrique des personnes âgées. Elle a vocation à prendre en charge les patients en phase aiguë présentant une dépendance ou une pathologie somatique associée nécessitant une prise en charge globale.

Par ailleurs, le séjour est nécessairement limité dans le temps et le retour dans le milieu de vie habituel doit être organisé avec les partenaires (structures sociales et médico sociales)

La prise en charge, que ce soit au domicile ou en hospitalisation doit tenir compte de la globalité de la personne et de l'entourage et nécessite une intervention pluridisciplinaire.

### **Rappel des orientations du SROS II :**

Le SROS Santé mentale 2001-2006 Languedoc Roussillon prévoyait pour les personnes âgées présentant des manifestations psychiatriques, de développer l'intervention du secteur en tant que facilitateur du maintien à domicile en partenariat avec les autres acteurs.

L'hospitalisation complète si nécessaire se faisant dans des unités intersectorielles assurant le traitement et la prise en charge des pathologies associées en vue du retour au lieu de vie.

Concernant les psychoses chroniques le SROS préconisait une prise en charge sur le lieu de vie, domicile, secteur médico-social ou Soins de Longue Durée selon le degré de gravité.

Dans ce cadre s'inscrivait le développement par convention de la complémentarité des équipes de secteur avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Une équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire incluant un psycho-gériatre devait être créée dans les établissements sanitaires généraux.

### **Recommandations**

#### **➤ Intégrer la géronto-psychiatrie à la filière gériatrique**

Un objectif prioritaire est de diagnostiquer et traiter les troubles géronto-psychiatriques sur le lieu de vie, par une approche spécialisée mais aussi pluridisciplinaire.

Parallèlement aux soins, l'intervention sur le milieu qu'il soit familial ou institutionnel est indispensable par le conseil, la formation, le soutien psychologique...

Cette approche doit se faire en étroite collaboration avec les équipes de gériatrie afin de prendre en compte le malade dans son ensemble.

Ce rôle peut être assuré notamment par les équipes du secteur de psychiatrie :

La géronto-psychiatrie doit être associée à l'évaluation gériatrique en renforçant, si nécessaire, son intervention au sein des structures existantes, unités mobiles de gériatrie, centres mémoires etc... dans le cadre de coopérations formalisées.

#### **➤ Développer des unités intersectorielles de géronto-psychiatrie**

Lorsqu'une hospitalisation est indispensable, celle-ci peut se faire soit dans un établissement psychiatrique indifférencié lorsque l'état le permet, soit dans une structure spécialisée en géronto-psychiatrie, notamment pour les malades les plus dépendants et/ou avec pathologies somatiques associées.

Les missions d'une telle structure intersectorielle doivent être clairement définies. Une structure de ce type par département paraît suffisante.

Des recommandations utiles établies par les professionnels et validées par l'ARH sur la base de celui établi pour l'établissement héraultais sont proposées dans le document technique en annexe.

## **II.10 La prise en charge addictologique à l'hôpital**

Plusieurs spécialités médicales, dont la psychiatrie, sont concernées par la prise en charge des addictions. Pour assurer une prise en charge spécialisée mais polyvalente, il semble indispensable de réunir ces compétences au sein de « pôles » hospitaliers publics et/ou privés.

Ces pôles doivent améliorer l'articulation et la coordination des intervenants dans les domaines des soins et de la réinsertion (équipes mobiles, réseau ville/hôpital) afin que les personnes ayant un usage nocif ou une dépendance soient accompagnées, prises en charge dans leur globalité et dans la continuité de leur parcours.

Ces pôles devront suivre, de façon concertée, les patients ayant un problème de consommation de tabac, d'alcool ou de substances illicites.

Au sein du pôle, il s'agira de prendre en charge les pathologies aiguës ou chroniques, conséquences des consommations, mais aussi d'agir sur les causes, les comportements de consommations pour les réduire ou, éventuellement, proposer des produits de substitution.

## **III Recommandations par mode de prise en charge**

### **III.1 Les centres Médico-psychologiques**

Les Centres Médico-Psychologiques proposent des soins de santé primaire de proximité à la population. Les CMP constituent le premier maillon permettant un accès au dispositif de soins de psychiatrie.

La circulaire ministérielle du 14 mars 1990 dispose qu'il convient qu'en tout secteur de psychiatrie générale existe au moins un CMP implanté au sein du secteur ou à proximité immédiate, en un lieu d'accès facile par les transports en commun et ouvert au moins 5 jours par semaine (non compris les jours d'ouverture de ses antennes éventuelles)

Le rôle des CMP est primordial dans le champ de la prévention, du dépistage et de l'accueil et pourtant, leur fonctionnement est mal appréhendé. En effet, actuellement, la mise en place de chaque CMP n'est pas soumise à autorisation de l'ARH. De ce fait, les autorités de tutelle disposent d'une faible connaissance du lieu d'implantation de ces structures et de leurs modalités de fonctionnement.

En outre, une représentation cartographique des CMP sur le territoire régional (cf. document préparatoire au SROS) a permis de montrer une certaine hétérogénéité de la répartition des structures d'un département à l'autre, que cela concerne la psychiatrie pour adultes ou la pédopsychiatrie.

Aussi, afin de garantir un maillage territorial de qualité et un renforcement du rôle des CMP, il est proposé, en concertation avec les Professionnels concernés, une clarification des missions exposée dans les documents annexés

Dans le cadre de l'élaboration des projets médicaux par territoire, il appartient aux établissements de formuler, sur cette base, une proposition d'implantation territoriale des CMP de façon coordonnée, tenant compte de cette charte et des orientations par territoire de santé.

### **III.2 L'hospitalisation à temps partiel**

Le ratio des places par millier d'habitants laisse apparaître une situation hétérogène, d'un territoire de santé à l'autre.

Une analyse fine nécessitera d'examiner la répartition des places par territoire d'hospitalisation ce qui conduira à questionner certains établissements sur la répartition géographique des places autorisées.

Des recommandations élaborées en concertation avec des Professionnels des établissements publics et privés, sont proposées dans les documents techniques en annexe).

Ces recommandations visent à l'homogénéisation des conditions d'admission et de prestations en hospitalisation à temps partiel dans l'ensemble des structures autorisées.

Compte tenu des moyens mobilisés et de la compétence des acteurs dans ces unités, il s'agit de s'écarter d'un fonctionnement de type occupationnel que des structures plus légères sont à même de prendre en charge, pour privilégier la dimension soignante et thérapeutique.

### **III.3 L'hospitalisation à temps complet**

Elle ne doit constituer qu'un moment de la prise en charge des patients et, à ce titre, elle s'inscrit dans la continuité entre les prises en charge en consultations, en CMP ou en ville, les diverses formes de prise en charge à la journée et les solutions à plus long terme de type post cure ou médico-sociales.

Enfin de garantir cette continuité, l'hospitalisation dans le secteur doit rester la règle : en effet, la sectorisation, outre son objectif d'accessibilité aux soins, a aussi pour objectif, d'assurer la continuité des soins.

Les hospitalisations hors secteurs doivent être limitées à des populations ou des pathologies particulières : adolescents, géronto-psychiatrie, « malades difficiles »

**III.4 L'accompagnement à l'extérieur de l'hôpital** Les orientations nationales comprennent 4 axes :

#### Les services d'accompagnement :

- les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dont le financement est assuré par le département.
- les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) co-financés par le département et par l'Assurance Maladie pour la partie soins.

#### Les clubs :

Le plan de Santé Mentale prévoit également la création de "clubs", en partie financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), en tant que lieux d'entraide mutuelle. Il s'agit de lieux d'accueil de jour permettant le développement d'actions culturelles, sportives, de loisirs et d'échanges.

#### L'accès au logement ou à un hébergement adapté : Il s'agit notamment de promouvoir :

- les appartements associatifs L'accompagnement est assuré par le secteur pour le volet psychiatrique et par le SAMSAH ou par le SAVS pour le volet social et médico-social,
- des foyers logements neufs et des maisons relais/pensions de famille (crédits Etat),
- 1 000 places en FAM et en MAS pour les personnes handicapées psychiques très dégradées entre 2005 et 2007, financées sous crédits ONDAM avec le concours de la CNSA, l'autre partie, par les Conseils Généraux, en ce qui concerne les FAM.

#### Le travail protégé :

Seront créées sur la période 2005-2007, 8.000 places en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) pour les travailleurs handicapés présentant un handicap psychique.

Les établissements de psychiatrie de la région doivent apporter leur concours aux initiatives locales allant dans ce sens

## **IV L'amélioration des compétences et de l'information médicale**

### **IV.1 L'amélioration des pratiques et des compétences professionnelles**

#### Les médecins généralistes

Le plan de Santé Mentale prévoit l'amélioration de l'efficacité de l'intervention des médecins généralistes par :

- le renforcement de la formation initiale et continue en sollicitant l'INPES, la HAS,
- la mise en réseau avec les médecins psychiatres,
- les accords de bon usage des soins (AcBUS) et les contrats de bonne pratique (CBP) concernant les psychotropes.

#### Le personnel infirmier

Le plan de Santé Mentale propose :

- un renforcement de la formation initiale au sein des IFSI qui se verront accrédités,
- une formation complémentaire de mise en situation à l'embauche pour les établissements publics, les structures privées étant incitées à adopter la même organisation,
- un tutorat de proximité pour favoriser la transmission des compétences.

### **IV.2 L'amélioration de l'information médicale**

Un groupe de travail, en liaison avec le comité technique régional en Santé mentale a été mis en place associant des médecins psychiatres et DIM publics et privés avec pour objectif de parvenir à un consensus sur les indicateurs communs décrivant l'activité, les malades accueillis, les filières de prise en charge et les moyens.

Parallèlement, au plan national, les difficultés de mise en place du PSMI en psychiatrie démontraient la difficulté d'appréhender les caractéristiques de la pathologie psychiatrique et sa substitution par la Valorisation de l'Activité de Psychiatrie (VAP) prévue en 2006 ouvre la perspective d'une meilleure appropriation des données, tant sur le plan de l'épidémiologie que sur celui des traitements et des prises en charge.

L'objectif au plan régional est de monter un système d'information commun et partagé entre tous les établissements et l'Agence, en lien avec les travaux menés sur la Valorisation de l'Activité en psychiatrie afin d'éviter des surcharges en terme de saisie de données. Ces travaux devraient être initiés en 2006 .

Il est proposé la création d'un observatoire de la santé mentale regroupant des psychiatres représentant l'ensemble des établissements publics et privés et l'ARH (mais aussi les laboratoires de recherche et l'université) avec pour objectif l'exploitation de systèmes d'information et l'élaboration d'un tableau de bord régional, permettant l'analyse des besoins et de l'offre de soins régionale.

## **V. L'humanisation des locaux**

Elle doit se poursuivre dans un certain nombre de sites.

### **VI Les priorités régionales :**

**Le renforcement de la prise en charge ambulatoire, en psychiatrie générale et infanto juvénile**

- le renforcement du fonctionnement des CMP en tant que véritable plate-forme d'intervention de la politique de secteur est réaffirmée, en ce qui concerne :
- l'accessibilité géographique et organisationnelle (horaires d'ouverture),
- les orientations populationnelles (adolescents),
- l'adaptation de leur fonctionnement dans une démarche de qualité (gestion performante des consultations inopinées, mise en cohérence de l'organisation des CMP entre eux selon une approche fédérative),
- du développement de l'activité sectorielle et de la psychiatrie de liaison : actions de coopération avec les autres acteurs (médecins généralistes, psychiatres et professionnels libéraux, milieu scolaire...), interventions à domicile, dans les établissements médico-sociaux, à destination des populations précaires et des exclus.
- Certaines modalités seront étayées par la mise en place d'équipes mobiles spécialisées pluridisciplinaires pour les personnes en situation d'exclusion et de précarité, à l'interface entre les acteurs sanitaires et sociaux et sous la coordination d'un psychiatre, sur la base d'un cahier des charges en cours de réalisation.

### **L'hospitalisation en psychiatrie infanto -juvenile.**

Il convient de renforcer les moyens humains de l'ensemble des unités d'hospitalisation temps plein existantes, d'améliorer leur implantation et d'augmenter leurs capacités afin que celles-ci soient en mesure de répondre à leur mission départementale et pour certaines d'entre elles, d'accueillir des adolescents présentant un tableau nosologique plus lourd.

« Les affections bucco-dentaires touchent toutes les couches de la population, et restent une cause de morbidité importante, et elles peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé globale du patient. Du fait de difficultés liées à l'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques, de fortes inégalités demeurent malgré les multiples améliorations que l'on constate depuis 20 ans. »

« Je serai particulièrement vigilant à ce que **l'odontologie conserve sa place à l'hôpital**, et qu'elle soit mieux **prise en compte dans les SROS** et le schéma universitaire. »

**Xavier Bertrand**, Ministre de la Santé et des Solidarités (congrès de l'Association dentaire française - Vendredi 25 novembre 2005 - Palais des congrès. PARIS).

### **Les personnes handicapés :**

Globalement ces malades sont très mal pris en charge et très peu d'hôpitaux sont réellement organisés pour leur accueil.

Cette catégorie de personnes, surtout celle, enfants ou adultes, porteuses d'un handicap lourd (moteur et/ou mental), nécessite des soins différents des autres patients. Ils ne peuvent supporter sans risques certains soins comme par exemple l'endodontie sous anesthésie loco-régionale. Certains actes doivent être effectués en bloc opératoire sous anesthésie générale. Pour ces prises en charge des attentes de **4 à 6 mois sont fréquentes**, dans des services plus ou moins éloignés.

### **Il y a lieu de développer des structures spécifiques avec :**

- un plateau technique adapté à l'accès de la personne handicapée, à l'exécution de traitements globaux dans des conditions appropriées (anesthésie générale, loco-régionale, sous sédation consciente, ...)
- du personnel médical spécialisé (odontologues, anesthésistes, médecins)
- du personnel para-médical formé à la prise en charge de ces malades notamment dans le domaine de l'hygiène et de la prévention bucco-dentaire.

**En terme d'égalité d'accès aux soins,, les personnes handicapées, enfants et adultes,** doivent à toutes les modalités de soins et non seulement à une réponse soustractive.

### **Il convient donc :**

- d'offrir à chaque patiente la qualité de soins et d'accompagnement humain auquel il a droit.
- de généraliser les techniques de sédation consciente pour patients handicapés dans des structures adaptées.

### **Les personnes âgées dépendantes** (plus de 6.000.000 de personnes) :

Les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence un état bucco-dentaire préoccupant chez les personnes âgées vivant en institution. Or le mauvais de santé bucco-dentaire d'une personne âgée dépendante ou non, retentit sur son état général (dénutrition, psychisme, etc...).

Les difficultés d'accès aux soins de ville compliquent cette situation. **Il y a donc lieu de créer une filière de soins cohérente en rapport avec les besoins.**

Certaines études montrent que 40% des personnes âgées hospitalisées en long séjour nécessitent une ou plusieurs extractions et que 2/3 des personnes âgées en résidence de courts, moyens ou longs séjours sont susceptibles d'une prise en charge odontologique. Or seulement 15% des établissements assureraient ces soins.

**La prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est une préoccupation de santé publique. Elle ne peut se concevoir sans structure particulière :**

- plateau technique adapté à la personne âgée ( position, durée des soins, etc...)
- personnel médical formé à la prise en charge de ces malades notamment sur les plans :  
psychologique, social, économique, hygiène bucco-dentaire.

Compte tenu du contexte de ces malades dépendants, à faible mobilité, généralement polymédicamentés, aux facultés intellectuelles souvent dégradées,

La prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est une préoccupation de santé publique. Elle ne peut se concevoir sans structure particulière : Toute structure d'hébergement devrait pouvoir passer une convention avec un établissement de santé doté de ce plateau technique

**Les porteurs de pathologies lourdes** : (patients cardiaques, greffés, à risques infectieux élevés, ...)

Ils sont environ 700 000 dont la majorité est hospitalisée et requiert des soins dentaires.

Parmi les 30 affections donnant droit à une Exonération du Ticket Modérateur (E.T.M.), certaines ne peuvent être prises en charge qu'en milieu hospitalier y compris au plan odontologique. Cela représente un nombre important de malades (664 822) répartis sur le territoire comme le rapporte un document d'avril 2000 de la C.N.A.M.T.S.

Une équipe médicale pluridisciplinaire dans laquelle, compte tenu des précautions à prendre, de l'importance de la prévention et de l'hygiène, l'odontologiste a un rôle essentiel à tenir.

### **Le milieu carcéral :**

Les services hospitaliers d'odontologie sont sollicités pour assurer et coordonner les soins bucco-dentaires aux détenu(e)s, dans le cadre des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.).

Il apparaît que les besoins de cette population sont difficilement assurés sur la base des vacations actuelles, sans tenir compte des problèmes d'incarcération, du contexte polymédicamenteux et du taux de séropositivité.

L'état bucco-dentaire des détenus en maisons d'arrêt et en centrales est préoccupant. La réhabilitation orale, par ses conséquences fonctionnelles et esthétiques apporte pourtant une aide à la réinsertion. Le nombre de praticiens est notoirement insuffisant, une fédération de moyens au travers d'un pôle d'odontologie de proximité par U.C.S.A. pourrait apporter une réponse.

### **Les urgences :**

La responsabilité des urgences, la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant les périodes de grands congés est un problème crucial dans de très nombreuses villes. La croissance de l'activité des services d'odontologie durant les périodes estivales pour le traitement : de douleurs bucco-dentaires, de douleurs oro-faciales aiguës, de complications infectieuses maxillo-cervico-faciales, d'hémorragies buccales, de traumatismes maxilloalvéolo-dentaires est très significative de l'importance du problème.

Une étude multi-centrique (réf. : lettre de l'ordre mars 2003) **fait état d'une activité de plus en plus importante de l'urgence hospitalière en odontologie**, et l'on peut véritablement parler d'inflation. Les causes sont multiples, en particulier un désengagement de l'odontologie de ville en matière de permanence des soins.

Mis à part quelques rares centres hospitaliers organisés pour la prise en charge des urgences odontologiques, l'hôpital n'assure pas totalement son rôle dans ce domaine.

Cette situation plaide pour un maillage plus étroit entre la ville et l'hôpital et pose la question des moyens alloués aux services d'odontologie.

Un réseau « prise en charge de l'urgence » pourrait être créé avec les praticiens de ville sous l'égide du conseil de l'ordre et coordonné sur le plan régional par des odontologistes hospitaliers.

# TITRE 3

## EVALUATION ET SUIVI

---

### Amélioration de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients

#### Accessibilité :

- Part des actes de chirurgie et d'obstétrique faisant l'objet d'un dépassement d'honoraire par territoire
- Délai moyen d'obtention de rendez vous :
  - En CMP
  - En imagerie
  - En consultation de spécialité

#### Urgences :

- Taux de population des zones à plus de 40 minutes d'une base (ou d'une antenne) SMUR terrestres, (soit ...% de la population totale de la région), couverte par un dispositif de type médecin correspondant SMUR .
- Nombre et taux d'établissements siège d'un service d'urgences (tous les UP/SAU/POSU) et d'un service de pédiatrie ayant mis en place un accueil spécifique des enfants aux urgences (circulaire n° 328 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences).
- Nombre et taux d'établissements dont le % de passages avec une attente supérieure à 30 minutes dépasse le seuil de 20%.

#### Périnatalité :

- Nombre et taux de population féminine de 15-50 ans à plus de 45 minutes d'une maternité.
- Nombre et taux de transferts de nouveaux-nés faute de capacité en lits de néonatalogie disponibles dans l'établissement de naissance.
- Nombre et taux d'accouchements donnant lieu à des naissances multiples dans les maternités de niveau 1.

#### **IVG :**

- 
- Délai moyen de prise en charge des IVG hospitalières en octobre.
- Nombre de conventions conclues au titre de l'article L2212-2 CSP

#### **Chirurgie ambulatoire :**

- - Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire sur les cinq gestes chirurgicaux traceurs (cataracte, extraction dentaire, arthroscopie du genou, varices, adénoamygalectomie)

## **Cardiologie :**

### Les Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) :

- Nombre de conventions formalisées USIC - SMUR.
- Nombre de conventions formalisées USIC - Cardiologie interventionnelle.
- Répartition du mode d'entrée : domicile, transfert.
- Nombre d'infarctus.
- Nombre d'entrées directes amenées par le SMUR

### Les Unités de surveillance continue :

- Provenance des patients : domicile, SMUR, USIC, cardiologie interventionnelle
- Nombre de patients porteurs de douleurs thoraciques n'ayant pas fait leur preuve, adressés directement par SAU, UPATOU ou SMUR.

### Centres de cardiologie interventionnelle :

- Nombre d'entrées directes amenées par SAMU - SMUR
- Nombre de conventions formalisées SMUR - Centre de Cathétérisme

### Implantation et surveillance des stimulateurs cardiaques :

- Nombre de patients implantés / an,
- Nombre de patients suivis / an
- Répartition / indications,
- Répartition / matériel implanté.

### Phase Hospitalière Réadaptation Cardiaque

- Pour les lits : TO et DMS,
- Pour les places : nombre de venues
- Origine des patients (territoire, région, hors région)
- Provenance (domicile, court séjour,...)
- Destination (retour domicile, court séjour,...)
- Typologie des patients (diagnostic entrée)

## **Psychiatrie :**

- Nombre de patients hospitalisés en hospitalisation complète depuis plus de 365 jours.
- Taux de secteurs ayant un délai d'attente pour un premier rendez-vous, hors urgence, supérieur à 30 jours.

### CMP :

- Nombre total de patients en CMP.
- Nombre total d'interventions en CMP.

### Hôpital de jour :

- Nombre total annuel de patients en hôpital de jour.
- Nombre de venues totales en hôpital de jour.

### Géronto-psychiatrie :

- Nombre total annuel de séjours en géronto-psychiatrie
- Durée moyenne de séjour en géronto-psychiatrie
- Provenance (domicile, court séjour, EHPAD...)
- Destination (domicile, court séjour, EHPAD...)

### **Gériatrie :**

- Nombre d'établissements de santé, siège d'un SAU et disposant d'un service de court séjour gériatrique, pourvus d'une équipe mobile gériatrique.
- Nombre de territoires de santé pourvus d'un pôle d'évaluation gériatrique.
- Nombre de territoires de santé pourvus d'une consultation mémoire.

### **Soins palliatifs :**

- Taux de population couverte par un réseau de soins palliatifs.
- Nombre de lits identifiés en soins palliatifs / 100 000 habitants.

### **Soins de suite et de réadaptation :**

- Taux de fuite régional des patients en soins de suite et de réadaptation.
- Taux de séjours longs inadaptés en court séjour.

### **Insuffisance rénale chronique :**

- Taux de patients légers pris en charge en centre et taux de patients lourds pris en charge en autodialyse

### **Soins aux personnes détenues :**

- Nombre annuel de consultations somatiques au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires / 100 détenus
- Nombre annuel de consultations psychiatriques réalisées dans les unités de consultations et de soins ambulatoires et dans les services médico-psychologiques régionaux / 100 détenus.

### **Imagerie médicale(scanner-IRM) :**

- Délai moyen d'attente entre la prise de rendez-vous programmé et les examens.

### **Gestion des risques :**

- Taux d'établissements ayant un tableau de bord des infections nosocomiales.

### **Fonctionnement des établissements de santé :**

- Part des séjours d'un jour en hospitalisation complète.
- Taux de remontée auprès de l'ARH des rapports des commissions de relations avec les usagers.