



SRS

**Schéma régional de santé
2023 – 2028**

VERSION SOUMISE
À CONSULTATION
2023

PRS 2018-2028
**NOUVELLE
AQUITAINE**
Projet Régional de Santé

Editorial



Benoit Elleboode
Directeur général
ARS Nouvelle-Aquitaine

Le schéma régional de santé 2018-2023 constitue notre feuille de route pour les cinq prochaines années. Il s'inscrit dans la continuité du schéma précédent, tout en tenant compte des enseignements de l'épidémie de Covid-19. Cette expérience, exceptionnelle de par son ampleur et sa durée, confirme la nécessité de nous projeter dans une approche globale, systémique et intégrée de la santé, déclinée dans toutes les politiques, par tous, et à toutes les échelles.

Cette approche, fondée sur des valeurs de solidarité et d'équité, place la santé au cœur de toutes les politiques pilotées par l'agence et portées par nos partenaires, services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé. Elle engage tous les acteurs à développer davantage la transversalité entre les secteurs, à faire émerger de nouvelles modalités de prises en charge et des modes de travail collaboratif. Elle prend, également, en compte les besoins de la personne dans son milieu de vie et vise à y répondre de la façon la plus appropriée, dans le respect de ses choix. Il s'agit d'éviter ainsi les ruptures dans la chaîne d'accompagnement et de soins qui peuvent être préjudiciables aux publics les plus fragiles.

En cohérence avec les orientations stratégiques de l'agence du COS¹, le schéma régional de santé s'est donné des objectifs permettant de répondre aux trois grands défis auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés :

- le défi démographique avec un accroissement constant de la population en région et son vieillissement, mais également celui des professionnels de santé, et leurs conséquences sur la progression des maladies chroniques, la perte d'autonomie, l'accès aux soins et aux accompagnements ;
- le défi sociétal afin de permettre la mutation d'un système de santé trop orienté vers les soins, vers un système de santé consolidé et efficient, plus tourné vers la prévention et les démarches « d'aller-vers » en particulier en faveur des plus vulnérables ;
- le défi climatique, nécessitant une meilleure préparation du système de santé, afin de le rendre plus résilient face aux conséquences du changement climatique et aux crises sanitaires à venir.

Pour réussir et répondre à ces grands enjeux, l'implication de chacun d'entre nous est nécessaire, au plus près des besoins, dans un esprit de co-construction des politiques de santé pour mettre en œuvre, dans les territoires, des actions adaptées aux attentes de chacun et intégrer l'ensemble des initiatives et actions conduites au niveau local au sein d'une politique globale favorable à la santé.

Je souhaite enfin, adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à la consultation citoyenne ainsi qu'aux nombreux acteurs de la région, opérateurs en santé, professionnels, usagers, élus, instances de démocratie en santé, régionales et territoriales, partenaires de politiques publiques, qui ont contribué à définir ce schéma. Les ambitions sont grandes, et je sais pouvoir compter sur la mobilisation de tous, afin d'améliorer concrètement la santé des Néo-Aquitains.

¹ Cadre d'orientation stratégique 2018-2028



Sommaire

Attendus et méthode d'élaboration du schéma régional de santé Nouvelle-Aquitaine 9

Axe 1 : Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé11

1.1 Refonder la politique de prévention pour renforcer son efficacité..... 14

1.2 Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens 15

1.2.1 Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et les compétences de vie15

1.2.2 Développer les actions de promotion de la santé et de prévention par tous les acteurs de santé dans une logique d'universalisme proportionné et de lutte contre les inégalités de santé16

1.2.3 Inciter et accompagner les collectivités territoriales et leurs groupements dans la mise en place d'actions sur les déterminants de santé17

1.3 Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé..... 18

1.3.1 Agir pour une équité d'accès des enfants à la santé globale, plus particulièrement pendant la petite enfance (1 000 premiers jours)18

1.3.2 Agir sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de nutrition20

1.3.3 Faciliter un parcours de santé sexuelle adapté.....21

1.3.4 Prévenir les conduites addictives et réduire leurs conséquences nocives22

1.3.5 Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie24

1.4 Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé..... 26

1.4.1 Agir sur les déterminants environnementaux de la santé26

1.4.2 Développer des actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, universitaire et périscolaire27

1.4.3 Agir sur le logement et l'hébergement, notamment pour les populations les plus vulnérables.....29

1.4.4 Promouvoir et accompagner les actions de développement de la santé en milieu de travail29

1.5 Mobiliser les outils de prévention du système de santé..... 31

1.5.1 Promouvoir la vaccination31

1.5.2 Renforcer les dépistages et les repérages précoces32

Axe 2 : Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé37

2.1 Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas d'urgence 40

2.1.1 Garantir un accès équitable aux soins primaires40

2.1.2 Améliorer l'accès et le maintien dans le système de santé des populations vulnérables.....42

2.1.2.1 Accès à la prévention et aux soins des plus démunis.....42

2.1.2.2 Accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap.....44

2.1.2.3	Accès à la prévention et aux soins des personnes victimes de violence	45
2.1.2.4	Accès à la prévention et aux soins des personnes sous main de justice	46
2.1.3	Organiser l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés	47
2.1.4	Accompagner une organisation des activités de diagnostic garantissant qualité et accessibilité	53
2.1.5	Renforcer les prises en charge ambulatoires, à domicile et amplifier le virage inclusif	57
2.1.6	Poursuivre la transformation de l'offre de soins et médico-sociale en garantissant la gradation et la complémentarité des services et des structures	59
2.1.7	Développer l'usage de la télémédecine, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes fragiles ou en situation d'isolement	62
2.1.8	Encourager la coopération transfrontalière	64
2.2	Organiser des parcours de santé sans ruptures	67
2.2.1	Mettre en œuvre une stratégie régionale parcours qui profite au plus grand nombre, et en particulier aux plus fragiles	67
2.2.2	Définir, mettre en œuvre et accompagner une organisation de la santé en parcours	70
2.2.2.1	Accompagner les projets de naissance	70
2.2.2.2	Garantir un parcours sans rupture en santé mentale à tous les âges de la vie	72
2.2.2.3	Poursuivre l'adaptation de l'offre de service et développer l'appui aux acteurs pour une société plus inclusive et accessible aux personnes en situation de handicap	74
2.2.2.4	Accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap	77
2.2.2.5	Accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dans le respect de leurs choix, lieux et habitudes de vie	80
2.2.2.6	Garantir aux adolescents une prise en charge adaptée à leurs besoins	84
2.2.2.7	Améliorer le parcours de santé de personnes atteintes de maladie(s) chronique(s)	86
2.2.2.8	Garantir à tout patient atteint d'un cancer un parcours de santé personnalisé et adapté	89
2.2.2.9	Renforcer la connaissance partagée et la qualité des prises en charge des personnes vivant avec une maladie rare	92
2.2.3	Soutenir le développement des fonctions d'appui et des initiatives des professionnels visant à améliorer le parcours coordonné des patients	93
2.2.4	Développer les usages du numérique en santé au service de l'accès à une offre de santé coordonnée dans les territoires	95
2.2.5	Renforcer et diversifier les solutions d'accompagnement et de répit des proches aidants	96
2.3	Renforcer la démocratie en santé, l'implication du citoyen et le partenariat usager-professionnel	99
Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des organisations et rendre le système de santé plus résilient face aux crises		103
3.1.	Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques et des organisations	106
3.1.1.	Développer la culture du signalement auprès de tous les professionnels en associant les usagers	106
3.1.2.	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et des organisations	108
3.1.3.	Améliorer la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la fin de vie	111
3.1.3.1.	Améliorer la prise en charge de la douleur	111
3.1.3.2.	Améliorer la prise en charge de la fin de vie	113
3.1.4.	Promouvoir la réflexion éthique dans les soins et les accompagnements	114
3.2.	Améliorer la pertinence et l'efficacité des parcours de soins	116
3.3.	Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge	118
3.3.1.	Agir sur la formation pour répondre aux besoins de la région et des territoires	119

3.3.2. Promouvoir et soutenir l'attractivité des métiers de la santé en ville et en établissement	120
3.3.3. Accompagner les coopérations professionnelles, le partage de tâches et l'évolution des métiers	122
3.4. Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles	124
3.5. Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation	127
3.6. Promouvoir le développement durable et la transformation écologique du système de santé	129
Programme de prévention des violences sexuelles et de l'accès aux soins des victimes de ces violences	133
Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins	149
Zones du schéma régional de santé	151
Objectifs quantitatifs de l'offre de soins	157
Zone régionale	158
Zones infrarégionales	162
Zones territoriales	186
Zones infra-territoriales.....	207
Permanence des soins en établissements de santé	369
Zones infra territoriales	373
Zones infrarégionales	387
Zone régionale	392
Glossaire	396

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

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

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

Un schéma unique pour plus de transversalité

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

Une évaluation renforcée

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



Une déclinaison territoriale

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

Des enjeux et des priorités partagés

- **83 réunions** de concertation technique avec les professionnels
- **1 séminaire régional** réunissant l'ensemble des acteurs des territoires
- **L'association des instances et des partenaires** de l'ARS
- **1 consultation citoyenne** ouverte à tous
- **46 réunions territoriales** organisées fin 2022 dans le cadre du conseil national de la refondation (CNR) santé

AXE 1

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ



- Refonder la politique de prévention pour renforcer son efficacité
- Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens
- Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé
- Promouvoir les milieux favorables à la santé
- Mobiliser les outils de prévention du système de santé

AXE 2

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



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



AXE 3

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE ET DES ORGANISATIONS ET RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS RÉSILIENT FACE AUX CRISES



- Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques et des organisations
- Améliorer l'efficacité et la pertinence des parcours de soins
- Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge
- Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles
- Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation
- Promouvoir le développement durable et la transformation écologique du système de santé

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



Avec 6 objectifs opérationnels et 12 priorités d'action.

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

Un schéma régional transversal

Le Schéma régional de santé (SRS) de Nouvelle-Aquitaine 2023-2028, s'appuie sur le SRS précédent, l'expérience de la crise sanitaire de la Covid-19 et ses conséquences sur la santé des Néo-Aquitains. Il poursuit la rupture avec l'approche segmentée de l'organisation de la santé - prévention, offre sanitaire, offre médico-sociale et comporte les objectifs opérationnels de la politique régionale de santé, déclinant ainsi les orientations stratégiques définies par le cadre d'orientation stratégique (COS).

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

Sa principale finalité est celle de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et répondre ainsi aux besoins de chacun, sur tout le territoire.

Le SRS Nouvelle-Aquitaine traduit donc l'ambition de transversalité de la politique régionale de santé, et de renforcement de la coordination des politiques publiques ayant un lien direct ou indirect avec la santé, en partenariat avec les services de l'Etat, les organismes de protection sociale, les collectivités territoriales, les élus, les professionnels de santé et les usagers. Il repose sur trois principes d'action : l'universalisme proportionné et les démarches « d'aller vers », la promotion de la santé dans toutes les politiques et la territorialisation des politiques de santé.

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

Une concertation élargie et une consultation citoyenne pour partager les enjeux et les priorités

L'élaboration du SRS s'est appuyée sur 83 réunions de concertation technique d'octobre 2022 à mars 2023, qui ont mobilisé plus de 700 participants : partenaires de politiques publiques, élus et collectivités territoriales, opérateurs en santé de tous les secteurs, et représentants d'usagers. Les travaux de concertation se sont appuyés sur l'actualisation des éléments de diagnostic régional et territoriaux réalisés en 2017, ainsi que sur le bilan du projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine.

L'élaboration du SRS s'est également appuyée, dans le cadre du conseil national de la refondation (CNR) santé, sur 46 réunions territoriales organisées à l'automne 2022 sur les questions d'accès à la prévention et aux soins et sur une concertation citoyenne numérique réalisée sur 9 thématiques définies en lien

avec la commission régionale santé autonomie (CRSA) : l'accès à la santé, la télémédecine et la télésanté, la qualité et la sécurité des soins, l'aide aux aidants, l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou porteuses d'une maladie chronique, la prise en charge sanitaire des personnes en situation de handicap, la prévention et le dépistage des cancers, la prévention des addictions et la prévention des violences intrafamiliales. Près de 4 000 personnes ont participé à cette consultation. Les principales préoccupations ou propositions issues de cette consultation sont signalées dans le document par le logo ci-contre et feront l'objet d'un suivi particulier en lien avec la CRSA.



Enfin, un séminaire de travail régional, organisé le 11 mai 2023, en présence de représentants de la commission régionale santé autonomie (CRSA), des commissions de coordination des politiques publiques (CCPP), des conseils territoriaux de santé (CTS), des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et du conseil de surveillance de l'ARS, a permis de partager la réflexion, et d'enrichir les contributions issues de la concertation technique.

Parallèlement, et en continu depuis le printemps 2022, les instances et les partenaires de l'agence ont été associés à l'élaboration du SRS.

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

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

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

- Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé
- Organiser un système de santé de qualité, coordonné et accessible à tous dans une logique de parcours de santé
- Garantir la qualité et la pertinence des prises en charge et des organisations et rendre le système de santé plus résilient face aux crises

Ces objectifs sont complétés d'un programme de prévention des violences sexuelles et de l'accès aux soins des victimes de ces violences, conformément à l'article L1434-2 du code de la santé publique (CSP), de la présentation des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) et de l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES). Concernant les OQOS, un effort particulier de présentation a été réalisé afin d'en faciliter la lecture.

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

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

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



AXE 1

RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Axe 1 :

Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé

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

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

Dans cette conception étendue, l'état de santé dépend en grande partie de facteurs extérieurs aux soins et l'accès à la santé et la promotion de la santé concernent autant les citoyens que les professionnels.

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

Cette approche globale de la santé nécessite de s'appuyer sur des méthodes et des actions efficaces, et d'agir conjointement sur trois dimensions complémentaires :

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

Les évaluations des projets de prévention conduites depuis 30 ans ont permis d'identifier des actions dites « probantes », c'est-à-dire efficaces en termes de résultats mesurés (pathologies ou troubles évités). Ces méthodologies sont reproductibles et déployables. Elles sont donc un levier majeur pour les acteurs de la prévention afin de mettre en œuvre des actions pertinentes vers les publics qui en ont le plus besoin, dans une logique d'universalisme proportionné.

Enfin, faciliter l'adoption ou la mise en place de comportements favorables à la santé par des environnements propices constitue également un levier pour lutter, avec nos partenaires, contre les inégalités de santé en Nouvelle-Aquitaine.

1.1 Refonder la politique de prévention pour renforcer son efficacité

Les principaux indicateurs de santé montrent une très forte corrélation de l'état de santé au niveau de vie et à l'environnement. Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social. Plus les personnes ont une position sociale favorable, meilleure est leur santé. De nombreuses études démontrent l'influence des déterminants sociaux sur la santé ; ainsi, si les indicateurs de santé s'améliorent globalement (l'espérance de vie progresse), les différences entre les catégories socio-professionnelles perdurent voire s'aggravent. L'épidémie de Covid-19, en frappant plus durement les populations fragiles, a mis à nouveau en exergue l'impact des inégalités sociales et territoriales sur l'état de santé des populations et la nécessité d'agir dans une logique d'universalisme proportionné.

Par ailleurs, les évaluations conduites en France et à l'international montrent que les politiques de prévention et de promotion de la santé visant des changements de comportements nécessitent des méthodologies adaptées à cette finalité et qui s'inscrivent dans la durée.

La recherche de l'efficacité et de l'efficience des actions publiques, et le souci de leur reproductibilité et de leur déploiement, sont des préoccupations croissantes des autorités. Les évaluations conduites à la fois aux niveaux national et international ont permis d'identifier des données, des approches et des interventions fondées sur des preuves (*evidence-based*).

Santé publique France (SPF) a créé en 2018 un portail² des interventions probantes en prévention et promotion de la santé qui va devenir le Registre français des interventions efficaces/prometteuses en prévention et promotion de la santé (PPS) et permettra à chacun, acteur institutionnel, associatif ou professionnel, de trouver des références, des données et des méthodologies d'intervention.

Nourrie de ces réflexions, l'ARS Nouvelle Aquitaine s'est engagée dans ce mouvement de refondation de la prévention et a décidé, en concertation avec ses partenaires, de prioriser les interventions fondées sur les données probantes et les actions probantes ou prometteuses.

Cette transformation des modalités d'intervention a pour but premier de renforcer l'efficacité des actions financées et de se traduire en résultats mesurables. Dans une logique d'équité et d'impact à l'échelle d'une population, les interventions pilotées et financées par l'ARS doivent également être reproductibles et déployables pour l'ensemble des populations concernées, sur tout le territoire de Nouvelle Aquitaine.

Ainsi, la vaccination, le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ou la pratique d'une activité physique quotidienne chez les jeunes et les adultes ont fait l'objet d'évaluations qui les classent dans cette catégorie d'interventions probantes. D'autres projets, actuellement accompagnés par l'ARS feront l'objet d'évaluations avant toute extension en région (MedPrev, J'aime manger bouger, Nutrition Petite enfance, PRIMPREV, Expériences animées, etc.).

Cette évolution nécessite un partage des objectifs et un engagement de l'ensemble des parties prenantes. A ce titre, la formation des acteurs constitue un enjeu fondamental, pour les professionnels de santé lors de la formation initiale et du service sanitaire des étudiants en santé (SSES) et pour l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. La montée en charge se déroulera sur 3 ans, en concertation avec les acteurs concernés. Des formations et des accompagnements seront mis en place pour soutenir les changements de pratiques.

² Site internet de SPF : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

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

La santé est encore aujourd'hui trop souvent perçue comme l'absence de maladie. Il est désormais essentiel de promouvoir une vision globale et positive de la santé, de développer la culture de promotion de la santé auprès de tous.

Par ailleurs, **faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé, par des environnements propices et par une prise en compte du niveau de littératie³ en santé de la population, est un levier pour lutter avec nos partenaires, contre les inégalités de santé en Nouvelle-Aquitaine.**

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

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

Développer ses compétences de vie, par ailleurs dénommées compétences psychosociales (CPS), dès le plus jeune âge, permet de rendre chacun plus autonome vis-à-vis de sa propre santé. Chez les enfants et les jeunes, le développement des compétences psychosociales a un impact positif sur le développement global, le bien-être, la résilience, la réussite scolaire, et permet de réduire les troubles anxio-dépressifs, le suicide et les conduites à risque (en matière de comportements sexuels, violences, addictions, etc.). Chez les adultes, le renforcement des compétences psychosociales améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'objectif de l'ARS est de renforcer le déploiement de programmes de développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge dans les différents milieux de vie (éducatif, périscolaire, sportif) ainsi que des programmes de soutien à la parentalité. Elle s'appuiera sur l'instruction interministérielle relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes 2022-2037 et veillera à :

- mettre en place une coordination territoriale associant l'ARS (siège et délégations départementales), les Académies et leurs directions des services départementaux de l'Education Nationale (DSDEN) ainsi que les conseils départementaux qui ont compétence sur la protection maternelle et infantile et compétence partagée sur l'accueil des jeunes enfants ;
- déployer des programmes de développement des compétences psychosociales probants et adaptés aux différents âges de la vie ;
- favoriser la formation aux compétences psychosociales des intervenants auprès des publics vulnérables ;
- améliorer le niveau de littératie en santé de la population pour qu'elle soit en capacité de prendre au mieux sa santé en charge.

³ C'est-à-dire sa capacité à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche, et donc rendre plus accessibles les messages de promotion de la santé et de prévention.

1.2.2 Développer les actions de promotion de la santé et de prévention par tous les acteurs de santé dans une logique d'universalisme proportionné et de lutte contre les inégalités de santé

La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle couvre une vaste gamme d'actions et d'interventions conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie. Elle insiste sur les ressources à développer ou à maintenir pour la bonne santé et vise à mettre en place des environnements favorables à la santé, physiques et sociaux, permettant aux personnes d'effectuer facilement les meilleurs choix possibles pour leur propre santé.

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

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

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

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

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

Bien que la compétence santé ne leur soit pas reconnue d'un point de vue règlementaire, les collectivités territoriales et leurs groupements, en intervenant au plus près des besoins des habitants, agissent sur de nombreux déterminants de santé : aménagement du territoire dont accessibilité, mobilité, espaces publics et espaces verts, action sociale et culturelle, qualité de l'eau, restauration collective, politiques sportives, écoles, portage de repas. Elles mènent aussi des actions de promotion de la santé vers des publics spécifiques (enfants, personnes âgées ou en situation de handicap) de manière de plus en plus volontariste, en signant notamment des contrats locaux de santé, des contrats de ville, ou en s'impliquant dans les instances de démocratie en santé. Enfin, les collectivités territoriales qui ont mis en place un Conseil local en santé mentale (CLSM) s'attachent à prendre en compte la santé mentale de leurs concitoyens.

La construction de dynamiques territoriales de santé, adaptées aux besoins et associant l'ensemble des acteurs, permet ainsi d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Au plus près des besoins des habitants, les collectivités agissent pour améliorer la qualité de vie citoyens. Il est donc essentiel de **développer et de valoriser les actions volontaristes des communes ou communautés de communes en matière de santé, ou leurs compétences en propre pour les conseils départementaux ou le conseil régional** en veillant à :

- promouvoir les échanges de pratiques, les journées thématiques, la plateforme « santé et territoires », le réseau français et le réseau européen « villes-santé OMS », les « collectivités actives PNNS », l'« Agenda 21 », les conseils locaux de santé mentale, les conférences de sensibilisation des élus à la santé environnementale, etc. ;
- travailler davantage en collaboration avec les partenaires institutionnels pour la mise en place d'actions adaptées aux besoins des territoires en particulier sur l'accès aux soins et aux droits, mais aussi sur les déterminants de la santé.

L'ARS accompagne les territoires dans le développement d'approches globales de la santé, telles que l'urbanisme favorable à la santé, l'évaluation d'impact en santé, la mise en place de pratiques favorables à la santé dans les structures d'accueil de jeunes enfants. Elle **soutient plus particulièrement les projets émanant des contrats locaux de santé (CLS)**. En fonction des dynamiques et des ressources du territoire, l'ARS peut cofinancer des postes de coordinateurs de CLS, et des actions de prévention probantes.

Dans chaque département, la Conférence des financeurs présidée par le conseil départemental et par l'ARS, constitue un levier pour la coordination des actions visant à préserver l'autonomie des personnes âgées à domicile, ou des actions collectives de prévention.

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

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

Par ailleurs, l'augmentation prévisible des maladies chroniques et de certaines pathologies non transmissibles, comme les maladies métaboliques, les cancers liés aux perturbateurs endocriniens ou les problèmes de santé liés à la vie sexuelle et reproductive (malformations congénitales, baisse de la concentration de spermatozoïdes, insuffisance ovarienne, etc.) démontrent la nécessité d'agir le plus précocement possible sur les déterminants de la santé. Cela est d'autant plus prégnant aujourd'hui que la Covid-19 a eu un impact négatif sur la majorité des déterminants de la santé.

1.3.1 Agir pour une équité d'accès des enfants à la santé globale, plus particulièrement pendant la petite enfance (1 000 premiers jours)

Les épreuves subies pendant l'enfance ont des conséquences négatives tout au long de la vie, avec une dégradation des indicateurs de santé 10, 20, ou 30 ans plus tard. A contrario, agir précocement en soutien des parents favorise des choix favorables à une bonne santé et au développement de facteurs de protection : accueil du bébé dans un environnement sain, développement des compétences psychosociales, liens d'attachement. La santé de l'enfant conditionne en effet largement celle de l'adulte qu'il deviendra. Elle se construit dès la phase de sa conception et se poursuit jusqu'à son adolescence. Le déterminant essentiel du bon développement ultérieur en santé d'une personne est la réponse adéquate à ses besoins fondamentaux de la période fœtale jusqu'à la fin de la petite-enfance, la période des 1000 premiers jours étant particulièrement critique.

La période périnatale est ainsi une période de vulnérabilité dans les trajectoires de vie, mais également une fenêtre d'opportunité – un moment pendant lequel les parents sont réceptifs aux messages de prévention dans l'intérêt de leur enfant.

La politique des 1000 premiers jours favorise la prise de conscience individuelle et collective qu'agir pendant cette période est essentiel, dans une logique d'universalisme proportionné et d'accessibilité universelle. En effet, les familles les plus vulnérables requièrent un soutien plus intensif. De même, tout au long de l'enfance et de l'adolescence, l'accompagnement des jeunes les plus fragiles, notamment les jeunes placés sous main de justice, accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou isolés pour des raisons sociales ou psychiques, est une priorité de santé publique.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La politique des 1 000 premiers jours repose sur le déploiement d'actions à fort impact de prévention, promotion de la santé environnementale visant en priorité femmes enceintes et jeunes enfants, en lien avec les enjeux de développement durable, action reconnue de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. L'articulation de la prévention et des soins dans les secteurs de la périnatalité et de la parentalité se traduit par des actions structurantes : développement de l'entretien prénatal précoce, séjour à la maternité et retour à domicile avec accompagnement des premiers jours de l'enfant, développement des compétences psychosociales des parents et des jeunes enfants. La politique des 1 000 jours repose donc sur un travail partenarial et de coopération étroite entre acteurs de la parentalité, du social, de la santé, et de

l'éducation, en lien, en particulier avec les conseils départementaux et leurs services de protection maternelle et infantile (PMI) et les caisses d'allocations familiales (CAF), co-porteurs de cette politique.

Les objectifs opérationnels qui en découlent visent à outiller les acteurs professionnels de la petite enfance et les familles dans une logique d'intervention précoce et de lutte contre les inégalités de santé sont les suivants :

- ▶ animer le comité régional des 1 000 jours permettant de fédérer/décloisonner les acteurs et prendre appui au niveau territorial sur les nouveaux comités départementaux de services aux familles ;
- ▶ poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé, notamment les maternités, services de néonatalogie et pédiatrie, en incitant à leur labellisation « Prévenir pour bien grandir » ;
- ▶ développer les programmes d'interventions probantes notamment (PANJO, 5 AQUIT-N) en direction des publics les plus vulnérables, des actions expérimentales (BASE, COCON) ainsi que des actions sur la prévention des mésusages des écrans ;
- ▶ poursuivre les dynamiques engagées dans le cadre de la contractualisation Préfet/ARS/Département dans le domaine de la prévention et la protection de l'enfance, en renforçant les projets développés par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- ▶ généraliser l'entretien prénatal précoce (EPP) et mettre en place l'entretien post-natal précoce, en lien notamment avec les communautés professionnelles de territoires (CPTS) et les services de la PMI, et promouvoir les visites médicales obligatoires de l'enfant ;
- ▶ soutenir le déploiement de filières de psychiatrie périnatale dans tous les départements ainsi que le réseau régional des nouveaux nés vulnérables à l'échelle régionale porté par le réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine (RPNA) ;
- ▶ renforcer la réalisation des dépistages néonataux obligatoires ;
- ▶ organiser avec l'appui du réseau régional de périnatalité un suivi des nouveau-nés identifiés comme vulnérables sur l'ensemble de la région (projet COCON). Le dépistage des vulnérabilités liées à la grossesse fait partie intégrante de l'accompagnement des projets de naissance. Celles-ci sont diverses et peuvent être liées aux grossesses antérieures, au contexte obstétrical de la grossesse actuelle, aux difficultés sociales, à la sphère familiale (dont conjugale), aux pathologies médicales, aux difficultés psychiques passées ou actuelles, aux passé ou vécu traumatiques, etc. ;
- ▶ poursuivre le déploiement du repérage et l'intervention précoce sur les troubles du neuro-développement (TND) à partir des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) TND en collaboration avec le projet COCON ;
- ▶ soutenir les dispositifs d'appui à la parentalité des personnes en situation de handicap (type SAPPH) ;
- ▶ poursuivre les actions de prévention et promotion de la santé environnementale autour de la petite enfance, en l'élargissant à la période de l'adolescence, notamment en lien avec les phénomènes de puberté précoce, et en renforçant les actions de prévention ciblant les familles vulnérables ;
- ▶ développer des campagnes de promotion en santé auprès des établissements de santé et des femmes sur la promotion du bien manger pendant la grossesse, sur la prévention (diabète-hypertension artérielle) et pour informer notamment sur les risques liés au tabac, à l'alcool, à l'environnement.

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

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

L'alimentation, l'activité physique (regroupées sous le terme « nutrition ») sont des déterminants majeurs des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'obésité ou l'ostéoporose. La sédentarité, c'est-à-dire des temps prolongés d'éveil en position assise ou couchée, est elle-même associée au développement de pathologies chroniques chez l'adulte, indépendamment du niveau d'activité physique.

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

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

La nutrition est une thématique commune à diverses programmations émanant de différents ministères (Programme national pour l'alimentation –PNA-, Stratégie nationale Sport santé bien-être-SNSSBE-, Plan national santé environnement –PNSE- Plan cancer, etc.), le cadre de référence étant le Programme national nutrition santé (PNNS) initié en 2001. Elle fera prochainement l'objet de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Dans le cadre de la déclinaison du PNNS 4 (2019-2023) et de la SNSSBE 2019-2024, un **programme d'actions régional partenarial** sur l'alimentation saine et durable, l'activité physique, la sédentarité et l'image corporelle est mis en œuvre. Il associe notamment la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) et inclut la Stratégie régionale sport santé bien-être, pilotée conjointement avec la Délégation régionale académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) et la Région Nouvelle-Aquitaine. Ce programme sera revu en tant que de besoin, notamment à l'aune du PNNS 5 et de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC).

Afin de **lutter contre les inégalités sociales en matière de nutrition**, les principes d'action majeurs consisteront à conjuguer des actions :

- auprès des individus **et** sur leurs environnements ;
- en population générale **et** auprès de publics ciblés (enfants, publics en situation de précarité, etc. et/ou vivant sur des territoires présentant des indicateurs plus défavorables).

Les objectifs généraux seront :

- **développer des environnements nutritionnels propices à accompagner les changements de comportements** (accessibilité à l'activité physique et à une offre d'alimentation saine et durable), en soutenant les **démarches territoriales** (Contrats Locaux de Santé -CLS-, Collectivités actives PNNS, Projets alimentaires territoriaux –PAT, Maisons sport santé, etc.) ;
- aider les néo-aquitains, en particulier les jeunes, à orienter leurs choix vers des comportements alimentaires et d'activité physique favorables à la santé avec notamment le déploiement de programmes reposant sur des modes d'intervention probants, et des approches favorisant une image corporelle positive.

Deux objectifs spécifiques seront poursuivis :

- ▶ étayer et amplifier des actions spécifiques aux premières années de la vie (1 000 premiers jours) ;
- ▶ **inclure l'activité physique dans les parcours de santé des malades chroniques**, en particulier via le dispositif de prescription d'exercice physique pour la santé (PEPS).

Enfin, l'ARS veillera à poursuivre son **approche transversale conjuguant nutrition et enjeux environnementaux**, confortée par la SNANC.

1.3.3 Faciliter un parcours de santé sexuelle adapté

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

- ▶ **promouvoir**, en lien avec l'Education nationale, **l'éducation à la vie affective et sexuelle dès le plus jeune âge**. Pour les plus âgés, il est nécessaire de favoriser l'accès à une contraception adaptée, notamment chez les moins de 25 ans et les personnes les plus démunies, en particulier par des consultations de première contraception. Un programme régional d'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) précisera les modalités permettant de rendre visible et de promouvoir la filière d'accès à l'interruption volontaire de grossesse ;
- ▶ **renforcer la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)**, dont le VIH et les hépatites virales, par une approche de prévention diversifiée notamment en privilégiant le déploiement de dispositifs « d'aller-vers ». Une attention particulière devra être apportée à la **réponse aux besoins des populations les plus concernées et les plus vulnérables**, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec un (des) autre(s) homme(s), les personnes transgenres, les migrants, les personnes placées sous main de justice, les usagers de drogues, etc. selon le principe de l'universalisme proportionné ;
- ▶ aborder la sexualité des personnes en situation de handicap et des personnes âgées autour d'une **vision positive de la sexualité**, notamment au sein des établissements et services médico-sociaux. A cet effet, un centre ressources « vie affective et sexuelle et accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap » sera créé ;
- ▶ intégrer la **prévention des violences sexistes et sexuelles** dans le nouveau programme régional de prévention des violences sexuelles et d'accès aux soins des victimes de ces violences inclut au présent schéma.

La déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle en Nouvelle-Aquitaine nécessitera de renforcer la mobilisation, la coordination et la formation des professionnels de santé, notamment de premier recours, en consolidant le rôle clé des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

1.3.4 Prévenir les conduites addictives et réduire leurs conséquences nocives

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

- **sensibiliser**, au moment de la grossesse, de manière constante **les professionnels de la périnatalité** au risque alcool, tabac, cannabis est déterminant. La poursuite du programme de prévention régional déployé par le Centre ressource régional Addictions/Grossesse (CRAG) de la COREADD Nouvelle-Aquitaine, créera les conditions favorables pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ;
- **donner une lisibilité territoriale** et une plus grande fluidité à la filière de prévention et de soins en addictologie, et **apporter une réponse graduée, simple et lisible en fonction des territoires**, reposant sur un panier minimum de services attendus grâce à **une stratégie globale et territorialisée de prévention des addictions**, organisée autour d'une « commission régionale addictions ». En ce sens, l'expérimentation des microstructures médicales addictions pourra renforcer le maillage sanitaire du territoire, notamment en milieu rural. L'implication des acteurs du premier recours sera également favorisée via la mobilisation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), le déploiement des projets « Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac » (LAST), le développement des infirmiers-ières en pratique avancée, ainsi que la sensibilisation et formation des professionnels de santé à l'outil de repérage précoce et intervention brève (RPIB). Cette démarche doit également permettre de fluidifier les parcours entre premier recours, médico-social et sanitaire : faciliter la gestion de situations complexes et les continuités de prises en charge à l'échelle des territoires (lien entre médecin traitant, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), services hospitaliers, unité de sevrage complexe) en lien avec une inscription dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ;

- **conforter les démarches proactives de prévention, d'accompagnement, de soins et de réduction des risques et des dommages (RDRD)** à partir des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) par la diffusion des connaissances sur les nouveaux outils, la mise en œuvre de formations territorialisées, le développement de passerelles vers l'insertion sociale et professionnelle, les interventions de RDRD en milieu pénitentiaire et en préparation à la sortie, en milieu festif, en s'appuyant sur le développement de la pair-aidance ;
- mettre en œuvre des actions croisées de réduction des risques et des dommages dans les domaines de la santé sexuelle et des addictions compte tenu des besoins identifiés (chemsex, travailleurs du sexe) ;
- soutenir la mise en œuvre et l'évaluation d'un dispositif d'Halte Soins Addictions (HSA) ;
- **conforter les actions envers les jeunes** : les consultations jeunes consommateurs (CJC) y compris pour les addictions sans produit, seront amenées à mettre en œuvre le modèle de l'intervention précoce s'appuyant sur une approche à la fois expérientielle et environnementale, c'est-à-dire une approche hors les murs s'appuyant sur les pratiques et les contextes de consommations ;
- une attention particulière sera consacrée à **l'accompagnement des équipes pédagogiques intervenant auprès des jeunes**, notamment les apprentis, les étudiants, les jeunes en situation de handicap sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, et autres produits psychoactifs, et addictions sans substances (jeux de hasard, écrans), dans une logique de prévention ciblée auprès des plus vulnérables et d'universalisme proportionné ;
- l'intervention auprès des jeunes se manifestera également par le renforcement de la stratégie régionale de déploiement des compétences psychosociales en lien avec l'Éducation nationale (EN), en intégrant les publics en situation de handicap ;
- **renforcer et structurer les interventions en milieu festif** et milieu lycée/étudiant (protoxyde d'azote) en privilégiant les approches de pair à pair (expériences animées) ;
- **développer les interventions aux urgences** des équipes de liaison et de soins en addictologie auprès des jeunes présentant des épisodes d'intoxication éthylique aiguë et à développer des actions de sensibilisation, formation auprès des personnels de la périnatalité.



Enfin, **la lutte contre le tabagisme** sera poursuivie en dénormalisant les usages de substances psychoactives licites ou illicites par le développement des lieux de santé sans tabac (LSST), par le relais de campagnes de communication nationales (Mois sans tabac), par des actions de marketing social ainsi que par des actions de lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues.

Le développement de l'offre de soins en addictologie aura pour but de mettre en place une offre de soins spécialisée pour une réponse territoriale et régionale dont une offre de recours de sevrages et soins résidentiels complexes, d'hôpital de jour et de Services de Soins Médicaux et de Réadaptation. Le déploiement et le renforcement d'une offre de consultation en addictologie et d'Equipes de Liaison en Soins en Addictologie (ELSA) « hors les murs » participent aux réponses de proximité dans les territoires. Une offre de soins spécialisée et graduée pour la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaires (TCA) selon l'instruction DGOS du 3 septembre 2020, ainsi qu'un parcours de soins aux personnes avec troubles cognitifs sévères liés aux conduites addictives seront proposés pour une réponse régionale et territoriale.

Dans tous ces domaines, l'identification des bonnes pratiques et leur diffusion, en référence aux actions probantes, devra permettre de les déployer et de renforcer l'efficacité des actions conduites.

1.3.5 Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie

Le souhait des personnes âgées de pouvoir vivre au domicile le plus longtemps possible nécessite de tout mettre en œuvre pour retarder la survenue de la perte d'autonomie. L'enjeu est triple : préserver l'autonomie de chacun durant toute la vie, prévenir les pertes d'autonomie évitables et éviter l'aggravation des situations par une incapacité.

Cet enjeu est particulièrement prégnant en Nouvelle Aquitaine, région la plus âgée de France. Le vieillissement devrait se poursuivre avec plus d'un tiers de la population âgée d'au moins 60 ans et près de 60 000 seniors dépendants supplémentaires à l'horizon 2030, avec une augmentation plus marquée sur les départements du littoral. Cette transition démographique amène plus globalement à repenser l'accompagnement des aînés tout au long de leur parcours de vie : de la prévention de la perte d'autonomie jusqu'à l'accompagnement et aux soins liés aux conséquences de l'avancée en âge. La politique régionale vise à décliner une logique de prévention, de dépistage et de traitement de la fragilité des personnes à un stade précoce, en s'appuyant sur les données de la science et les programmes ayant démontré leur efficacité (actions probantes), afin de repousser la survenue des incapacités, de la dépendance et préserver la qualité de vie au domicile le plus longtemps possible.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Les acteurs participant, sous une forme ou sous une autre, à la prévention de la perte d'autonomie sont très nombreux⁴ chacun menant, parfois concurremment, des actions en faveur d'une catégorie de bénéficiaires. Cette grande dispersion entrave la bonne lisibilité de l'offre de prévention existante et l'optimisation des ressources mobilisées au service des populations concernées.

La politique régionale, en collaboration avec l'ensemble des partenaires et en particulier les conseils départementaux, visera à renforcer l'offre de services en matière de prévention afin de mieux prévenir les effets du vieillissement et repérer le plus précocement possible la perte d'autonomie :

- ▶ sensibiliser/informer le plus grand nombre en relayant mieux les messages relatifs à la prévention primaire et en proposant des conseils et une orientation pour tous ;
- ▶ former tous les professionnels intervenant dans le parcours des personnes âgées (professionnels de santé, auxiliaires de vie, professionnels des collectivités, associations...) à la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie ;
- ▶ permettre l'accès de tous, en particulier des personnes les plus à risque/les plus fragilisées / éloignées des démarches de prévention, d'accéder à une offre de prévention, et lutter contre l'isolement et le non-recours en favorisant une politique « d'aller-vers ».

La prévention est à renforcer à des moments charnières de la vie, comme l'âge du départ en retraite. C'est pourquoi le développement des consultations médicales de prévention aux trois âges clés de la vie est essentiel. Associée à une action corrective sur les facteurs de risques, la prévention par le repérage de la fragilité permet la préservation des capacités fonctionnelles des personnes âgées et la réduction des hospitalisations, de prolonger la vie à domicile, d'améliorer la qualité de vie et le bien-être global, et de réduire les dépenses de santé. En référence au cadre d'actions défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2016 « Vieillir en bonne santé », la notion de « fragilité » est ainsi devenue un concept clé pour comprendre et prédire les besoins de soins des personnes âgées et prévenir le risque de perte d'autonomie.

⁴ Conseils départementaux, caisses de retraite, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, Agence nationale de l'habitat, communes et établissements de coopération intercommunale, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations, URPS, CPTS, Fédérations sanitaires et médico-sociales, Gérontopôle, DAC-PTA, PFR, ESMS, CICAT, EQLAAT, centres hospitaliers, entreprises, GIHP, Fédérations du domicile, représentants des usagers.

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

- renforcer et outiller le repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie :
 - développer une offre de repérage de la fragilité précoce (dès 60 ans) sur les territoires, comprenant le déploiement d'actions « d'aller vers » les populations spécifiques éloignées du système de soins ;
 - promouvoir et soutenir l'usage d'outils de repérage et de dépistage de la fragilité et de la perte d'autonomie (risque de chutes, iatrogénie médicamenteuse, dépression, dénutrition, dépistage bucco-dentaire, etc.) validés scientifiquement, et en tout premier lieu la grille ICOPE⁵ de l'OMS ;
 - déployer la démarche ICOPE à grande échelle, en y associant les acteurs de la ville et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en tant qu'acteurs pivots dans la coordination des parcours ;
 - former tous les acteurs susceptibles de participer au repérage des fragilités : professionnels de santé de premier recours, professionnels du secteur social et médico-social, dont les auxiliaires de vie mais aussi les aidants ;
- rendre possible l'accès à une évaluation gériatrique standardisée sur l'ensemble du territoire (en ambulatoire, via une équipe mobile gériatrique, en hôpital de jour gériatrique, en consultations mémoire) ;
- soutenir l'innovation (numérique, technologique, organisationnelle) avec évaluation, en matière de prévention, et la recherche.

Afin de mettre l'accent sur la **prévention et la promotion de la santé, en particulier pour les personnes les plus éloignées du système de santé**, l'ARS se mobilisera avec les autres institutions pour intervenir auprès du public âgé de 60 ans et plus. Il s'agira ainsi à horizon du schéma régional de santé :

- d'améliorer l'accès à l'information (des usagers, des professionnels, des collectivités, des associations...), à l'offre de services existante notamment en impliquant davantage les acteurs dans des actions de sensibilisation ;
- de poursuivre l'intégration de la prévention dans les projets de tous les acteurs (services autonomie à domicile (SAD), soins infirmiers à domicile (SSIAD), maisons de santé pluridisciplinaires, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) , hospitalisation à domicile (HAD) , équipes mobiles de gériatrie (EMOG), consultations avancées de gériatrie, etc.) afin de garantir le repérage des fragilités et la prévention de tous les facteurs de risques (chutes, dénutrition...) ;
- de soutenir l'expérimentation d'équipes mobiles de prévention en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) permettant de mutualiser et professionnaliser davantage les actions de prévention et de prioriser les interventions efficaces ;
- de développer des actions de prévention de la dépendance iatrogène survenant lors de l'hospitalisation de la personne âgée fragile (formation des équipes, évaluation de l'autonomie à l'entrée et à la sortie de chaque service, etc.) ;
- de promouvoir l'activité physique adaptée pour toutes les personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie, tant en EHPAD qu'à domicile, en mobilisant les EHPAD Pôles ressources de proximité et en déployant des programmes ayant démontré leur efficacité (programmes probants).

Il existe également un consensus pour soutenir et déployer largement des actions visant la **prévention des chutes des personnes âgées**, cause de près de 19 000 séjours hospitaliers en Nouvelle-Aquitaine et de plus de 550 décès en 2021. Dans le cadre de la déclinaison régionale du plan national triennal antichute des personnes âgées 2022-2024, **les actions à promouvoir** avec l'ensemble des institutions et partenaires associés **au plan régional**, à partir des territoires porteront notamment sur le repérage des risques et l'alerte, l'aménagement du logement, l'accessibilité aux aides techniques et à la mobilité, au développement de l'activité physique, la formation des professionnels et l'information du grand public.

⁵ Integrated Care for Older People / Soins intégrés pour les personnes âgées

1.4 Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé

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

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

1.4.1 Agir sur les déterminants environnementaux de la santé

L'air que nous respirons, à l'extérieur comme à l'intérieur, l'eau et les aliments que nous ingérons, le bruit et les rayonnements auxquels nous sommes exposés influent de manière plus ou moins directe sur notre santé. L'accroissement démographique, les effets de la mondialisation, le changement climatique accélèrent la dégradation de notre environnement. La pandémie de la Covid-19 a mis en exergue les liens étroits entre la santé humaine, animale et écologique. Ainsi, l'approche multisectorielle « One Health » « Un monde, une santé », qui s'applique à la conception et la mise en œuvre de programmes, politiques, législations et travaux de recherche pour lesquels plusieurs secteurs communiquent et collaborent en vue d'améliorer les résultats en matière de santé publique, apparaît plus que jamais nécessaire.

Les connaissances actuelles permettent d'affirmer que de nombreuses pathologies ont un lien avéré avec l'environnement par exemple le saturnisme, les intoxications au monoxyde de carbone, les allergies, certains cancers et pathologies de la reproduction. Pour d'autres maladies, les liens avec l'environnement sont suspectés ; les facteurs environnementaux ne sont pas toujours spécifiques, ils peuvent être des cofacteurs qui influencent l'état de santé. Enfin, l'importance de la « fenêtre temporelle d'exposition », en particulier pendant la période fœtale et le tout jeune âge (1000 premiers jours) doit conduire à des actions spécifiques vis-à-vis de ces populations.

La santé environnementale contribue à la préservation de l'état de bonne santé de la population au bénéfice de la diminution des soins et coûts associés.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

L'ARS agit sur les déterminants environnementaux de la santé dans le cadre de ses missions de veille et de sécurité sanitaire, d'alerte, de gestion de crise, de prévention, de promotion de la santé. La prévention en santé environnementale est mise en œuvre majoritairement dans le Plan Régional Santé Environnement, et spécifiquement dans la stratégie régionale des 1000 jours. Par ailleurs, pour réduire de façon significative les inégalités territoriales et sociales de santé, il est essentiel de tisser des partenariats forts avec l'ensemble des institutions, collectivités, professionnels de santé, opérateurs, associations impliqués dans les actions sur les déterminants de la santé. A ce titre, le rôle des collectivités territoriales est crucial.

C'est pourquoi, dans la continuité des objectifs stratégiques du PRSE 3, les enjeux identifiés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour l'élaboration et la mise en œuvre du PRSE 4 sont :

- développer l'aménagement du territoire favorable à la santé en incitant les collectivités à réaliser une évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour agir sur les environnements de vie ;

- ▶ développer les visites de Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI) avec un ciblage en direction des enfants pour agir sur leur environnement de vie à domicile (moisissures liées à l'humidité, acariens, polluants chimiques issus de produits variés utilisés dans le logement) ;
- ▶ lutter contre les espèces nuisibles pour la santé (ambrosie, moustique-tigre, ...) qui sont en progression en Nouvelle Aquitaine ;
- ▶ garantir la sécurité sanitaire de l'eau potable dans un contexte de changement climatique ;
- ▶ former les professionnels de santé à la santé environnementale pour les aider à appréhender ces enjeux et leur permettre de délivrer des conseils de prévention ;
- ▶ démultiplier les actions portées par les collectivités par le biais des contrats locaux de santé qui sont mis en œuvre en proximité par les acteurs dans les territoires ;
- ▶ articuler le PRSE avec le développement de la démarche éco responsable des établissements sanitaires et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et la politique des 1000 jours ;
- ▶ inscrire les actions dans une démarche One Health.

La continuité des actions et la recherche de l'efficacité dans les réponses aux besoins identifiés en Nouvelle-Aquitaine guideront la mise en œuvre **des actions opérationnelles qui seront inscrites dans le PRSE 4 (2023-2028)**.

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

Les inégalités sociales de santé se construisent dès le plus jeune âge. C'est pourquoi l'accompagnement du développement des enfants, des jeunes, notamment les plus fragiles, est un enjeu majeur de promotion de la santé. La crise sanitaire de 2020 a mis en lumière leur vulnérabilité face à ses conséquences (état psychique dégradé, risque de surpoids, propension aux conduites addictives...).

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

En milieu scolaire, l'action de l'ARS s'inscrit dans les orientations de la **convention-cadre régionale de partenariat en santé publique en milieu scolaire**, déclinant la convention nationale renouvelée en 2023 entre les ministères de la santé et de l'éducation nationale. Construite autour du parcours éducatif de santé, la convention qui engage l'ARS et les trois académies, intègre la surveillance et l'observation de la

santé des élèves, la santé environnementale et le soutien des actions de prévention et de promotion de la santé, probantes ou inscrites au sein d'un CLS/CLSM, construites et réalisées par les établissements scolaires. Une attention particulière est portée sur la santé mentale des élèves, à la demande des rectorats, et l'ARS renforce et soutient les formations de formateurs en santé mentale (prévention du suicide, premiers secours en santé mentale jeunes).

La convention-cadre spécifique à la démarche « école inclusive » organise les modalités de coopération dans le champ du handicap.

Le partenariat ainsi formalisé permet **d'organiser et soutenir les formations d'acteurs** en capacité d'intervenir en éducation pour la santé auprès d'enfants ou jeunes en milieu scolaire et/ou périscolaire. Il est également propice pour promouvoir la santé environnementale : un volet santé environnementale est intégré dans les critères de **labellisation « développement durable » des établissements d'enseignement** proposés par les rectorats.

L'ARS veille également à développer, dans les actions de prévention et de promotion de la santé, **les liens communautaires en particulier avec les parents**. L'ARS s'engage ainsi dans la mise en œuvre d'une campagne de vaccination massive gratuite contre le papillomavirus humain (HPV) dans tous les collèges de tous les départements de la région, et ce, à partir de l'année scolaire 2023-2024, à destination des élèves de 5^{ème} (70 000 élèves concernés), avec l'appui de centres de vaccination dans chaque département et d'équipes mobiles de vaccinateurs. L'objectif est de 20 à 25 % de participation tant des filles que des garçons la première année pour atteindre 40 à 50 % dès la rentrée scolaire 2024. Ce dispositif pourrait être complété en 2028 par une intervention au lycée visant à assurer le rattrapage vaccinal des adolescents non encore vaccinés.

L'ARS et le rectorat de région académique continuent de soutenir la recherche interventionnelle^[1] coordonnée par l'École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) d'Aquitaine portant sur les effets de dispositifs éducatifs menés auprès des élèves, étudiants et apprentis sur la promotion de la santé au travail et la prévention des risques psychosociaux.

En parallèle des actions menées avec l'Éducation nationale, les actions de promotion de la santé perdurent dans les centres de formation d'apprentis (CFA), les lycées professionnels et agricoles, les maisons familiales rurales (MFR), les missions locales, ainsi que dans le milieu périscolaire avec notamment l'appui des collectivités territoriales.

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

1.4.3 Agir sur le logement et l'hébergement, notamment pour les populations les plus vulnérables

L'habitat est un déterminant de la santé. Un logement sain, salubre, décent est un facteur de bonne santé. Quand l'habitat est très dégradé, il peut présenter un réel danger pour les occupants : présence des peintures dégradées contenant du plomb à l'origine de cas de saturnisme, présence de légionelles dans les réseaux de distribution d'eau, dysfonctionnement des appareils de chauffage pouvant être à l'origine d'intoxication voire de décès. L'humidité, l'absence de dispositifs de ventilation efficaces engendrent une dégradation de la qualité de l'air intérieur qui peut contribuer à l'émergence ou à l'aggravation de pathologies respiratoires telles que l'asthme ou les allergies. Pour les personnes en situation de précarité, le 6ème objectif opérationnel du programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) décline un ensemble d'actions spécifiques.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

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

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

La mobilisation institutionnelle doit également conduire à **renforcer la prise en charge des personnes occupant des logements insalubres**. Un effort particulier doit être consenti en direction des personnes en grande précarité et de celles présentant des troubles psychiques.

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

Enfin, **l'offre d'intervention des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)** sera structurée et développée, en veillant à l'équité territoriale. Elle sera destinée prioritairement aux patients jeunes. L'axe de travail relatif à la qualité de l'air intérieur (QAI) du Plan régional santé environnement (PRSE 4) sera mobilisé pour contribuer au développement du réseau des CMEI sur le territoire.

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

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

En ce sens, le plan national santé au travail (PNST 4) 2021-2025 tient compte de la crise sanitaire. Il conforte le renversement de perspective opéré par le PNST 3 en accordant la priorité à la prévention

sur la réparation. Dans les établissements de santé et médico-sociaux, les démarches santé et qualité de vie au travail (SQVT) sont à connecter avec la bientraitance et la qualité des soins : le bien-être des équipes retentit sur les tâches accomplies ; en sens inverse, le bien-être des patients/résidents contribue notamment au sentiment d'utilité, à la reconnaissance, facteurs de bien-être des équipes. La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé (libéraux, des établissements sanitaires et médico-sociaux), publiée en décembre 2016, reste d'actualité dans un contexte de plus en plus tendu en termes d'attractivité des métiers.

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Pour améliorer la qualité de vie au travail, le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi des patients atteints de maladies chroniques ou en situation de handicap, il convient de favoriser des conditions de travail compatibles dans la durée avec leur santé. Les actions en faveur de la prévention de l'usure professionnelle, tout comme les actions de prévention primaire et le développement de la culture de promotion en santé, doivent nécessairement **s'articuler avec le Plan régional santé au travail (PRST) 4** et être menées en lien avec tous les partenaires de l'ARS concernés.

De même, les actions de prévention en santé environnement prévues dans le Plan régional santé environnement (**PRSE 3**) et reprises dans le futur **PRSE 4**, la Stratégie régionale de prévention et promotion de la santé environnementale (**SRPPSE**) **doivent être cohérentes entre elles et pluri partenariales**. C'est le cas, notamment, pour la prévention vis-à-vis des risques émergents qui vise à renforcer la connaissance des expositions professionnelles aux perturbateurs endocriniens en développant l'information des préventeurs, employeurs, salariés et instances représentatives du personnel (IRP). La notion de santé globale « One Health » comprend aussi la surveillance et l'observation de l'état de santé en intégrant les conditions de vie et de travail.

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

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

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

1.5 Mobiliser les outils de prévention du système de santé

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

1.5.1 Promouvoir la vaccination

La récente crise sanitaire a mis en évidence que le risque épidémique infectieux n'avait pas disparu et que la vigilance restait de mise pour tous et toutes. Les mesures barrière et la vaccination, restent les moyens de protection les plus efficaces contre les maladies infectieuses en limitant les risques de diffusion de l'agent pathogène et les formes graves des maladies. Malgré une couverture vaccinale élevée contre la Covid-19, la récente crise sanitaire a montré à quel point l'adhésion des citoyens à la vaccination restait encore fragile et demeurait un défi majeur de santé publique.

Il est nécessaire de consolider la relation de confiance entre les institutions publiques, la communauté scientifique et la population. La crise Covid-19 aura permis toutefois d'étendre les compétences vaccinales à d'autres professionnels et de favoriser l'aller-vers. Ces nouveaux leviers sont des atouts pour faciliter l'accès à la vaccination et renforcer la couverture vaccinale sur notre territoire qui, malgré les actions entreprises depuis plusieurs années en Nouvelle-Aquitaine, reste néanmoins insuffisante avec des disparités territoriales qu'il faut arriver à gommer.

Seules des actions innovantes, coordonnées avec une approche multidisciplinaire et multithématique permettront de répondre à ces impératifs. C'est ainsi que la campagne de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) au collège, initiée dès la rentrée scolaire 2023/2024, devrait permettre de promouvoir ce vaccin et d'augmenter la couverture vaccinale tant chez les filles que chez les garçons.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

En collaboration avec l'ensemble de ses partenaires, l'ARS continuera de mener une action déterminée et volontariste en faveur de la promotion de la vaccination autour de cinq axes majeurs :

- ▶ promouvoir la vaccination et **améliorer le parcours vaccinal** en développant l'usage du carnet de vaccination numérique (CVN) ;
 - mener des actions de promotion et de communication autour de la vaccination plus ciblées grâce à une approche innovante de « marketing social » ;
 - poursuivre la sensibilisation citoyenne visant à positionner le patient comme l'acteur majeur de sa santé et améliorer l'accès à l'information de la population ;
 - simplifier le parcours et l'accès à la vaccination en défendant encore et toujours l'élargissement du nombre d'effecteurs de la vaccination ;
- ▶ déployer **des actions en proximité** dans les territoires ;
 - apporter le vaccin au plus près des populations et surtout des populations vulnérables : en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à domicile pour les plus de 80 ans, vers les populations les plus éloignées du système en favorisant l'aller-vers ;
 - cibler également des infra territoires avec des couvertures vaccinales trop basses et faciliter la vaccination dans ces bassins de population ;

- mailler le territoire de manière à permettre l'accès à la vaccination pour tous et développer la coordination et les synergies entre les acteurs ;
- mettre en œuvre une approche spécifique pour **des populations ciblées** ;
 - porter nos priorités en termes de vaccination : grippe, Covid-19 et HPV (priorités pouvant être appelées à évoluer en fonction des contextes épidémiologiques) ;
 - conduire des actions ciblées de mobilisation des établissements sanitaires et médico-sociaux comme la mention « Etablissement engagé dans la lutte contre les virus de l'hiver » ;
 - porter des ambitions fortes comme l'organisation d'une campagne de vaccination HPV en milieu scolaire visant à proposer la vaccination HPV (deux doses) à l'ensemble des classes de 5e (filles et garçons) à partir la rentrée 2023. Cette intervention pourrait être complétée en 2028 par une action de rattrapage chez les adolescents non encore vaccinés et scolarisés au lycée. (schéma vaccinal à 3 doses) ;
- répondre à l'hésitation vaccinale grâce à **des approches innovantes de communication**, à des argumentaires ciblés déconstruisant les idées reçues sur la vaccination et, également, en intervenant le plus précocement possible auprès des jeunes parents dans les maternités ;
- **soutenir les professionnels de santé** dans leurs actions de promotion de la vaccination ;
 - animer et motiver le réseau d'acteurs autour de la vaccination : professionnels libéraux, centres de vaccination, équipes mobiles d'hygiène, centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS), fédérations médicales et médico-sociales, médecine du travail ;
 - faciliter l'information et la formation grâce à l'accès à un système expert et en travaillant sur les argumentaires ;
 - développer la coopération avec l'assurance maladie pour favoriser les leviers d'action en médecine de ville en lien avec les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment et favoriser la télétransmission des vaccinations réalisées par les Centres de vaccination et les services de la protection maternelle et infantile (PMI) afin d'améliorer l'évaluation de la couverture vaccinale en prenant en compte les vaccins réalisés dans le secteur public.

1.5.2 Renforcer les dépistages et les repérages précoces

Repérer, dès les premiers symptômes une maladie, permet de mettre en place une prise en charge adaptée le plus rapidement possible, afin d'éviter son aggravation, et d'anticiper les situations de fragilité. Renforcer les repérages et les dépistages précoces auprès de l'ensemble de la population permet ainsi de préserver la qualité de vie des habitants, d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé, tout en allégeant la pression sur le système de soins.

Premier point d'entrée dans un parcours de santé, le repérage et le dépistage peuvent constituer un moment critique, notamment pour les publics les plus éloignés du système de santé (personnes en situation de handicap, personnes précaires, personnes rencontrant une barrière culturelle et/ou linguistique, etc.). En effet, ces personnes accèdent plus difficilement aux actions de prévention et de dépistage, notamment en ce qui concerne les principales maladies chroniques (diabète, maladies cardio-neuro-vasculaires, cancer, etc.). Elles devront à ce titre faire l'objet d'interventions ciblées, afin de réduire les inégalités d'accès à la prévention les concernant.

Repérer et dépister de manière précoce permet un accès facilité à l'éducation thérapeutique du patient, qui associe les patients et les différents soignants, et vise à améliorer la qualité de vie du patient en lui permettant d'acquérir ou de maintenir les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer au mieux sa vie avec une maladie. Elle s'inscrit donc pleinement dans une démarche d'éducation à la santé tout en faisant appel aux ressources personnelles des malades.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

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

- ▶ s'assurer de la réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) et de l'entretien post-natal précoce (EPNP) ;
- ▶ renforcer la réalisation des dépistages néonataux obligatoires dans la région, avec l'extension du Centre Régional de Dépistage Néonatal depuis avril 2018 proposant le dépistage du déficit en MCAD⁶ et intégration au 1er janvier 2023 des 7 maladies héréditaires du métabolisme ;
- ▶ s'appuyer sur le cahier des charges régional de la surdité infantile afin de renforcer les dépistages de la surdité dans la région Nouvelle-Aquitaine ;
- ▶ organiser avec l'appui du réseau régional de périnatalité, un suivi des nouveau-nés identifiés comme vulnérables.

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

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

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

Il s'agira ainsi dans les prochaines années :

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

⁶ Medium-Chain-Acyl- CoA-Déshydrogénase

Parce que l'éducation thérapeutique (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, l'ARS souhaite développer :

- ▶ l'ETP en ville (équipes mobiles, communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP), sur la base de programmes polyopathologies ;
- ▶ l'e-ETP, en particulier dans le champ du surpoids et de l'obésité.

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

Malgré des taux de participation aux **dépistages des cancers** en Nouvelle-Aquitaine au-dessus de la moyenne nationale, l'adhésion reste très insuffisante au dépistage organisé au regard des objectifs européens : seuls 34,8 % des hommes et des femmes de 50 à 74 ans participent au dépistage du cancer colorectal et près d'une femme sur deux ne participe pas au dépistage organisé du cancer du sein (54,6 %). Les disparités territoriales sont relativement importantes avec des taux de participation variant de 47,3 % à 62,3 % pour le dépistage du cancer du sein et de 31,8 % à 37,7 % pour le dépistage du cancer colorectal. Concernant le dépistage du col de l'utérus mis en place en 2020, la Nouvelle-Aquitaine fait état d'une participation de 61,7 % des femmes de 25 à 65 ans, en dessous des objectifs européens (80 %) avec un écart de 11 points de participation entre certains territoires.

Les objectifs ambitieux de participation au dépistage organisé de la **stratégie décennale de lutte contre les cancers** demandent de réaliser près de 90 000 dépistages en plus à l'horizon 2025, ce qui nécessite de prendre en considération aussi bien l'égalité d'accès à l'offre de soins dans l'ensemble du territoire, que les déterminants socio-économiques, afin de réduire le gradient social et géographique de participation au dépistage.

Trois grandes orientations issues de la **feuille de route régionale 2022-2025** sont ainsi définies :

- ▶ **mobiliser les professionnels de santé** afin développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés ;
- ▶ simplifier l'accès au dépistage dans le cadre d'actions probantes soutenues par l'Institut national du cancer (INCA) ou de dérogations accordées par l'INCA ;
- ▶ construire une stratégie de communication impliquant l'ensemble des acteurs et utilisant notamment le marketing social pour toucher le **public cible de façon adaptée**.

Forte de ces constats, l'Agence accentuera son action en priorité vers le dépistage des cancers en fonction du taux d'incidence des cancers relevé en région, que ce soit sur les trois cancers ciblés dans le cadre du dépistage organisé, que sur ceux ayant une forte incidence dans le territoire néo-aquitain, comme le cancer du poumon ou les mélanomes cutanés.

Repérer la souffrance psychique et permettre une prise en charge précoce en santé mentale : repérer de façon précoce la souffrance psychique et/ou prévenir la crise suicidaire est un enjeu essentiel du parcours de santé mentale. Bien que le taux de mortalité par suicide diminue depuis une dizaine d'années, la région Nouvelle-Aquitaine présente une situation de surmortalité par suicide par rapport à la moyenne nationale. Les données montrent une surreprésentation de certaines populations : les personnes âgées, les agriculteurs et salariés agricoles et les personnes sous main de justice. Le suicide, phénomène complexe et multifactoriel touche quatre fois plus les hommes, tandis que les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes notamment les jeunes femmes.

Les mécanismes de conduites suicidaires, de mieux en mieux connus, facilitent la mise en place d'une **stratégie de prévention multimodale efficace**, dont les axes agissent sur les facteurs individuels et environnementaux.

En parallèle, des actions de **lutte contre la stigmatisation** des personnes concernées par un trouble psychique seront largement menées, notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Tendre vers des attitudes sociétales plus positives vis-à-vis des personnes concernées par un trouble psychique a un double effet : l'un collectif, sur le regard porté par chacun sur les troubles



psychiques et l'autre, individuel, sur l'amélioration de l'estime de soi de ces personnes. Les personnes concernées par un trouble psychique (adhérents de groupe d'entraide de malades - GEM, d'associations, de pairs aidants, médiateurs santé pairs) sont encouragées à concevoir et animer avec les acteurs, des événements publics lors des Semaines d'information en santé mentale (SISM) et des journées de prévention du suicide.

Par ailleurs, l'ARS continuera de **soutenir la formation des premiers secours en santé mentale (PSSM)** auprès, notamment, des étudiants via les services de santé universitaire (SSU) en l'intégrant à une politique de santé globale, et en la diffusant auprès de tous les publics. Les autres modules (jeunes et personnes âgées) seront promus auprès des professionnels de tous les champs d'activité et des jeunes, en s'appuyant sur la circulaire du 23 février 2022 relative au déploiement des actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale dans la fonction publique.

En s'appuyant sur des dynamiques partenariales inter-institutionnelles et sectorielles, les objectifs de l'ARS sont de :

- **déployer le projet de veille et de maintien du contact avec les personnes suicidaires (VIGILANS)** sur toute la région en lien avec les coordonnateurs des PTSM et des acteurs concernés ;
- développer, renforcer et mettre en place sur chaque département des réseaux intersectoriels à dimension géographique variable, de personnes sentinelles en prévention du suicide, en gardant une attention particulière aux acteurs du milieu agricole, pénitentiaire et des intervenants auprès des personnes âgées ;
- veiller à maintenir et développer la formation des professionnels de santé et d'articuler les acteurs de la prévention et du soin pour faciliter l'orientation des personnes en crise suicidaire ;
- structurer une politique régionale de prévention de la contagion suicidaire en s'appuyant sur les futures recommandations nationales.



AXE 2

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

Axe 2 :

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Garantir un accès équitable aux soins primaires

Depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a conféré au médecin traitant un rôle pivot dans le cadre du parcours de soins, et la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009 qui a défini les soins de premier recours, plusieurs plans se sont succédés afin de lutter contre la désertification médicale (Pactes territoire santé 1 et 2, Plan pour un égal accès aux soins).

À l'appui de ces plans, différents dispositifs visant à favoriser l'exercice coordonné et, de manière plus générale, la coopération entre les acteurs du premier recours et, le cas échéant, du second recours, ont été créés par la loi, notamment les équipes de soins primaires (ESP), des équipes de soins spécialisées (ESS), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

La stratégie nationale Ma santé 2022 a particulièrement mis l'accent sur le développement des structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé pluriprofessionnels), avec un objectif de doublement du nombre de structures au niveau national, ainsi que sur le déploiement des CPTS, avec un objectif de couverture totale du territoire.

Si le nombre de structures d'exercice coordonné a nettement augmenté sur la dernière période, en particulier pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui sont passées de près de 160 en 2018 à 280 aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que ce mode d'exercice ne concerne encore qu'une minorité de professionnels. Par ailleurs, le déploiement des CPTS, qui couvre actuellement 60 % de la population en Nouvelle-Aquitaine, reste à achever afin de couvrir totalement la région et de permettre à ces communautés de jouer pleinement leur rôle en matière d'accès aux soins, d'amélioration des parcours de santé et de développement de la prévention.

Compte tenu de la problématique de la démographie médicale, l'enjeu, pour les années à venir, n'est plus seulement de favoriser la coordination entre les professionnels de santé, mais aussi d'encourager vivement les modes d'organisation et dispositifs innovants permettant de « dégager » du temps médical, au bénéfice des patients et d'un meilleur accès aux soins de premier recours.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'accès aux soins constitue une des premières préoccupations des Français. Cette question est particulièrement prégnante pour les patients atteints de maladies chroniques (en affection de longue durée - ALD) qui n'ont aujourd'hui pas accès à un médecin traitant ou à une « équipe traitante ». Dans un contexte de démographie médicale déclinante pendant encore plusieurs années, **améliorer l'accès aux soins de premier recours** implique nécessairement une mobilisation de tous des leviers existants,

ainsi que le recours à des organisations innovantes permettant de favoriser l'installation et l'exercice des professionnels de santé en zone sous-dense (ZIP et ZAC), de favoriser l'attractivité des territoires et de libérer du temps médical et soignant pour répondre à l'ensemble des besoins.

Pour y parvenir, cela suppose d'agir sur plusieurs axes :

■ **la formation des professionnels de santé**

- en lien avec les universités et le conseil régional, former plus de médecins et de soignants et adapter les enseignements aux nouveaux modes d'exercice, afin de favoriser une approche plus pluriprofessionnelle dans l'organisation des prises en charge ;
- augmenter le nombre de maîtres de stage pour accroître l'offre de stages en ambulatoire pour tous les étudiants en santé (y compris sur les spécialités médicales autres que la médecine générale), en particulier dans les territoires fragiles ;
- faciliter l'accès aux stages et l'accueil des futurs professionnels (hébergement, ...) notamment dans les zones rurales ;
- promouvoir le travail en équipe pluriprofessionnelle et les initiatives permettant aux étudiants en santé de découvrir l'exercice coordonné en territoire fragile (exemple : séminaire de formation interprofessionnelle en exercice coordonné « Educ'Tour » développé par la Mutualité sociale agricole - MSA) ;

■ **l'attractivité des territoires**

- mieux faire connaître les contrats et aides à l'installation auprès des professionnels de santé en voie de s'installer et des futurs professionnels en cours de formation (contrats d'engagements de service public, contrat de début d'exercice, aides à l'installation relevant de l'assurance maladie, avantages liés aux ZRR...);
- favoriser la constitution de « guichets uniques » pour faciliter les démarches des professionnels de santé ;
- valoriser les atouts des territoires, notamment par une mobilisation des collectivités territoriales, et faciliter le quotidien des professionnels de santé pour tout ce qui touche à l'environnement de vie et participe à l'attractivité (logement, emploi du conjoint, scolarisation et garde d'enfants, accès aux services publics, loisirs, vie sportive et culturelle, ...);
- soutenir le maintien des professionnels de santé déjà installés et encourager les initiatives en matière de tutorat, compagnonnage entre les futurs professionnels de santé et ceux qui sont proches de la retraite ;

■ **le développement des modes d'exercice rénovés**

- poursuivre le développement des structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé pluriprofessionnels), notamment dans les zones sous-denses, afin que l'exercice isolé devienne une exception ;
- mieux faire connaître les équipes de soins primaires (ESP) et les équipes de soins spécialisées (ESS) et accompagner la mise en place des « équipes traitantes » ;
- promouvoir la création de structures innovantes de type « centres publics de santé », attractives pour des médecins souhaitant être salariés et de nature à développer l'offre de premier et de second recours, en particulier dans les zones sous-denses, ainsi que des structures permettant de répondre à des besoins grâce à une solidarité supra-territoriale ;
- favoriser la diversification des modes d'exercice et promouvoir l'exercice mixte en permettant, par exemple, aux jeunes médecins diplômés d'avoir un exercice partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense (« assistants partagés ») ;
- accompagner le déploiement des CPTS dans tous les territoires et accompagner ces communautés dans la mise en œuvre de leurs missions (dont la mission optionnelle relative à l'accompagnement des professionnels de santé du territoire) ;
- encourager les coopérations entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, notamment entre les CPTS et les hôpitaux de proximité, ainsi que le déploiement de consultations avancées de spécialistes pour répondre aux besoins de la population ;





- **la « libération » de temps médical et soignant au bénéfice des patients**
 - mieux faire connaître les protocoles de coopération entre professionnels de santé (dont le protocole ASALEE) et intensifier leur déploiement, en particulier ceux permettant grâce à une organisation pluriprofessionnelle, de dégager du temps médical au niveau de la prise en charge des soins non programmés et/ou d'améliorer la prise en charge les patients chroniques ;
 - augmenter le nombre d'infirmiers de pratique avancée (IPA) en exercice dans le champ du premier recours ;
 - développer le recours aux assistants médicaux, accélérer leur recrutement et encourager la constitution de groupement d'employeurs ;
 - accompagner l'évolution des métiers et la simplification annoncée pour les délégations d'actes ;
 - encourager les modes d'organisation permettant, en s'appuyant sur les compétences de chacun, de mieux répartir les « tâches » entre professionnels de santé, et notamment de concentrer le temps médical sur ce qui fait sa réelle plus-value ;
 - recourir aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour l'appui à la coordination en faveur des patients au parcours de santé complexe ;
 - encourager la collaboration IDE/médecins dans le cadre des soins non programmés ;
- **le développement du numérique en santé**
 - poursuivre l'accompagnement des professionnels de santé dans l'usage et la démocratisation de la télésanté (téléconsultations, téléexpertise, télésurveillance), notamment dans le cadre des équipes de soins ;
 - encourager et soutenir les organisations permettant de favoriser le maintien à domicile des patients, de favoriser la solidarité entre les territoires les mieux et les moins pourvus en professionnels de santé et d'optimiser le temps médical et le temps soignant, en particulier pour la prise en charge des soins non programmés (exemple : téléconsultations médicales accompagnées par un(e) IDE).

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

L'accès à la prévention et aux soins constitue un enjeu majeur pour les populations les plus fragiles. Pour ces publics, il est nécessaire de développer des approches populationnelles afin d'assurer une prise en charge globale, éviter les effets silo et développer des démarches d'aller-vers.

2.1.2.1 Accès à la prévention et aux soins des plus démunis

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

La politique régionale de santé définit les objectifs en termes de développement des dispositifs d'accès aux soins et aux droits, de renforcement de l'« aller vers » les personnes qui en ont le plus besoin, afin de les aider à revenir vers les dispositifs accessibles à tous, en favorisant leur autonomie. L'ensemble du système de santé, notamment les dispositifs de coordination des acteurs,

doit veiller aux situations sociales complexes, et porter une attention particulière aux plus démunis. Ces objectifs sont déclinés en actions et en moyens au sein du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028 :

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

Pour y parvenir, il sera nécessaire de poursuivre le renforcement et le déploiement des dispositifs d'accès à la prévention et aux soins :

- agir dès le plus jeune âge (1000 jours) en accompagnant les familles vulnérables et les jeunes par des programmes de prévention probants ;
- encourager le développement de l'offre en équipes de soins primaires dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), notamment les centres de santé participatifs ;
- développer les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles sur l'ensemble de la région, équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), appartements de coordination thérapeutique (ACT), les équipes mobiles santé précarité (EMSP) ;
- déployer un plan régional de médiation sanitaire et d'interprétariat professionnel en complément des ressources déjà mobilisées ;
- lutter contre le non recours et le renoncement aux soins en renforçant la coordination des parcours de santé.

Les actions sont détaillées dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2023-2028.

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs relatifs à l'offre médico-sociale pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

- 100% des PASS mobiles dans leur secteur d'intervention
- 100% des PASS donnant accès à des soins gynécologiques et 100% des PASS disposant de temps de sages-femmes
- 100% des départements disposant de lits halte soins santé (LHSS) ou de lits d'accueil médicalisé (LAM)
- 1000 places installées à l'échéance du PRS (Appartements de coordination thérapeutique (ACT), LHSS, LAM)
- Mise en œuvre par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) des recommandations de bonne pratique professionnelle (HAS)

2.1.2.2 Accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap rencontrent de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins courants. Les principales raisons en sont une expression des besoins parfois difficile, une situation socio-économique plus défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, une accessibilité physique aux cabinets médicaux ou aux matériels de consultation inadaptée, une méconnaissance du handicap par le personnel soignant, la nécessité de la présence d'un tiers accompagnant.

Il est important de rappeler que les personnes en situation de handicap relèvent du système de santé de droit commun pour l'ensemble de leurs soins. Ce principe est essentiel et guide les politiques menées. Cependant il est nécessaire d'une part d'appuyer les acteurs de santé du droit commun afin de garantir leur montée en compétence et d'autre part proposer des organisations spécifiques afin de garantir la prise en charge des situations complexes nécessitant une bonne coordination entre les acteurs (sanitaires, médico-sociaux, d'accompagnement...).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

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

En lien avec les conseils départementaux, une attention particulière sera portée, dans chaque territoire, aux enfants en situation de handicap et bénéficiaires d'une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Concernant la **structuration de la gradation de l'offre** l'objectif est le suivant :

- développer une offre de soins de droit commun (niveau1), secteur libéral et ensemble des établissements de santé notamment via d'une part l'inscription de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans le projet de santé des structures d'exercice coordonné ; et d'autre part l'application systématique des recommandations portant sur



l'organisation et les pratiques professionnelles relatives à l'accueil des personnes en situation de handicap en établissement de santé ;

- améliorer la couverture territoriale en dispositifs de consultations dédiés aux personnes handicapées et centres pluridisciplinaires pour les personnes dyscommunicantes et non compliantes aux soins (niveau 2), possiblement adossés à un établissement de santé, avec un objectif minimum d'au moins un dispositif par département. Il s'agit de garantir que ces dispositifs et centres dédiés s'adressent à des patients de tout âge et de tout type d'handicap et de garantir l'accès aux soins prioritaires notamment soins dentaires, soins gynécologiques qui peuvent relever de l'urgence ;
- déployer une offre de recours et d'expertise en intra hospitalier, centre hospitalier universitaire (CHU) ou CH référent GHT (groupement hospitalier de territoire) ou autre établissement de santé identifié, (niveau 3) afin de définir des filières spécifiques avec l'appui de plateaux techniques (notamment anesthésie, imagerie, chirurgie ...) et de spécialistes formés à la prise en charge du handicap pour les situations les plus complexes ;
- formaliser la gradation de l'offre afin de la rendre lisible et développer des dispositifs d'appui (formation, protocoles) par les niveaux 3 et 2 au bénéfice de l'ensemble des acteurs des territoires.

2.1.2.3 Accès à la prévention et aux soins des personnes victimes de violence

Dans le continuum des actions de prévention de la convention ARS – DRDFE Nouvelle-Aquitaine 2021-2026 et compte tenu des enjeux sociétaux (#Metoo, violences intrafamiliales, Grenelle des violences conjugales, CIIVISE, CIASE, attentats...) un programme de prévention des violences sexuelles et d'accès aux soins des victimes de ces violences est inséré au sein du SRS 2023-2028.

Au regard des données nationales de 2021, 213 000 femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 113 femmes sont mortes, tuées par leur conjoint ou leur ex-conjoint. 80% des femmes en situation de handicap ont été victimes de violences.

Durant l'année 2020, le juge des enfants a été saisi pour 102 678 mineurs en danger. De plus, 10 % des mineurs sont victimes de violences psychologiques ou de négligence et 89 mineurs ont été victimes d'infanticide, dont 49 dans un cadre intrafamilial ; trois quarts d'entre eux avaient moins de 5 ans.

Les enjeux en Nouvelle-Aquitaine sont, d'une part, de garantir la protection de toutes les victimes en lien avec la Justice, de s'assurer de leur prise en charge psychosociale et de mieux prendre en compte les personnes vulnérables dont celles porteuses d'un handicap et, d'autre part, de s'assurer de l'égalité d'accès à la prévention et aux soins de ces personnes victimes.

Pour atteindre ces objectifs, l'identification de l'ensemble des professionnels impliqués (de la Santé et de la Justice) dans la prise en charge globale des victimes est essentielle, de même que l'accueil de la parole et de la supervision pour prendre en compte les risques de traumatisme vicariant. En sus, la formation aux violences, y compris intrafamiliales, de tous les professionnels engagés dans les prises en charge a vocation à être développée dans tous les territoires de la région.

La promotion des outils existants et la communication en santé publique en matière de prévention des risques de violences sont à développer au service de ces prises en charge en proximité.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028



Face à ces enjeux, il conviendra dans les cinq prochaines années :

- d'améliorer le repérage des victimes de violences dont les enfants en lien avec les différents acteurs (établissements de santé, médico-sociaux, libéraux, associations...) ou les collectivités concernées ;
- d'améliorer le dépistage et l'alerte des victimes de violences (dont sexistes et sexuelles), pour les professionnels de ville, intégrant l'odontologie légale, à partir d'outils à disposition, de formations sur les pratiques professionnelles et proposer le dossier conservatoire au sein de toutes les unités médico-judiciaires / de proximité (UMJ/P) ;
- de développer la prévention à l'égard des enfants et favoriser la coordination par convention avec les associations de soutien à la parentalité pour les enfants victimes de violences ;
- de promouvoir, en lien avec l'Education nationale, l'éducation à la vie affective et sexuelle dès le plus jeune âge ;
- de garantir une prise en charge globale de toutes les victimes de violences (dont intrafamiliales) ainsi qu'un meilleur suivi des victimes par une bonne articulation Santé-Justice dans tous les territoires de proximité ;
- d'assurer la prise en charge sanitaire réactive des enfants victimes en parallèle du traitement judiciaire des violences et notamment dans le cadre des homicides/féminicides ;
- de développer la sensibilisation et la formation des acteurs de la prise en charge des victimes à la prévention des violences et à la victimologie ;
- de garantir une offre de soins spécialisés en proximité des UMJ/P, UAPED (unité d'accueil pédiatrique enfant en danger), au sein des dispositifs de violences faites aux femmes et en psycho traumatologie dans le cadre de la réparation et l'indemnisation des victimes ;
- de développer le recours dans le cadre d'une gradation de l'offre aux deux centres experts régionaux pour l'optimisation des prises en charge de situations complexes d'enfants victimes de violence ;
- de coordonner les dispositifs spécialisés du psycho traumatisme, des violences faites aux femmes et aux enfants et de la médecine légale pour la prise en charge des victimes dans les territoires.

Les actions sont détaillées dans le programme régional relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences inclus au présent schéma.

2.1.2.4 Accès à la prévention et aux soins des personnes sous main de justice

En Nouvelle-Aquitaine, l'activité soutenue des tribunaux judiciaires du ressort des 5 cours d'appel (Bordeaux, Pau, Agen, Limoges et Poitiers) nécessite de porter une attention particulière à la prise en charge des personnes placées sous main de justice, tant par des actions de prévention qu'en ce qui concerne l'accès aux soins.

Les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) concernent les personnes prévenues/détenues dans les 20 établissements pénitentiaires en Nouvelle-Aquitaine, soit 6000 personnes et les personnes en milieu ouvert sous mesure de soins obligés (injonction thérapeutique et de soins).

Les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable : elles sont souvent en moins bonne santé que la population générale, et ce, dès leur entrée en détention. Les objectifs sont donc de prévenir une dégradation de leur état de santé qui est accélérée par les effets de l'isolement, de l'enfermement, de la promiscuité et de l'exposition à des pratiques à risque ou à des risques sanitaires du milieu carcéral, de garantir une égalité de prise en charge sanitaire entre les détenus et les autres citoyens, de développer les compétences en matière de santé, afin qu'à la

sortie, les anciens détenus adoptent des comportements plus favorables au maintien d'un bon état de santé, et à une insertion sociale.

Les enjeux en Nouvelle-Aquitaine sont d'une part, de développer la prévention et promotion de la santé à destination des PPSMJ à partir de différents acteurs et d'autre part, de garantir et améliorer l'accès aux soins des PPSMJ dans tous les territoires.

Une vigilance particulière doit être mise en œuvre concernant l'accès à la prévention et à l'offre de soins pour les personnes retenues, les femmes, les mineurs, les auteurs d'infraction à caractère sexuel, les personnes en perte d'autonomie et les personnes présentant des conduites addictives.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Face à ces enjeux, il conviendra dans les cinq prochaines années de :

- développer la culture de la prévention auprès des professionnels de santé et de la Justice pour déployer des actions de prévention et de promotion à la santé des PPSMJ ;
- garantir une offre de soins somatique, psychiatrique et bucco-dentaire pour les PPSMJ en détention, notamment en perte d'autonomie ;
- valoriser et rendre plus attractif l'exercice professionnel médical et paramédical en milieu pénitentiaire ;
- améliorer le parcours de santé des PPSMJ en milieu ouvert (hors détention) ;
- améliorer l'accès à une offre ambulatoire spécialisée dans les territoires pour les soins obligés et les mineurs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et soutenir la justice restaurative au profit des justiciables ;
- coordonner l'action des acteurs de santé en lien avec la Justice pour une meilleure lisibilité des dispositifs de prise en charge des PPSMJ et de communication entre les acteurs Santé – Justice.

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

L'accès aux soins non programmés, a fortiori dans le cadre de l'urgence vitale, constitue une priorité pour les pouvoirs publics. L'enjeu est notamment de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour la population. Dans ce cadre, depuis 2016 il est constaté en Nouvelle-Aquitaine une amélioration de l'accès aux soins urgents avec un passage de 2.2% de la population située à plus de 30 minutes à 0% en 2022 en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès : service d'urgences (SU), services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), médecins correspondants du SAMU (MCS) et les moyens hélicoptérés (HéliSMUR et hélicoptère de la sécurité civile).

La réponse aux besoins de soins non programmés et urgents passe de plus en plus par une organisation territoriale. Dans ce cadre, le Pacte de refondation des urgences mis en œuvre en Nouvelle-Aquitaine permet d'agir de façon systémique sur l'amont, l'aval et l'organisation des services d'urgences. Le service d'accès aux soins (SAS) en cours de déploiement dans la région, dont la généralisation est prévue en 2023, vise ainsi à garantir une réponse à une demande de soins urgents et non programmés à tout patient n'ayant pu accéder à son médecin traitant dans les 48 heures.

Le déploiement progressif des équipes d'urgentistes de territoire au sein de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) permet de favoriser le recrutement de médecins urgentistes et contribue à améliorer le parcours des patients aux urgences en maintenant une haute qualité de prise en charge.

En aval des services d'urgences, l'amélioration de l'admission des patients hospitalisés est un axe fort en cours de déploiement au niveau régional reposant sur des ressources et des organisations dédiées aux parcours patients dans le cadre des filières et à la gestion des lits.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) permet de maintenir un accès aux soins non programmés de qualité dans les territoires, aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Pour autant, l'organisation de la PDSA en Nouvelle-Aquitaine peut être améliorée comme le souligne le rapport du conseil national de l'ordre des médecins de 2021 qui met en évidence la persistance d'inégalités territoriales.

Dans le domaine des transports sanitaires urgents, la mise en place de la réforme entérinant la nouvelle organisation de la garde ambulatoire (urgences pré-hospitalières - UPH) depuis le mois de juillet 2022 a pour objectif d'améliorer significativement la réponse aux demandes des SAMU.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

Le cadre du cahier des charges régional de la PDSA mis en place depuis 2018 a pour objet de garantir :

- ▶ une régulation libérale renforcée, au niveau des services d'aide médicale urgente (SAMU-Centre-15), ce qui implique :
 - la promotion et le développement de la formation de nouveaux médecins régulateurs, afin d'augmenter les pools de régulation ;
 - l'harmonisation des modalités de rémunération des médecins régulateurs libéraux sur la région ;
 - l'adaptation des moyens aux volumes d'appel (variations horaires, hebdomadaires et saisonnières, gestion de crise, épidémie) ;
 - l'extension de la régulation libérale les samedis matins ;
 - l'engagement d'une réflexion sur la mutualisation de la régulation en nuit profonde, afin d'optimiser les ressources disponibles en régulateurs ;
 - le développement de la régulation déportée dans le cadre du déploiement des services d'accès aux soins ;
- ▶ le développement de la télémédecine : téléconsultations fixes ou mobiles et partenariat avec les infirmiers libéraux, la protection civile, le SDIS, les transporteurs sanitaires ou autre dispositif en lien avec la régulation ;
- ▶ le déploiement de la visiorégulation au niveau des 13 SAMU de la région ;
- ▶ une effectif permettant de répondre aux besoins et d'améliorer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé, ce qui passe par :
 - le maintien d'une réponse adaptée aux besoins de soins non programmés les soirées et les week-ends, pour éviter les recours inadaptés aux services d'urgence ;
 - l'adaptation de la sectorisation aux territoires, à la démographie et à l'activité ;
 - le développement des points fixes de garde et des maisons médicales de garde (MMG), en s'appuyant sur le cahier des charges national des MMG ;
 - la création de centres de soins non programmés (CNSP) sur certains territoires et en partenariat avec les acteurs du territoire et notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le SAS ;
 - la professionnalisation de la PDSA, avec la possibilité, par exemple, de mettre en place des médecins mobiles dédiés sur de grands secteurs, dans certains territoires ;

- le développement de la télémédecine, au sein des structures ambulatoires (maisons et centres de santé, centres de soins non programmés), en particulier sur les territoires les plus isolés en lien avec les acteurs du territoire ;
- une communication régionale sur le bon usage de la PDSA dans le cadre de la prévention et de l'éducation à la santé ;
- une évaluation de l'activité de la PDSA en lien avec le suivi des urgences et des transports sanitaires urgents.

Le Pacte de refondation des urgences mis en œuvre au niveau national et en Nouvelle-Aquitaine depuis 2019 permet d'agir de façon systémique sur l'amont, l'aval et l'organisation des services d'urgences.

L'amélioration de l'orientation et la prise en charge des patients pour les soins urgents et non programmés est un enjeu de santé publique et s'appuie notamment sur :

- le déploiement et la généralisation du service d'accès aux soins (SAS) qui permet d'apporter une réponse dans les 48 heures pour toute demande de soins urgents et non programmés ;
- la création en cabinet, maison et centre de santé d'une alternative complète et attractive pour les soins non programmés avec notamment les CPTS en charge d'apporter une réponse territoriale et coordonnée pour des soins non programmés ;
- le parcours d'admission directe des personnes âgées qui vise à structurer la filière gériatrique sur l'ensemble du territoire et éviter ainsi les passages aux urgences en cas d'hospitalisation des personnes âgées ;
- le déploiement de la visiorégulation dans les SAMU.

Le Service d'accès aux soins (SAS) est un service universel qui a vocation à être accessible à tous sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, et qui doit permettre à chacun d'accéder d'une part aux soins urgents réalisés par la filière aide médicale urgente (AMU) et, d'autre part, aux soins non programmés nécessitant une prise en charge sous 48h réalisés par la filière soins non programmés (SNP). Il repose sur deux volets clés :

- une régulation médicale systématique permettant une réponse aux appels pour toute situation d'urgence (filiale AMU) ou tout besoin de soins non programmés (filiale SNP) lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention ;
- une plateforme numérique destinée aux professionnels de santé permettant de recenser l'ensemble de l'offre de soins non programmés disponibles sur un territoire donné et d'orienter un patient vers un des professionnels répertoriés.

Dans le cadre de l'objectif de généralisation du déploiement des SAS en Nouvelle-Aquitaine, **le renfort des ressources et de l'organisation des SAMU constitue un enjeu prioritaire de qualité et sécurité des soins** passant par une adaptation des moyens humains (médecins AMU et médecins généralistes, assistants de régulation médicale - ARM, superviseur...), des outils et des locaux.

De manière générale, **l'organisation des soins non programmés**, que ce soit dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires ou en journée, doit poursuivre les objectifs suivants :

- privilégier les organisations pluri-professionnelles permettant, grâce à une meilleure répartition des tâches entre les professionnels de santé, de libérer du temps médical en faisant en sorte que le premier interlocuteur du patient, pour l'effection, soit systématiquement l'infirmier (IDE) comme c'est le cas dans les services d'urgences ;
- s'appuyer le plus possible sur la télémédecine, en développant notamment les téléconsultations médicales assistées par des IDE, en particulier dans les territoires ruraux à faible démographie médicale afin de répartir plus équitablement la charge entre les médecins ;
- favoriser l'accès à la biologie et à l'imagerie pour les soins non programmés et ainsi créer les conditions de prise en charge en ville permettant d'éviter des passages aux urgences au seul motif d'accès à ces équipements ;

- soutenir le développement des maisons médicales de garde et/ou centres de soins non programmés à proximité des urgences, afin d'assurer une meilleure complémentarité entre la ville et l'hôpital et permettre si nécessaire les réorientations de patients en particulier pour certaines filières dont la pédiatrie qui pourrait fait l'objet de dispositifs spécifiques.

Ces orientations visent à rendre plus efficiente l'organisation des soins non programmés, à travers une meilleure complémentarité entre la ville et l'hôpital, et d'autre part à améliorer l'attractivité de l'exercice notamment dans les territoires à faible démographie médicale. Les CPTS constituent le cadre incontournable pour la mise en place des organisations territoriales des soins non programmés, en lien avec le SAS.

L'optimisation de la qualité et la sécurité des prises en charge dans les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR et services d'urgences) constitue une priorité de santé publique s'appuyant sur :

- des évolutions de l'offre de soins urgents à travers une organisation plus graduée reposant sur :
 - des services d'urgence (SU) mieux adaptés aux fluctuations d'activité avec possibilité d'antennes d'urgences ouvertes sur une partie des 24H ;
 - des structures mobiles prenant en charge et transportant des patients, en distinguant les transports médicalisés urgents (SMUR) d'une nouvelle offre de transports paramédicalisés : transports infirmiers interhospitaliers (TIIH) et équipe paramédicale d'urgence (EPMU) ;
 - des centres de soins non programmés (CSNP) adossés à des SMUR par transformation de services d'urgence à faible activité ;
 - la mise en œuvre d'une régulation par le SAMU-Centre 15 avant l'accès aux services d'urgences dans certains territoires ;
- le déploiement des protocoles de coopération entre les personnels médicaux et paramédicaux des services d'urgences et la création de nouvelles fonctions afin de libérer du temps médical : protocoles imagerie, infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) aux urgences, infirmière de pratique avancée (IPA) etc. ;
- le développement et le renforcement de la formation à la pédiatrie par simulation pour les médecins urgentistes et les personnels paramédicaux ainsi que la formation des régulateurs à la décision en pédiatrie ;
- l'attractivité de l'exercice médical dans les structures de médecine d'urgence (SU, SAMU, SMUR) impliquant :
 - le renforcement de la filière de formation universitaire ;
 - un maillage territorial de la répartition des internes ;
 - le déploiement des équipes d'urgentistes de territoire (EMT) dans chaque GHT ;
 - la lutte contre les dérives de l'intérim médical.

Par ailleurs, une **meilleure organisation de la sortie des patients des services d'urgences** doit être recherchée en s'appuyant sur :

- une bonne gestion des lits d'aval grâce à l'engagement de tous pour les hospitalisations non programmés (besoin journalier minimal en lits, contractualisation interne, commission des admissions et des soins non programmés...);
- l'organisation et les ressources dédiées à la gestion des lits : cellule de bed-management au niveau de l'établissement et du territoire, renseignement du répertoire opérationnel des ressources, etc. ;
- une stratégie régionale d'anticipation et de gestion des tensions permettant de garantir la continuité des soins urgents, en lien avec l'observatoire régional des urgences (ORU NA) et les réseaux territoriaux des urgences (RTU) ;
- la présence de ressources en hospitalisation à domicile (HAD) au sein des services d'urgence pour organiser dès le passage aux urgences une prise en charge adaptée et sécuriser le retour à domicile.

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

- l'organisation des filières pédiatriques, gériatriques et psychiatriques dans les services d'accueil des urgences ;
- l'inclusion dans le déploiement des SAS de volets pédiatrie, santé mentale, et gériatrie reposant sur des ressources dédiées à la régulation et une réponse en ville pour des soins non programmés ;
- l'organisation des services d'urgences pédiatriques, au niveau des centres hospitaliers universitaires (CHU), et des SMUR pédiatriques ;
- la poursuite de la coordination et de la gradation régionale des transferts SMUR pédiatriques et néonataux ainsi que le développement des transports infirmiers interhospitaliers (TIIH) ;
- l'organisation de la filière gériatrique à partir des hotlines et l'appui des équipes mobiles de gériatrie (EMOG) afin de favoriser les admissions directes des patients en court séjour ;
- le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie (EMOG) extrahospitalières ;
- la prévention des hospitalisations inappropriées grâce, entre autres, à des expérimentations de mutualisation d'infirmiers de nuit entre plusieurs EHPAD ;
- l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie aux urgences en évitant, chaque fois que possible, qu'elle intervienne dans ces services ;
- le repérage précoce pour prévenir et accompagner les situations de crises et d'urgence en psychiatrie, en s'appuyant notamment sur des équipes mobiles, afin d'éviter les hospitalisations en urgence et/ou sous contrainte ;
- un partenariat étroit entre les services d'urgences et structures spécialisées permettant d'apporter une réponse aux situations d'urgences psychiatriques ;
- une meilleure prise en charge en addictologie aux urgences, en assurant l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) dans tous les services d'urgence ;
- la réflexion sur la présence de l'hospitalisation à domicile (HAD) au niveau des urgences.

La garantie d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes implique :

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

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

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

- l'existence du SAMU de coordination maritime (Bayonne) qui assure la coordination de l'aide médicale en mer sur la façade atlantique ;
- la présence des SMUR maritimes (La Rochelle et Bayonne) qui assurent quant à eux la couverture SMUR médicale en mer grâce à des équipes formées et entraînées en mer, en articulation avec la Préfecture maritime Atlantique et la base aérienne de Cazeaux (service de santé des armées et l'équipage d'alerte SAR – Search and Rescue).

La réponse aux besoins de transports sanitaires urgents nécessite l'action coordonnée de plusieurs acteurs de l'urgence pré-hospitalière, dont le SAMU-Centre 15 qui décide du moyen de transport le plus approprié pour chaque situation.

Dans ce cadre, la réforme de l'urgence pré-hospitalière mise en œuvre en Nouvelle-Aquitaine depuis juillet 2022 vise à améliorer la réponse aux demandes des SAMU-Centre 15 en s'appuyant notamment sur :

- un dimensionnement des ressources adapté aux besoins des territoires avec la mise en place de moyens de garde H24 sur les secteurs à forte activité ;
- une évaluation régionale et territoriale des impacts des nouvelles organisations permettant de mesurer l'évolution du nombre de carences ambulancières et de consolider les organisations ;
- le renforcement du rôle des associations de transports sanitaires urgents (ATSU), la mise en œuvre d'un projet territorial s'appuyant sur des actions de formation et le renforcement de la démarche qualité ;
- la montée en charge de la fonction de coordonnateur ambulancier pour optimiser la coordination opérationnelle entre le SAMU et les transporteurs sanitaires ;
- le développement de bonnes pratiques organisationnelles avec le recours à la géolocalisation, la mise en place d'un système de volontariat pour répondre aux demandes du SAMU ou la mise en service de véhicules hors quota dédiés à l'urgence pré-hospitalière ;
- le développement des transports à la demande du SAMU vers des structures de ville, notamment dans le cadre du SAS, permettant d'améliorer la complémentarité entre les services d'urgences et les soins non programmés.

En outre, l'amélioration de la réponse à l'urgence préhospitalière nécessite, en lien avec les services de l'Assurance maladie, une **amélioration de la régulation de l'offre de véhicules au niveau de chaque territoire** afin de garantir une capacité de réponse suffisante sur les transports programmés mais également les retours à domicile et les transferts interhospitaliers.

L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDES) se distingue de la continuité des soins qui correspond à l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge, sur les mêmes périodes, des patients déjà hospitalisés ou au cours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci, ou déjà intégrés dans une filière de soins.

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

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

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

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

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

La PDSSES concerne les établissements de santé privés comme publics, en lien avec leurs activités de soins autorisées. Au-delà des obligations réglementaires liées aux autorisations, les établissements publics et privés ont vocation à garantir la continuité des prises en charge au niveau territorial.

Pour ce faire, plusieurs leviers doivent être mobilisés : continuité des soins étendue au sein des établissements, mise en place d'une gestion territoriale des lits, coordination inter-établissements dans une logique de graduation des soins, développement de filière de soins non programmés spécialisés (exemple : trauma center, SOS œil, etc.).

Les professionnels libéraux sont également encouragés à intervenir en appui de l'hôpital notamment sur les filières en tension.

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

L'organisation des activités de diagnostic est essentielle pour garantir un accès aux soins efficient dans des délais adaptés. Ces activités ont été ou sont en train de se restructurer fortement, voire de prendre un essor qu'il est impératif d'accompagner.

Concernant la biologie, celle-ci a été très fortement modernisée par la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Ces dernières années ont été marquées par la concentration des laboratoires de biologie médicale (LBM) au sein d'une dizaine de grands groupes nationaux et par la survenue de plusieurs crises sanitaires : pandémie de Covid-19 depuis 2020 puis épidémie de Monkeypox durant l'été 2022. Les crises sanitaires ont cependant permis de démontrer la capacité d'adaptation des LBM qui ont pu apporter des réponses rapides en termes de prélèvements et de rendus de résultats.

Pour l'imagerie médicale, les difficultés de démographie médicale engagent également une recomposition forte. La densité régionale de radiologues exerçant en région Nouvelle-Aquitaine (12,9 / 100 000 habitants) est inférieure à la densité moyenne nationale (13,5 / 100 000 habitants), seuls quatre territoires (la Gironde, la Corrèze, les Pyrénées-Atlantiques et à un degré moindre la Vienne) présentent une densité de radiologues très supérieure à la moyenne nationale.

La génétique médicale est une spécialité mixte clinico-biologique transversale en pleine expansion. En effet elle est sollicitée par quasiment toutes les autres spécialités comme la pédiatrie, la cancérologie, la neurologie, et s'ouvre même de plus en plus aux spécialités chirurgicales (ophtalmologie, ORL, urologie...) notamment lorsque ces spécialités prennent en charge des maladies rares. De plus, elle connaît des développements technologiques (séquençage à haut débit

(SHD) ou très haut débit (STHD) notamment) et un essor sans commune mesure, constituant une étape clé dans le développement de la médecine personnalisée dite « de précision ». La biologie s'organise autour d'un réseau de laboratoires spécialisés en France auxquels les cliniciens font appel et contribuent.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La biologie médicale, grâce à l'accréditation, a fait de très gros progrès mais le ré-équipement des sites périphériques isolés avec des automates de première nécessité paraît nécessaire. Une attention particulière doit être portée à la permanence des soins et à la réponse apportée aux besoins des territoires inclus dans les zones éloignées d'un service d'urgence.

Ainsi dans les cinq prochaines années, il conviendra de :

- **renforcer le caractère médical de l'action du biologiste** et sa contribution à l'amélioration des prises en charge :
 - renforcer le dialogue clinico-biologique et le lien avec le patient ;
 - participer plus activement à la prise en charge du patient notamment en santé sexuelle (la réalisation d'examens biologiques sans prescription médicale donne au biologiste un rôle primordial dans l'orientation des patients et permet d'éviter les perdus de vue qui peuvent continuer à alimenter les chaînes de contamination) ;
 - apporter un concours aux nouvelles missions de prévention et de santé publique, notamment les prélèvements cervico-utérins aux fins de recherche des HPV (Human Papillomavirus) pour les pharmaciens biologistes médicaux, en lien avec un parcours de soins intégrant une structure d'anatomopathologie, la vaccination, la délivrance des kits de dépistage du cancer colorectal, l'adaptation posologique de médicaments à faible marge thérapeutique, la réalisation des antibiogrammes ciblés conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) ;
 - assurer les missions de santé publique prévues par la réglementation en vigueur telles que notamment déclarer les MDO (maladies à déclaration obligatoire) ;
 - améliorer la juste prescription des examens de biologie médicale ;
 - déclarer les incidents ou risque d'incidents de réactovigilance ;
- agir pour **assurer l'accès à la biologie en proximité** et renforcer sa cohérence avec les dispositifs d'exercice coordonné et de permanence des soins ambulatoires :
 - évaluer les besoins des populations résidentes en tenant compte des consommations et des évolutions prévisibles des démographies ;
 - déterminer des règles en matière d'opposition à l'ouverture d'un site ;
 - inciter les laboratoires de biologie médicale (LBM) à collaborer avec les dispositifs d'exercice coordonné du territoire, à disposer dans le plus grand nombre de sites d'équipements à même de réaliser les analyses nécessaires à des diagnostics d'urgence, et à proposer des plages d'ouverture en cohérence avec celle des autres professionnels du secteur ambulatoire dans une logique de responsabilité territoriale ;
 - soutenir, selon les futures exigences réglementaires et en concertation avec la profession, un développement pertinent de la biologie délocalisée ;
- soutenir l'attractivité des métiers de la biologie médicale et l'innovation ;
- augmenter la résilience des sites face à des situations exceptionnelles ;
- organiser l'appui à la permanence des soins et à l'effectif SAS (service d'accès aux soins) dans les territoires les plus éloignés d'un service d'urgence.

Les modifications technologiques (numérisation de l'image, possibilités de traitement et de transmission aisée et rapide, essor de l'imagerie en coupe et de la médecine nucléaire) **et de pratiques que connaît l'imagerie médicale doivent être accompagnées.** En effet, la pénurie de radiologues sur certains territoires nécessite de garantir l'accès aux diagnostics d'imagerie par l'organisation d'une offre

visant l'objectif d'un taux d'équipement équitable entre les territoires en prenant en compte la population et la charge en soins des territoires, et l'objectif d'amélioration de l'attractivité des organisations pour les radiologues.

Aussi, cette attractivité passe par le développement d'un système d'information radiologique, d'archivage et de transmission des images commun et unique dans le cadre de plateaux techniques d'imagerie de taille plus importante qu'ils soient propres à un groupement hospitalier de territoire (GHT), privés, ou développés dans le cadre de coopérations public/privé autour de groupements de coopération sanitaires (GCS) ou de plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM). En effet, la gradation de l'offre en réseau nécessite d'être organisée autour d'équipes de taille suffisante permettant de développer et de mutualiser des surspécialités (imagerie cardio-vasculaire, neuroradiologie, imagerie abdominale et digestive, etc.), gages d'attractivité pour les praticiens. Les moyens d'action sur la démographie médicale des radiologues libéraux et hospitaliers passent également par l'augmentation du flux des internes en radiologie.

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

- la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ;
- la participation à l'activité d'urgence hors PDSSES et à l'activité non programmée en particulier dans les territoires les plus éloignés des urgences ;
- l'activité de dépistage du cancer (notamment de dépistage organisé du cancer du sein) ;
- la participation au maillage territorial de l'accès à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie et la conclusion d'une convention avec les établissements dotés d'une unité neuro-vasculaire (UNV) et les services d'aide médicale urgente (SAMU) pour prévoir les conditions d'accès en urgence des patients atteints d'une affection neuro-vasculaire ;
- la prise en charge des patients hospitalisés, en public et privé, pour garantir des délais de séjours adaptés ;
- l'accessibilité des équipements aux personnes obèses et plus globalement aux personnes en situation d'handicap ;
- la prise en compte des exigences universitaires pour accueillir des internes.

La nouvelle loi de bioéthique parue en août 2021 fait évoluer, entre autres dispositions, la **pratique de génétique médicale** :

- accessibilité et circulation de l'information génétique favorisées : la levée du secret médical est possible à l'encontre d'une personne décédée pour les informations « nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques ». De plus, la réalisation d'un test génétique post mortem est autorisée lorsqu'il y va de l'intérêt médical d'un membre de la famille, sauf opposition expresse de la personne de son vivant et avec le consentement d'un seul des membres de la famille ;
- précision sur le sort des données incidentes ou fortuites : elles peuvent être communiquées à la personne, sauf opposition de sa part, que le test soit réalisé dans le cadre du soin ou à des fins de recherche scientifique ;
- nouvelles prérogatives des métiers de conseiller en génétique permettant d'étoffer les équipes et de fluidifier le parcours en accompagnant le patient en amont et en aval de la consultation médicale.

Aussi, l'un des défis principaux est d'assurer un renforcement et une adaptation des ressources humaines pour faire face aux enjeux de la médecine personnalisée « de précision » de demain et garantir son accessibilité au regard de la montée en charge constatée des besoins. Dans ce contexte, plusieurs objectifs peuvent être fixés :

- améliorer la connaissance des équipes de génétique et développer des postes de conseillers en génétique. La réalisation d'une cartographie et/ou d'un annuaire constituerait un outil actualisable précisant les spécialités de génétique disponibles ;

- optimiser l'organisation régionale de l'accès aux consultations de génétique afin d'éviter les demandes inadaptées et de mieux en évaluer l'opportunité. Dans ce cadre, plusieurs possibilités sont mises en avant :
 - systématiser la transmission d'un courrier du médecin adresseur indiquant les données médicales minimales permettant d'apprécier ou non l'intérêt d'une consultation de génétique spécialisée ;
 - mettre à disposition des médecins spécialistes demandeurs, des plaquettes listant les recommandations de consultation de génétique ;
 - mettre en place des référents spécialistes d'organes aux compétences renforcées en génétique notamment en pédiatrie, neurologie, cardiologie, néphrologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), etc. ;
- renforcer le rayonnement des postes de génétique médicale et la diffusion des bonnes pratiques en génétique médicale notamment en développant les échanges d'expertise par visioconférences et réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), et en organisant une journée d'échange sur la période 2023-2028 dans l'objectif d'améliorer les connaissances sur la génétique auprès des spécialistes d'organes et de susciter des vocations de surspécialisation en leur sein ;
- poursuivre le développement de consultations avancées à partir des centres autorisés (CHU et CLCC) dans la région et pérenniser les postes d'assistant partagé afin de garantir une égalité de l'accès aux consultations et aux examens biologiques (cytogénétique et moléculaire) de génétique sur l'ensemble de la région pour répondre aux besoins sur tout le territoire ;
- promouvoir le développement de téléconsultation et télé-expertise de génétique ;
- valoriser les consultations multidisciplinaires de génétique médicale éligibles à une prise en charge en ambulatoire et/ou une hospitalisation de jour ;
- organiser le diagnostic génétique biologique à partir des équipes des centres autorisés (CHU et CLCC) afin de garantir un accès facilité aux tests génétiques, en prêtant une attention particulière au coût des analyses externalisées dans les laboratoires référents. Il conviendra de cartographier les spécialités régionales des laboratoires tout en évaluant l'opportunité d'en créer de nouvelles, et en tenant compte du développement du plan national France Médecine Génomique (PFMG 2025).

L'ensemble de ces objectifs devront particulièrement être développés en lien avec les filières de cancérologie.

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

- préparer l'intégration de la médecine génomique dans le parcours de soins et la prise en charge des pathologies communes ;
- développer une politique volontariste permettant de suivre l'évolution des techniques et de s'engager vers la médecine personnalisée « de précision », au bénéfice des patients notamment porteurs de maladies rares et atteints de cancer ;
- contribuer au développement des tests fonctionnels visant à déterminer la pathogénicité des variants identifiés en nombre toujours plus important avec le développement du séquençage à haut/très haut débit ;
- prendre en compte les données incidentes et créer des parcours de soins spécifiques nécessitant une expertise complémentaire ainsi que des équipes de diagnostic pré-symptomatique. Dans ce cadre, il conviendra de veiller, en lien avec l'Agence de la biomédecine (ABM), à la simplification de la charge administrative des cliniciens notamment en intégrant automatiquement ces données dans le recueil du consentement du patient ;
- étudier la pertinence d'un dépôt de dossier en cas de nouvel appel à projet national du Plan France médecine génomique.

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

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

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'**adaptation au virage ambulatoire** concerne toutes les spécialités et les prises en charge : tant la chirurgie, la médecine, l'obstétrique (MCO), les soins médicaux et de réadaptation (SMR – ex soins de suite et de réadaptation - SSR) que la santé mentale et l'offre médico-sociale, elle doit irriguer les pratiques de l'ensemble des professionnels. Pour les établissements de santé, cette conversion passe par l'adaptation de l'organisation des structures en chirurgie, l'évolution des pratiques, le développement des hôpitaux de jour en médecine et par l'intermédiaire des consultations et la mise en place de prestations intermédiaires. En psychiatrie, ce pivotement doit s'opérer par une réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein et un redéploiement des ressources humaines en priorité vers le « hors les murs » (centres médico-psychologiques (CMP), équipes mobiles, etc.).

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

- la mise en œuvre de groupes de pairs concernant les gestes chirurgicaux ambulatoires émergents, la promotion des parangonnages, l'élaboration par les établissements d'un plan virage ambulatoire, notamment pour la filière gériatrique en orthopédie et en traumatologie ;
- le développement du traitement en cure ambulatoire (TCA) notamment pour les plaies/cicatrisations et l'injection de toxine botulique ;
- le développement des consultations externes ;
- l'identification des centres médico-psychologiques (CMP) comme véritables pivots de l'offre en santé mentale, la réduction des hospitalisations pour les situations dites inadéquates, l'accompagnement de la transformation de places en structures médico-sociales pour les patients hospitalisés au long cours sans autre solution alternative, la création de services adaptés, etc. ;

- l'optimisation des durées moyennes de séjours (de 3 jours et plus) en impulsant des actions limitant les journées inadaptées à l'hôpital, telles que l'amélioration des organisations d'aval, le développement des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), la promotion de techniques de réhabilitation précoce après chirurgie.

L'extension et la sécurisation des prises en charge à domicile sont une nécessité pour répondre aux évolutions sociétales et **construire des modes de prise en charge ayant pour fondement l'autonomie de la personne**. L'amélioration de l'accès à l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et pour les personnes âgées et en situation de handicap prises en charge en établissements et services médico-sociaux (ESMS) constitue dans ce cadre une priorité.

En Nouvelle-Aquitaine, l'activité d'HAD a augmenté en nombre de journées et de séjours, ces dernières années, pour autant, il reste une marge de progression importante. Dans la continuité de ce qui a pu être mis en place durant la crise sanitaire, les structures d'HAD doivent pleinement jouer un rôle dans l'aval des hospitalisations conventionnelles, contribuer à réduire la durée de ces hospitalisations avec hébergement et en constituer une alternative. Ainsi, le développement de l'HAD doit être accéléré, les compétences renforcées et les prises en charge diversifiées.

Pour ce faire, plusieurs leviers seront mobilisés, en lien avec la feuille de route nationale sur l'HAD :

- une campagne de communication pour mieux faire connaître l'HAD, ses critères d'éligibilité et ses modalités de prise en charge, notamment auprès des prescripteurs de ville et des prescripteurs hospitaliers ;
- la réaffirmation de l'objectif d'un minimum de 35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants, pour chaque structure d'HAD ;
- la poursuite de l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des prises en charge en HAD (circuit du médicament, capacité d'intervention médicale et soignante 24h/24 et 7J/7, partage d'information, ...) ;
- la mise en œuvre de la réforme des autorisations qui, d'une part, fait de l'HAD une activité de soins à part entière, et, d'autre part, prévoit quatre mentions (mentions socle, réadaptation, ante et post-partum, enfants moins de 3 ans), de nature à diversifier les prises en charge et développer les soins spécialisés en HAD ;
- la structuration de filières et de parcours de soins (MCO-HAD, SMR-HAD, ESMS-HAD), grâce notamment aux évaluations anticipées et aux préadmissions en HAD, ainsi qu'à l'articulation avec les différents acteurs pouvant intervenir dans ces parcours (professionnels de santé de ville, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dispositifs d'appui à la coordination, services d'urgence et services de soins hospitaliers, ESMS, ...). Les structures d'HAD, quel que soit leur statut, doivent être associées de manière effective à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- le développement du numérique en santé afin notamment de faciliter la coopération entre plusieurs HAD sur les expertises et l'accès à des avis spécialisés.

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

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

- la transformation de l'offre médico-sociale existante (privilégiant l'accès au droit commun et favorisant la modularité des accompagnements) ;
- la création de nouveaux dispositifs et services inclusifs dans les domaines de la scolarisation, l'habitat, de l'emploi accompagné, de la participation sociale ;
- l'adaptation et la spécialisation de l'offre existante pour garantir la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique et faire face aux défis nouveaux tels que le vieillissement des personnes en situation de handicap, l'aide concrète aux aidants ;
- le renforcement de l'expertise d'usage et du pouvoir d'agir des personnes ;
- l'innovation de services, technique et numérique afin de renforcer l'accès aux droits, l'effectivité de leurs choix de vie et l'autodétermination des personnes.

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

La transformation de l'offre de soins et la transformation de l'offre médico-sociale, améliorant les prises en charge à domicile, l'inclusion et l'accès équitable aux soins et aux accompagnements, doivent être poursuivies, améliorant ainsi la gradation et les complémentarités des services et des structures tout en tenant compte des enjeux de disponibilité d'expertise, de ressources médicales et paramédicales, de permanence des soins, de continuité des accompagnements et de concurrence entre activités.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par zone du schéma régional de santé (ZSRS) et par activité sont détaillés, page 149 et suivantes du présent document.

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

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

L'enjeu des OQOS est donc de définir :

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

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

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

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

- ▶ 12 GHT ont été créés par décision du Directeur Général de l'ARS le 1er juillet 2016 en Nouvelle-Aquitaine. De tailles variables en raison des partenariats et synergies antérieurs, ils doivent tous décrire la gradation des soins entre les établissements le composant et découlant de l'analyse des besoins populationnels existants et à venir, de l'offre de soins hospitalière et de ville ainsi que des flux de patients au sein du territoire et du GHT ;
- ▶ tous les établissements publics de santé (EPS) y compris ceux autorisés en psychiatrie ont l'obligation d'entrer dans un GHT. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont à la fois partie du GHT de leur territoire et s'associent aux GHT de la subdivision. Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) publics ou privés sont obligatoirement associés au GHT de leur territoire. Les établissements et services médico-sociaux publics peuvent être parties du GHT de leur territoire. Les établissements privés peuvent être partenaires GHT par le biais de conventions et contribuer ainsi à garantir la complémentarité de l'offre à l'échelle de chaque territoire ;

- la filière s'inscrit dans un parcours de soin plus global imposant de recentrer l'hôpital sur son plateau technique, sur son expertise en matière de pathologies complexes et/ou aiguës et de mieux maîtriser l'amont à l'aval de l'hospitalisation en lien avec tous les acteurs dont la médecine de ville.

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

- la diversification des prestations proposées par les acteurs du secteur médico-social permettant une offre modulaire en faveur du domicile et de l'inclusion des personnes (offre de répit, accueil de jour, transformation de places en services, etc.), il s'agit à titre d'exemple de :
 - la création de dispositifs innovants et inclusifs pour accompagner le vieillissement des personnes handicapées en évitant les effets de filière (le recours systématique) entre le secteur personnes âgées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
 - la conception d'une offre de répit innovante et conjointe entre les établissements sanitaires et médico-sociaux et les structures de droit commun (centres de loisirs, centres sociaux, ...) ;
 - la garantie d'une offre de service dédiée répondant aux besoins des personnes atteintes de maladies neuro dégénératives (MND) et de handicaps rares ;
- l'identification d'équipes à hautes compétences et le développement des dispositifs experts ayant une fonction « ressources » des établissements et services médico-sociaux (ESMS) dont les missions sont notamment de garantir les interfaces entre les secteurs sanitaire, médico-social, éducatif et social visant notamment le renforcement de la capacité de l'offre à accompagner les personnes en situation complexe.



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

La télésanté regroupe l'ensemble des activités (soin, consultation, etc.) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. La télésanté est composée de 2 domaines d'activités : la télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et le télésoin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical (audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire médical).

La pratique progresse en Nouvelle-Aquitaine depuis plusieurs années, notamment par la mobilisation de plusieurs professionnels précurseurs ou par l'impulsion de programmes régionaux d'ampleur soutenus par la puissance publique (télésanté en EHPAD, télé-AVC, télésanté en SSR, etc.). Mais cette pratique a connu un essor récent et fulgurant lors de la crise Covid-19. Entre février et avril 2020, le nombre de téléconsultations a été multiplié par plus de 100. Les actes remboursés sont ainsi passés de 40 000 en février à 4,5 millions en avril, en plein confinement.

Si elle doit rester à sa bonne place et n'être qu'une modalité à la main des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice elle n'en reste pas moins un excellent levier pour contribuer à répondre aux enjeux du système de santé, à condition que les usages de la télésanté se développent dans un cadre éthique et sécurisé pour les patients tout comme pour les professionnels. Ce point fera l'objet d'une vigilance forte en Nouvelle Aquitaine.

Après plusieurs années d'expérience et en se projetant sur les perspectives, la télésanté permet par exemple :

Pour les patients :

- de favoriser l'accès aux soins notamment pour ceux habitant dans les zones sous-denses ;
- des gains de qualité et de confort : diminution des déplacements lointains (accès aux spécialistes, centres experts, ...), suivi plus souple (gain de temps) et actif (télésurveillance) dans le suivi de pathologies chroniques, maintien des soins dans des contextes sanitaires exceptionnels tel que le Covid-19, meilleure conciliation soins et vie quotidienne, en particulier pour les usagers vivant dans les zones sous-denses.

Pour les professionnels :

- d'optimiser autant que possible le temps médical et soignant ;
- d'accéder à une aide au diagnostic et à la prise en charge, à la prescription (médecins généralistes comme spécialistes, paramédicaux) notamment par la télé-expertise ;
- de favoriser un accès qualifié aux spécialistes ;
- de développer les liens entre professionnels (ville, hôpital, médico-social).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Les travaux sur la télésanté en Nouvelle Aquitaine seront menés autour de **4 grandes orientations structurantes** :

- **développer la télé-expertise dans un cadre éthique et solidaire** en assurant notamment :
 - le développement de nouvelles filières régionales de recours en soins critiques et de médecine d'urgence via la télé-expertise au sein des hôpitaux (plaie de la main, brûlure grave, traumatisme crânien et du rachis, etc.) sur modèle mis en œuvre pour les prises en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;



- le développement d'une offre régionale de télé-expertise solidaire accessible principalement aux professionnels de la ville ;
- **identifier, faire connaître et si nécessaire développer / stimuler l'offre de soins régionale réalisable et réalisée grâce à la télésanté.** Après plusieurs années de maturité sur le sujet, l'enjeu n'est plus à l'avenir d'accompagner l'équipement des professionnels (hors exception localisée) mais plutôt d'identifier, de développer et de faire connaître l'offre existante en télésanté afin qu'elle puisse ensuite être proposée à bon escient aux patients et notamment ceux habitant dans les zones sous-denses. Ce qui se traduira par exemple par la mise en œuvre de vacation de téléconsultations ouvertes aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) par des établissements de santé disposant de gériatres, de cardiologues, et/ou d'équipes de prise en charge de plaies chroniques ;
- **développer la télésanté**, dans toutes ses dimensions, **en appui aux parcours prioritaires** du projet régional de santé (PRS) ;
- positionner la télésanté comme **un levier de réponse aux enjeux des soins non programmés** :
 - le développement des téléconsultations assistées à domicile ou dans des lieux mutualisés (maisons médicales de garde, centres de soins non programmés, etc.) opérées par des médecins et des infirmiers volontaires et orientées par les SAMU / Centre 15 ainsi que dans le cadre des soins non programmés réalisés par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou le Service d'accès aux soins (SAS) ;
 - l'organisation d'une offre de téléconsultation accessible depuis les centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), ou structures nouvelles installés dans les zones sous denses ; téléconsultations pour lesquelles les patients pourront être accompagnés d'un paramédical (majoritairement infirmier) ;
 - la mobilisation de la télésanté en appui de toutes les innovations organisationnelles qui émergeront.

En transversal, il faudra créer les conditions permettant la mise en œuvre avec succès de ces orientations :

- **former** les professionnels à la télésanté ;
- **informer, sensibiliser, communiquer et conseiller** les acteurs concernés dont les usagers et des nouveaux acteurs impactés / impliqués par ces activités (collectivités, ...) ;
- **repérer et partager les expériences et organisations inspirantes** qui mériteraient d'être connues, répliquées et étendues en Nouvelle Aquitaine ;
- **bâtir une offre d'accompagnement adaptée** aux acteurs sur le volet outillage de la télésanté : disponibilité des réseaux de télécommunication adaptés à ces pratiques, conseil à l'équipement en outils numériques et en équipements connexes, mettre en œuvre des solutions innovantes qui permettront de favoriser l'interopérabilité des différents outils utilisés par les professionnels notamment pour faire en sorte qu'ils ne soient plus des freins à l'animation des projets organisationnels qui seraient appuyés par la télésanté, veiller à ce que les outils utilisés soient davantage sécurisés et éthiques, etc. ;
- **améliorer la facturation** des actes réalisés pour que la télésanté soit reconnue et valorisée telle que prévue dans le droit commun.

2.1.8 Encourager la coopération transfrontalière

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023

La **gouvernance de la coopération transfrontalière** constitue l'espace de rencontre et de dialogue pour identifier les besoins et définir les actions au bénéfice des populations transfrontalières.

Une instance créée en 2007, la Conférence Atlantique Transpyrénées (CAT) fait l'objet d'une convention, en date du 11 janvier 2019, qui couvre la période 2018-2028. Les membres de plein droit qui la composent se situent des deux côtés de la frontière franco-espagnole. Pour la partie française, il s'agit de la communauté d'agglomération Pays Basque, du conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques ainsi que du conseil régional de Nouvelle-Aquitaine ; pour la partie espagnole, il s'agit de la députation forale du Guipuscoa, du gouvernement de Navarre et du gouvernement du Pays Basque. La préfecture des Pyrénées-Atlantiques participe, quant à elle, à cette instance en qualité de membre invité sans droit de vote. Structure de réflexion informelle, elle a pour objectif de faciliter le dialogue entre les pouvoirs publics compétents de part et d'autre de la frontière au bénéfice des citoyens présents sur le bassin de vie transfrontalier, dans leur quotidien comme en situation de crise. Hors du cadre de la conférence, les enjeux de la coopération avec la Navarre méritent d'être soulignés, notamment considérant les afflux de population dans les ventas⁷ espagnoles situées tout près ou à quelques kilomètres de la frontière (Ibardin, Dancharia, Valcarlos, etc.).

Des travaux structurants transfrontaliers sont portés par la Communauté de Travail des Pyrénées (CTP), organisation transfrontalière et interterritoriale créée en 1983 avec le soutien du Conseil de l'Europe. La CTP est composée des régions françaises de Nouvelle-Aquitaine et d'Occitanie, de la Principauté d'Andorre et des communautés autonomes espagnoles de Catalogne, d'Aragon, de Navarre et d'Euskadi. A tout de rôle, chaque territoire membre prend la présidence pour deux ans. La Communauté Autonome espagnole d'Euskadi assure la présidence jusqu'en novembre 2023. A cette date la présidence sera assurée par la région Occitanie. La CTP est un consortium de droit public espagnol dont le siège est à Jaca en Aragón. Elle est Autorité de gestion du programme européen de coopération

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

transfrontalière POCTEFA Inter reg VI-A (Programme de coopération transfrontalière Espagne-France-Andorre 2021-2027).

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

- consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière dans le cadre de la Conférence Atlantique Transpyrénées et renforcer la participation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;
- poursuivre la coopération avec la Communauté de Travail des Pyrénées, l'ARS Occitanie et les communautés autonomes limitrophes de Navarre, Aragon et Euskadi ;
- améliorer et généraliser l'organisation et le fonctionnement des instances de suivi des conventions et protocoles.

Un des objectifs majeurs de la coopération transfrontalière prévu par l'accord-cadre du 27 juin 2008 vise l'accès aux soins des patients de part et d'autre de la frontière.

La coopération concernant l'accès aux soins urgents repose sur une première convention d'aide médicale urgente en zone frontalière validée par les autorités nationales des deux pays et signée le 27 mai 2010 entre le Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque et Osakidetza (service Basque de santé).

Actuellement, le projet de santé "Quand l'urgence médicale efface les frontières" financé par la Commission Européenne dans le cadre des appels dits B-SOLUTIONS vise à trouver des solutions aux obstacles de la coopération transfrontalière pour les situations d'urgence. 18 mois de réunions animés par la CTP avec la participation des ARS Occitanie et Nouvelle Aquitaine et des Communautés Autonomes espagnoles limitrophes ainsi que des Ordres de médecins des deux côtés de la frontière ont permis d'élaborer une convention, sur le modèle franco-belge, qui est aujourd'hui à l'examen des Ministères de la santé espagnol et français et dont il est fait référence dans les déclarations des récents sommets franco-espagnols.

Par ailleurs, sous l'égide de la CTP, dans le cadre du POCTEFA 2014-2020, il a été financé le projet européen HeliNET ayant permis de créer et d'organiser un réseau de coopération transfrontalière pour le renforcement de l'utilisation d'hélicoptères sanitaires dans le domaine de l'urgence et de situation sanitaire exceptionnelle, en partenariat avec la région Nouvelle-Aquitaine, le centre hospitalier Côte Basque, Euskadi, Navarre notamment.

De même, dans le cadre du Poctefa 2014-2020, le réseau transpyrénéen des urgences EGALURG a été mis en place visant à améliorer les soins de santé dans les communautés isolées, les urgences et les catastrophes des deux côtés des Pyrénées. Ceci a permis l'acquisition des modules de gestion de crise (UMPEO stationné à Toulouse et U2MR stationné à Bayonne).

Les travaux de coopération transfrontaliers concernant l'aide médicale urgente se poursuivent pour les prochaines années sous l'égide de la CTP. Les objectifs sont les suivants :

- finaliser la convention transfrontalière urgence franco-espagnole ;
- décliner cette convention avec les communautés autonomes de Navarre, Aragon et Euskadi ;
- réaliser des protocoles transfrontaliers opérationnels concernant les SMUR et HéliSMUR ;
- promouvoir l'intégration du dispositif ORSAN dans les protocoles adossés à ces conventions ;
- poursuivre la coopération avec le Guipuscoa, notamment sur la complémentarité des structures d'accueil en réanimation et pour les grands brûlés, le secours mutuel en cas de carence de SMUR en zone frontalière ;
- travailler sur une convention relative à l'aide médicale urgente concernant la zone contiguë à la communauté autonome de Navarre, visant notamment l'interconnexion téléphonique pour les appels transfrontaliers, les situations éventuelles d'accidents collectifs nécessitant le renforcement mutuel sanitaire et la problématique des « ventas ».

La coopération en matière de prévention et d'accompagnement dans une visée de partage d'expériences constitue un levier pour améliorer les prises en charge globales des personnes de part et d'autre de la frontière, en termes d'accompagnements médico-sociaux, notamment sur le sujet du

handicap (dont les troubles du spectre de l'autisme) et d'actions de prévention, spécifiquement concernant les risques en matière d'addictions ainsi que le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Pour développer cette coopération, il conviendra de :

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

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

Dans ce cadre, la CTP conduit depuis 2018 une Stratégie Pyrénéenne. Cette stratégie a vu naître des projets emblématiques tels que l'Observatoire Pyrénéen du Changement Climatique devenu une référence internationale, le projet Erasmus+ « Jeunesse pyrénéenne » qui permet de réunir chaque année une soixante de jeunes des territoires de la CTP autour d'une thématique spécifique. Actuellement, des réflexions sont également en cours concernant l'accès aux soins de premier recours sur les zones transfrontalières.

Pour répondre à ces enjeux, les objectifs poursuivis seront :

- établir un état des lieux des besoins concernant l'accès aux soins de premier recours pour les populations transfrontalières ;
- renforcer la connaissance réciproque des institutions compétentes en matière de secours, de protection civile, de police de l'eau et de la pêche, d'environnement, de contrôle sanitaire, notamment via la cartographie des compétences et des ressources ;
- expérimenter les connexions entre le 18 et le 112, entre Pyrénées-Atlantiques, Navarre et Pays Basque ;
- suivre et compléter le protocole technique, notamment d'une fiche décrivant les différents scénarios de pollution, notamment les plus graves ;
- aboutir à l'élaboration d'un protocole d'alerte en cas de pollution des eaux intérieures ;
- promouvoir un additif au protocole transfrontalier concernant la conduite à tenir concernant l'aedes albopictus (moustique tigre) de part et d'autre de la frontière.

2.2 Organiser des parcours de santé sans ruptures

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

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

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

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

- **la prévention et le dépistage** sont moindres pour les publics éloignés du système par rapport à la population générale, principalement pour des raisons d'accessibilité géographique et financière, et des difficultés d'expression et de communication liées à un handicap, à des troubles de la santé mentale, à des barrières linguistiques et/ou culturelles. Ces personnes sont donc davantage confrontées à une mortalité prématurée que la population générale ;

- **l'annonce d'un diagnostic péjoratif** (grave maladie, malformation chez un fœtus à des futurs parents, handicap, etc.) est un moment extrêmement violent pour les personnes concernées et leurs proches. Quand cette annonce est réalisée selon les bonnes pratiques, elle facilite la suite de la prise en charge et permet la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et l'équipe de soins ;
- la crise Covid-19 a mis en évidence l'importance de la coordination et de la gradation des parcours des patients dans **la filière soins critiques** (réanimation et futures unités de soins intensifs polyvalents). En effet, ces services constituent un maillon essentiel de notre système de santé car ils délivrent des soins parmi les plus complexes et techniques 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour les patients dont le pronostic vital est engagé. Dans ce cadre, l'objectif est de bâtir une véritable filière spécialisée régionale et territoriale ainsi que de fluidifier les parcours avec le développement de structures d'aval (SRPR) adaptées à la prise en charge de patients connaissant des séjours prolongés en réanimation. La formation des personnels médicaux et paramédicaux est également un enjeu fort pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en soins critiques. Enfin, la crise sanitaire a mis en évidence l'importance de l'aptitude de l'offre de soins critiques à augmenter sa capacité pour faire face à un fort accroissement des besoins ;
- **l'accès aux soins spécialisés** (imagerie, médecins spécialistes, second avis en cancérologie, etc.), bien appréhendé pour de nombreuses pathologies (diabète, insuffisance cardiaque, etc.), reste difficile en termes d'orientation du patient pour les maladies rares ou les troubles de la santé mentale, où l'errance diagnostique est encore le lot commun de trop nombreux patients. Egalement, les délais d'accès à l'imagerie restent encore très importants. Si pour certaines pathologies, ce délai n'est pas préjudiciable, il peut être délétère pour d'autres : retard d'accès à un diagnostic et mise en place retardée d'un traitement ;
- **l'accès aux soins de recours.** La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (NRI), les grands brûlés et les greffes relevaient des Schéma Interrégional d'Organisation des Soins (SIOS). Elles sont désormais intégrées dans le schéma régional de santé. Ces activités de recours, hautement spécialisées, suppose de mettre en place une organisation des soins adaptée, en favorisant la coordination des moyens, et veillant à répondre aux besoins ;
- **le suivi des patients chroniques.** L'explosion des maladies chroniques et/ou les problèmes de démographie médicale rencontrés sur de nombreux territoires sont à l'origine de l'émergence dans notre système de santé de la délégation de tâches et de la télémédecine. Parallèlement, on observe l'émergence de nouveaux rôles pour le patient, dont l'expertise de sa pathologie est à présent reconnue ;
- **les transitions au cours de la vie.** La transition est un moment caractérisé par un changement de structure, d'établissement de prise en charge, souvent dû au passage de l'adolescence à l'âge adulte. Cela concerne particulièrement le lien entre la pédiatrie et la médecine adulte pour les enfants atteints de pathologies chroniques. D'autres transitions peuvent être particulièrement difficiles, notamment l'accès au monde du travail pour les personnes en situation de handicap ;
- **l'accès à la santé, l'accueil et l'accompagnement pour les publics fragiles.** Qu'il s'agisse d'accès à la prévention, au dépistage ou à une prise en charge adaptée, les publics le plus vulnérables, notamment du fait d'un handicap, de précarité ou de l'âge difficultés d'accès physique à certains lieux, difficultés de communication, place insuffisante accordée au patient et à ses proches et à son expertise propre, problèmes d'articulation et de coordination des professionnels des différents secteurs, insuffisante connaissance mutuelle de ces différents acteurs ;

- **les hospitalisations non programmées ou non appropriées, les passages aux urgences évitables.** Les hospitalisations non programmées (personnes âgées fragiles et publics souffrant de troubles de la santé mentale) doivent être évitées au maximum. Comme le suggère le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) dans son avis sur la stratégie nationale de santé du 2 janvier 2018, « il est nécessaire d'identifier les hospitalisations évitables par un système de soins primaires permettant une prise en charge de proximité » ;
- **la sortie d'hospitalisation et le retour sur le lieu de vie** sont des moments particulièrement sensibles chez les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les patients atteints de troubles de la santé mentale et les publics en situation précaire. Par ailleurs, on observe depuis quelques années une augmentation du nombre de patients dont la situation médicale est stabilisée, mais qui ne peuvent sortir des établissements où ils sont hospitalisés pour des raisons sociales. Cette sortie d'hospitalisation - moment où le risque iatrogène est majoré chez la personne âgée - doit être anticipée et préparée le plus tôt possible et ce d'autant plus que le patient est dans une situation psychosociale complexe. L'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital, le renforcement des compétences du patient et de ses proches et la gestion sécurisée des médicaments par un professionnel de santé permettent de réduire les passages aux urgences et les ré-hospitalisations ;
- **l'accompagnement et le soutien des aidants** est un enjeu fondamental dans le cadre de la prise en compte globale de la personne et de son entourage, tout particulièrement le sujet des jeunes aidants (enfants, adolescents ou jeunes adultes qui viennent en aide de manière régulière et fréquente, à un membre de son entourage proche qui est malade, en situation de handicap ou de dépendance) ;
- **le maintien du patient sur sa trajectoire de vie** est essentiel dans une logique de parcours. Cela concerne notamment l'accompagnement socio-professionnel et scolaire des patients atteints de pathologies chroniques, la gestion des situations complexes, le retour en classe des enfants malades, notamment après un cancer et, plus généralement, le maintien au domicile voire le retour à un domicile stable.

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

La stratégie régionale parcours reposera sur :

- l'identification des situations et moments critiques pouvant être à l'origine de ruptures dans les parcours ;
- l'identification au niveau régional, voire national et international, d'expériences contribuant à réduire ces risques de ruptures ;
- l'analyse et la modélisation des expériences pertinentes et leur diffusion au niveau de la Nouvelle Aquitaine ;
- l'accompagnement en interne et en externe des différents acteurs dans le déploiement au niveau territorial de la stratégie régionale parcours ;
- le déploiement d'une gestion des lits à l'échelle territoriale complète (public/privé, ville/hôpital, sanitaire/médico-social).

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

2.2.2.1 Accompagner les projets de naissance

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

En 2020, la Nouvelle Aquitaine représente 7.3 % des naissances en France. La tendance nationale observée, d'une baisse de la natalité, se vérifie sur la région avec une diminution significative du nombre de naissances depuis quelques années. 3 % des naissances sont permises grâce à l'aide médicale à la procréation (AMP), dont 5% nécessitent un don de gamètes.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028 :

Actuellement, la situation régionale présente une démographie médicale, en anesthésistes, en pédiatres, en gynécologues- obstétriciens et en sages-femmes extrêmement fragile pour les années à venir. Dans ce contexte, **la priorité est d'assurer la qualité et la sécurité des soins autour de la prise en charge des femmes, des parents et des nouveau-nés dans l'ensemble du territoire** tout en ayant une attention particulière sur l'aménagement du territoire en particulier pour les territoires les plus isolés.

Pour ce faire, les objectifs de la stratégie régionale périnatale sont les suivants :

- permettre aux équipes médicales et soignantes territoriales d'organiser la gradation des soins qui semble la plus adaptée et agile afin d'offrir le niveau d'offre maximum ;
- développer l'hospitalisation de jour en obstétrique ;
- travailler avec les équipes médicales et paramédicales sur les soins de développement (programme Nid Cap) ;
- favoriser l'exercice partagé et organiser la planification en ressources humaines en périnatalité au niveau d'un territoire ;
- faire évoluer les pratiques professionnelles : assistants médicaux ;
- organiser le 1^{er} recours pour les sages-femmes libérales et proposer de la polyvalence en leurs ouvrant les plateaux techniques d'accouchements ;
- renforcer la collaboration hôpital/ville/PMI (Protection Maternelle Infantile), notamment en s'appuyant sur le numérique en périnatalité ;
- faire évoluer les dispositifs spécifiques régionaux : engagement entre le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA), l'ARS et les établissements de santé pour mieux travailler la gestion des risques obstétricaux et mettre en place une journée RMM (Revue de mortalité et de morbidité) inter-régionale ;
- élargir la cellule de régulation de périnatalité (RégulPérinat) sur une ouverture H24/24, et y intégrer des puéricultrices de transferts ;
- déployer les maisons de naissances sur le territoire ;
- travailler sur la gradation des soins en psychiatrie périnatale avec un maillage territorial en adéquation aux besoins et à la cartographie actuelle ;
- préserver les compétences spécialisées en organisant des consultations avancées dans les territoires insuffisamment pourvus, en créant des postes partagés entre les établissements ;

La qualité et la sécurité des conditions de sortie de la maternité sont favorisées par le développement de :

- ▶ la promotion d'un accompagnement par les services de la protection maternelle et infantile (PMI), par l'hospitalisation à domicile (HAD) anténatale et post-natale afin de faciliter le retour à domicile, pour les nouveau-nés qui ont besoin d'une prise en charge technique, mais aussi éventuellement médico-sociale ;
- ▶ le déploiement de l'hébergement temporaire non médicalisé, à proximité des lieux d'accouchement, qui permettent l'accueil des femmes enceintes éloignées géographiquement des maternités et aux parents de bébés hospitalisés en néonatalogie, d'être proches de leur enfant, sans pour autant être hébergés dans une structure de soins ;
- ▶ l'articulation ville-hôpital, pour le suivi post-partum et du nouveau-né, en réalisant l'entretien prénatal précoce et l'entretien post natal obligatoires ;
- ▶ le suivi des femmes enceintes victimes de violence ou souffrant de troubles psychiques périnataux en vue de prévenir les conséquences somatiques et psychiques par la mise en place de prises en charge en soins conjoints de psychiatrie périnatale.

Par ailleurs, la nouvelle loi de bioéthique publiée en août 2021 vient modifier de façon substantielle les dispositions de mise en œuvre de **l'assistance médicale à la procréation (AMP)** en France. C'est une **réforme sociétale majeure**. Aujourd'hui, l'accès à l'AMP **ne peut faire l'objet d'aucune différence de traitement**, notamment au regard du statut matrimonial ou de l'orientation sexuelle des demandeurs et il est ainsi nécessaire de **garantir l'égal accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation dans des délais de prise en charge raisonnables quel que soit le projet parental**. Il s'agit notamment de :

- ▶ dimensionner les centres clinico-biologiques (CCB) en fonction des flux de patientèle et permettre la montée en charge des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) adossés aux trois centres hospitaliers universitaires de la région ;
- ▶ constituer des stocks de paillettes suffisants pour garantir les parcours d'AMP avec dons dans des délais raisonnables ;
- ▶ communiquer, sous l'égide de l'agence de la biomédecine (ABM), sur le don de gamètes afin de stimuler les donneurs ;
- ▶ **favoriser l'autoconservation des gamètes pour raisons médicales et non médicales**, afin de préserver ou restaurer lorsqu'elle est affectée par de multiples facteurs tels que l'âge de la femme ou de l'homme, les maladies génétiques, diverses pathologies générales ou leurs traitements, expositions à certains produits toxiques, traumatismes, facteurs environnementaux, etc. Dans ce cadre, l'activité de préservation de la fertilité doit être accessible en permanence à chaque personne dont l'état de santé le nécessite, prioritairement en oncologie et pour les jeunes patients, par la structuration d'une plateforme régionale de préservation de la fertilité associant les 3 CHU, l'Institut Bergonié et en partenariat avec le réseau régional unique de cancérologie ;
- ▶ **organiser un parcours de diagnostic prénatal et de médecine fœtale de qualité ;**
 - au niveau régional les échographies obstétricale et fœtale, qui doivent être réalisées dans un calendrier précis dans le cadre du dépistage et du diagnostic des anomalies fœtales et garantir une bonne répartition territoriale des échographistes formés (niveau 1 et 2) ;
 - rechercher le développement de nouvelles technologies de diagnostic prénatal (DPN) à l'instar du dépistage prénatal non invasif (DPNI), examen génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel, En complément de l'activité des trois CHU il s'agit de promouvoir le DPNI pour les laboratoires publics et privés effectuant les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels ;
 - organiser les filières de prise en charge en médecine fœtale par des centres spécialisées afin qu'ils assurent la coordination dans le suivi de la grossesse pathologique et de l'accouchement ;
 - informer du risque d'avoir un enfant à naître atteint d'une anomalie grave et offrir la possibilité d'exclure la présence de cette anomalie grave ;

- prendre en charge l'enfant atteint d'une anomalie curable nécessitant des soins urgents en période néonatale ;
- accompagner les patients en cas d'anomalie fœtale incurable d'une particulière gravité : réalisation d'une interruption médicale de grossesse (IMG), organisation de l'accueil d'un enfant porteur de handicap, ou encore accompagnement vers un décès néonatal ;
- développer une plateforme de diagnostic pré implantatoire (DPI) afin de réduire les délais de prise en charge et diminuer l'inégalité d'accès au DPN sur le Sud-Ouest du territoire national pour les couples concernés qui doivent se rendre au plus près à Nantes, à Montpellier ou à Paris ;
- améliorer l'organisation régionale de l'activité de fœtopathologie.

Enfin le **dépistage, le repérage précoce et la prise en charge de l'endométriose** constituent une priorité. Dès 2021, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a structuré les filières territoriales de prise en charge de l'endométriose déjà existantes sur la base des orientations de la stratégie nationale. Au mois de février 2022, l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'AFENA (Association filière endométriose en Nouvelle-Aquitaine) ont lancé un appel à candidatures pour labelliser, au moins, un centre multidisciplinaire par département et un centre régional de recours chirurgical pour la prise en charge des endométrioses complexes. Au total en janvier 2023, 16 centres multidisciplinaires et 2 centres de recours chirurgical de l'endométriose complexe ont été labélisés. L'offre endométriose sera évolutive afin de couvrir l'ensemble des départements.

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

La santé mentale recouvre un champ très large : la prévention et la promotion de la santé mentale positive, la réponse à la détresse psychologique, la prévention du suicide, l'accès aux soins psychiques et somatiques, ainsi que l'accompagnement social et médico-social des personnes concernées et de leurs proches. Elle interroge également le regard social porté sur la maladie et la discrimination qu'il suscite. La politique régionale qui s'inscrit complètement dans les orientations de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie vise ainsi à mobiliser l'ensemble des partenaires autour d'une culture et de valeurs partagées orientées vers l'inclusion, la déstigmatisation et la promotion des pratiques orientées vers le rétablissement des personnes. L'organisation des parcours coordonnés à tous les âges de la vie reste une priorité qui guidera les transformations attendues de l'offre existante dans les différents secteurs (prévention, sanitaire, médico-social) et l'évolution des ressources humaines et des pratiques professionnelles. Il s'agit également d'améliorer le repérage et le développement plus précoce des interventions, afin de limiter l'aggravation des troubles liés à des retards de prise en charge et les impacts qui en résultent sur les conditions de vie. Par ailleurs, l'épidémie de Covid-19 s'est traduite par une augmentation des troubles anxieux, voire des idées suicidaires dans la population des 10 -24 ans. Dans le cadre d'une territorialisation renforcée de la politique de santé mentale, ces enjeux s'inscrivent autour des projets territoriaux de santé mentale et de la déclinaison d'un panier de soins et de services indispensables et coordonnés, accessibles en ambulatoire également, dans un contexte de réforme du financement et des autorisations en psychiatrie. L'utilisation et le développement des outils numériques doivent également faire évoluer favorablement les pratiques et les prises en charge dans le champ de la santé mentale.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'un des axes forts d'amélioration du parcours en santé mentale est la **promotion des prises en charge « hors les murs »** qui reposent sur :

- une amélioration du dispositif d'accueil des primo-consultants dans les différentes structures (centre médico-psychologique (CMP) enfants et adolescents, adultes, centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)) articulé avec les autres partenaires du soin (médecins généralistes, médecins psychiatres libéraux, psychologues, services de protection maternelle et infantile (PMI), services de santé scolaire et universitaire, etc.) ;
- un maillage territorial clair et en nombre suffisant des lieux et dispositifs de consultation en psychiatrie, psychiatrie périnatale et pédopsychiatrie ;
- une orientation de l'organisation des soins à partir du lieu de vie des personnes et un évitement des hospitalisations indues avec le développement des activités d'hospitalisation à temps partiel et ambulatoires, des places de services médico-sociaux spécialisés (services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et services d'accompagnement médico-sociaux pour adulte handicapé (SAMSAH) adaptés quantitativement et qualitativement, de l'accueil familial thérapeutique, soins à domicile, équipes mobiles (de pédopsychiatrie, périnatalité, gérontopsychiatrie, psychiatrie-précarité, etc.), promotion de toute organisation permettant de favoriser la continuité des soins après une hospitalisation et de moduler l'intensité des prises en charge ;
- un renforcement de la pluridisciplinarité des équipes de soins, notamment celles exerçant en ambulatoire pour favoriser la diversification des réponses thérapeutiques proposées et l'expérimentation des alternatives non médicamenteuses.

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

- l'accès à une offre de soins graduée en psychiatrie périnatale ;
- les dispositifs d'intervention précoces permettant d'intervenir plus précocement après l'annonce d'un diagnostic, chez l'enfant comme chez le jeune adulte ;
- l'accès et la continuité des soins des personnes placées sous main de justice, aux soins psychiatriques, notamment après la levée d'écrou, pour répondre aux besoins de l'ensemble des territoires ;
- les dispositifs et actions permettant d'améliorer la coordination des soins somatiques et psychiques : sensibilisation et formation des professionnels de santé, structuration des réseaux de prise en charge du psychotraumatisme.

Il est nécessaire de mettre en place, autant que possible, **des dispositifs visant à prévenir des situations de crise et d'urgence, et une meilleure prise en charge de ces épisodes**. Il conviendra en amont :

- d'organiser un accès simplifié aux consultations non programmées en structures ambulatoires de proximité, développer les interventions au domicile, les dispositifs et espaces de répit, améliorer les liens entre les professionnels de ville et hospitaliers ;
- de former les professionnels du soin, sociaux et médico-sociaux à la prévention des situations de crise et à leur gestion. Les structures d'accueil d'urgences générales ou spécialisées devront permettre la prise en charge de la gestion des crises et la structuration des parcours en réponse à l'urgence. La limitation du recours à l'isolement et à la contention pour la gestion des épisodes de crise constitue une priorité ;
- de coordonner, en aval du séjour hospitalier, l'organisation du suivi en ambulatoire (libéral, CMP) ;
- de proposer l'éducation thérapeutique du patient et la psychoéducation en direction des familles dans l'ensemble des territoires.

L'organisation des conditions du maintien de la personne dans son milieu de vie est donc nécessaire. Dans ce cadre, il est prioritaire de réduire d'une part, les situations d'hospitalisation inadéquates, et d'autre part de continuer le développement des approches basées sur le rétablissement, les évaluations fonctionnelles et la réhabilitation psychosociale qui prend en compte les ressources et l'environnement de la personne. Enfin, la coordination des acteurs de la santé mentale dans le cadre de coopérations institutionnelles et opérationnelles pour développer des prises en charge ambulatoires coordonnées (domicile ou établissement) est à promouvoir.

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

En outre, il est primordial de **poursuivre la transformation des offres sanitaires, sociales et médico-sociales** en termes de diversification des offres d'accueil et d'accompagnement des personnes, dans la société elle-même. L'accès à un emploi et au logement constituent des priorités pour **favoriser davantage les projets et parcours de vie inclusifs** des personnes vivant avec des troubles psychiques. Il s'agira d'intensifier le respect de leurs droits en mobilisant leur participation ainsi que celle des aidants, à toutes décisions relatives à leurs trajectoires de vie.

Le développement de la pair-aidance doit aussi se poursuivre, jusqu'à la reconnaissance, voire la professionnalisation des intervenants pairs, en situation de handicap, qui le souhaitent (Médiateurs de santé pairs, intervenants pairs, patients partenaires... en établissements mais aussi en tout espace de vie sociale et professionnelle) ; le tout participant au changement de regard sur les troubles mentaux qui reste un objectif prioritaire.

Les initiatives d'innovation et de recherche-action, de développement du numérique en santé, portées notamment par les centres d'expertise et de ressources existant au niveau régional et les établissements engagés dans ces dynamiques, seront accompagnées afin d'aboutir à une structuration incluant l'ensemble des établissements de la région.

2.2.2.3 Poursuivre l'adaptation de l'offre de service et développer l'appui aux acteurs pour une société plus inclusive et accessible aux personnes en situation de handicap

« Changer le regard pour accompagner et garantir l'autonomie et la participation sociale des personnes en rendant la société plus accueillante et plus inclusive » est une ambition forte portée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Les enjeux de transformation de l'offre médico-sociale fixés en 2018 (évolution des représentations, des pratiques et du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), qualité de services) demeurent prioritaires en 2023. Les actions initiées doivent être poursuivies et renforcées en plaçant au cœur de celles-ci l'autodétermination des personnes et l'accompagnement à l'expression de la demande, leur participation sociale et citoyenne, la visée inclusive des accompagnements à tous les âges de la vie avec un appui renforcé au droit commun (visée d'accessibilité universelle).

La valorisation de la coopération territoriale et l'innovation, le rééquilibrage et renforcement de l'offre alliés au développement de nouvelles réponses doivent permettre à toutes les personnes en situation de handicap de bénéficier d'un véritable choix et être accompagnées dans leur projet de vie.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Une vie citoyenne « avec les autres et comme les autres » nécessite de garantir une diversité des aides et services à destination des personnes en situation de handicap. **Le renforcement de la modularité de l'offre d'accompagnement au cœur de la transformation de l'offre médico-sociale** est à amplifier, en passant d'une logique d'offre centrée sur les structures à une logique de « panier de services ». La société inclusive doit désormais se construire non pas à partir des établissements et services médico-sociaux mais avec leur soutien, au niveau des environnements de vie des personnes en situation de handicap.

La coopération, tant institutionnelle qu'au niveau territorial, entre tous les opérateurs médico-sociaux et acteurs du droit commun, doit permettre d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes, et en particulier aux situations les plus complexes, et ceci dans un contexte marqué tant par des tensions en termes d'accès à l'offre d'accompagnement médico-social et de ressources humaines (enjeu d'attractivité), que par des évolutions majeures également portées par la réforme du mode de financement des ESMS (déploiement de SERAFIN-PH) et par le déploiement/usage attendus des systèmes d'informations pour tous les ESMS.

Les objectifs opérationnels identifiés sont les suivants :

- mobiliser **la fonction ressource territoriale des opérateurs médico-sociaux** pour venir en appui des acteurs du droit commun du territoire (prévention, soins, scolarisation-formation-emploi, logement, culture et loisirs...) et des aidants, pour construire une société inclusive non plus à partir des établissements et services médico-sociaux, mais avec leur soutien, et ce, dans une logique de coopération territoriale et de responsabilité populationnelle ; Renforcer dans ce cadre les partenariats et la coopération opérationnelle en soutien à l'école inclusive entre ESMS (instituts médico-éducatifs - IME, services d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD, centres médicaux psycho-pédagogiques - CMPP...) et les établissements scolaires ;
- accompagner, en soutien à **l'autodétermination et au pouvoir d'agir**, les transformations organisationnelles et managériales, avec l'appropriation des outils et procédures permettant de recueillir les attentes de la personne en situation de handicap (déploiement de la communication alternative augmentée à large échelle, des fonctions d'assistants à projets/parcours de vie, de « facilitateurs »), et de valoriser la pair-aidance et l'expertise d'usage ;
- garantir le respect et l'effectivité des **droits des personnes** accueillies (fonctionnement révisé des conseils de la vie sociale - CVS, bientraitance), leur participation sociale, la prévention et la lutte contre la maltraitance ainsi que la réflexion éthique au sein des établissements (déploiement d'actions régionales, démarches internes aux ESMS dont comité d'éthique) en lien avec l'Espace éthique régional Nouvelle-Aquitaine (ERENA) ;
- renforcer **l'offre de services** existants (enfants et adultes) et la création de dispositifs passerelles (jeunes adultes, personnes en situation de handicap vieillissantes) ; créer une offre nouvelle en soutien aux parcours des **jeunes adultes** (maintenus en établissements enfants en aménagement Creton) dans le cadre de stratégie territoriale partagée avec les conseils départementaux (déploiement de l'offre de services et d'habitats inclusifs notamment) et en lien avec les opérateurs de droit commun (logement, formation et emploi...) ;
- adapter la **transformation des places existantes d'établissement en services spécialisés à visée inclusive**, fonctionnant en dispositif ou en plate-forme proposant des accompagnements diversifiés, en poursuivant la diversification des modalités d'accueil (accueil de jour, internat, accueil temporaire...) et d'accompagnement proposés en associant les usagers et les familles, et en préservant l'expertise des plateaux techniques et les places avec hébergement pour l'accompagnement des situations plus complexes (sévérité des troubles, situation sociale, intensité des accompagnements) ;
- organiser au niveau des territoires la **continuité des accompagnements** 365 jours par an (notamment sur le champ de l'enfance, situations de multiples vulnérabilités), **développer l'offre de répit** modulaire à destination des personnes en situation de handicap (hébergement



temporaire, accueil de jour, interventions à domicile...), renforcer l'accompagnement des familles et des aidants (dont guidance parentale) ;

- ▶ déployer sur le champ de l'enfance, le **fonctionnement en dispositif** dans les établissements de l'enfance (DITEP et DIME/DAME) permettant de fluidifier les parcours des enfants, et renforcer l'adossement de compétences médico-sociales aux établissements scolaires (équipes mobiles d'appui à la scolarisation, dispositifs d'autorégulation, coopérations renforcées ESMS/établissements scolaires) et aux opérateurs de la formation professionnelle dans une logique d'accessibilité universelle. Une vigilance particulière sera apportée dans ce cadre aux enfants également pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Le développement des connaissances actualisées et des compétences professionnelles en fonction du type et des difficultés de chaque handicap afin de garantir la technicité et la qualité des accompagnements et interventions requises. Il s'agit de mieux prendre en compte les besoins, attentes, compétences dans la construction des parcours en fonction des types de handicap (approche populationnelle autisme et troubles du neuro-développement (TND), polyhandicap, déficiences sensorielles, handicap psychique...) ;

- ▶ déployer au niveau régional la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
- ▶ renforcer l'offre diagnostic pour améliorer le **repérage précoce et le diagnostic** en lien avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) des troubles du neuro-développement (TND), et l'offre de SESSAD spécialisés (interventions précoces TND, TSA, TSLA...) ;
- ▶ soutenir le développement de la **formation initiale et continue des professionnels** avec notamment les programmes de formations continues croisées et territorialisées des professionnels du secteur social, éducatif, pédagogique, médico-social et sanitaire, et la diffusion des bonnes pratiques en matière d'inclusion, avec l'appui du Centre de preuves société inclusive (CPSI) ;
- ▶ poursuivre le soutien aux **démarches d'amélioration de la qualité** par type de handicap (formation-actions, supervision des interventions) avec l'objectif de certification qualité (type CAP HANDEO) des ESMS garantissant la qualité du service rendu aux usagers et aux familles et l'appropriation des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) par les professionnels ;
- ▶ renforcer la **coordination des professionnels et des dispositifs** pour garantir selon chaque type de handicap le bon niveau de technicité avec l'appui des dispositifs ressources régionaux (centres régionaux ressources et d'expertise, équipes relais handicap rare, etc.).



Le devoir collectif est d'offrir des parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, en particulier lors des phases complexes, afin de ne laisser personne au bord du chemin, « sans solution ». Pour ce faire, il est nécessaire d'agir :

- ▶ avec les dispositifs de coordination (communautés 360, dispositifs d'appui à la coordination - DAC, dispositif Réponse accompagnée pour tous - RAPT...) et la coopération territoriale mobilisés dans l'accompagnement des situations complexes avec l'ensemble des ESMS concernés, des acteurs du champ sanitaire et des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ;
- ▶ le développement de démarche préventive pour **anticiper les risques de ruptures** : troubles somatiques, évaluation du fonctionnement de la personne et de l'environnement où se manifestent les comportements à problème, limitations des cloisonnements générateurs de risques de rupture pour les situations complexes ;
- ▶ le renforcement des **compétences et de l'expertise des équipes** (médico-sociales et sanitaires) et des établissements ressources, dans l'évaluation et l'intervention autour des situations complexes impliquant des comportements-problèmes, notamment avec l'appui des équipes relais handicaps rares (ERHR) et des centres experts ;

- l'identification des **dispositifs experts/fonction « ressources »** des établissements et services médico-sociaux (ou sanitaires) dans l'accompagnement des situations complexes et très complexes, avec le développement de réponses nouvelles de haute technicité (unités de vie pour personnes en situation très complexe) et de dispositifs de transition (unités d'accueils temporaires en lien étroit avec un plateau technique sanitaire pour le volet somatique).

2.2.2.4 Accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap

La HAS définit comme « une personne handicapée vieillissante, une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement ».

En raison des progrès médicaux et de l'amélioration générale des conditions de vie, les personnes handicapées voient leur espérance de vie augmenter et se rapprocher de celle de la population générale. Ce vieillissement, dont les manifestations peuvent apparaître plus précocement que pour l'ensemble de la population, entraîne une évolution des besoins et des attentes des personnes concernées tenant d'une part à l'accroissement des difficultés et des déficiences antérieures et, d'autre part, à l'apparition de handicaps liés au vieillissement tels que des déficiences sensorielles, ou des incapacités fonctionnelles impactant leur autonomie aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie sociale.

En Nouvelle-Aquitaine environ 67 400 personnes, de 50 ans ou plus, sont porteuses d'un handicap (en tenant compte de tous les allocataires de l'allocation adulte handicapée - AAH). Parmi ces personnes, 84% vivent à domicile, 12% en établissement pour adultes en situation de handicap, et 4% en établissement pour personnes âgées.

Dans le cadre de cette nouvelle étape de vie, l'accompagnement des personnes doit donc s'adapter, dans une logique d'auto-détermination, afin de permettre, autant que possible, et comme tout à chacun de vieillir dans son lieu d'habitation, en respectant ses choix.

La transformation de l'offre médico-sociale autant dans les secteurs du grand âge que du handicap doit prendre en compte cette population en augmentation, en anticipant les nouvelles attentes et besoins, tant au niveau qualitatif que quantitatif, afin d'offrir les réponses graduées nécessaires dans les territoires.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'avancée en âge dans son lieu de vie habituel est un enjeu majeur pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap et leurs aidants. Pour cela, et afin d'anticiper les besoins liés à l'apparition de signes de vieillissement, prévenir et éviter les ruptures de parcours, l'anticipation **des risques liés au vieillissement de la personne en situation de handicap** est primordiale. Et ce, au travers :

- du repérage, notamment à domicile, par la sensibilisation des professionnels de santé libéraux, et en déployant une grille spécifique d'évaluation des besoins et des capacités ;
- du développement d'actions de prévention et de promotion de la santé ainsi que par un accès facilité aux soins somatiques (avec intégration des personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV) au sein des publics visés par les plans de prévention et d'accès aux soins régionaux (antichute, bucco-dentaire)) ;
- de la formation des acteurs du handicap aux enjeux du vieillissement et au repérage des signes du vieillissement ;
- de l'action auprès des aidants, eux-mêmes vieillissants, en renforçant la lisibilité et facilitant l'accès aux dispositifs de répit existants, et en continuant de les développer selon les besoins territoriaux.



Afin d'accompagner au plus près des besoins et en fonction des volontés et des choix des PSHV accompagnées (autodétermination), avec des approches différenciées et spécifiques, que ce soit au domicile, en habitat inclusif, au sein d'un foyer médicalisé (Maison d'accueil spécialisée - MAS, Foyer d'accueil médicalisé - FAM) ou non médicalisé, **l'adaptation de l'offre médico-sociale** se traduit par :

- ▶ une transformation de l'offre orientée vers la création de « plateformes » regroupant une pluralité de prestations issues des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » et proposant un panel de solutions ;
- ▶ l'identification d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) « Ressource » dans le secteur « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap », afin de capitaliser et partager les expertises et les pratiques professionnelles en lien avec les recommandations ANESM/HAS (Agence nationale de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux / Haute autorité de santé) ;
- ▶ le développement des formations croisées entre les professionnels du handicap, du grand âge et du sanitaire ;
- ▶ le renforcement de l'offre de places en services de soins infirmiers à domicile - SSIAD « Handicap » et/ou la spécialisation de SSIAD « personnes âgées », dans le but d'intervenir à domicile mais aussi pour soutenir le déploiement des formes nouvelles d'habitat inclusif ou partagé, y compris pour les personnes avec des besoins de soins et d'accompagnements soutenus, et le maintien en lieu de vie collectif (type foyer) si choisi ;
- ▶ l'identification d'une offre spécialisée d'accompagnement des PSHV au sein d'unités spécifiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), garantissant la qualité et la technicité des accompagnements (cahier des charges régional concerté avec les conseils départementaux) et selon l'offre existante sur les territoires ;
- ▶ l'adaptation de l'offre en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), en anticipant et préparant les transitions au passage à la retraite des travailleurs en situation de handicap (volets santé, logement, vie sociale...).

Rendre modulable et adaptable l'offre médico-sociale traduit la nécessité **d'apporter des réponses graduées aux besoins de la personne**, par :

- ▶ la réévaluation et la redéfinition du projet de vie ;
- ▶ la facilitation des transitions avec des prises en charge conjointe des opérateurs grand âge/handicap ;
- ▶ l'agencement des solutions modulables en fonction des expertises et de l'offre sur le territoire, en favorisant la coopération des acteurs de l'autonomie au travers d'équipes mobiles handicap et/ou personnes âgées, et des acteurs du droit commun.

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

- Passer d'une logique de places à une logique d'offre de services coordonnés dans les établissements et services médico-sociaux
- Fluidifier le parcours des jeunes en situation de handicap accompagnés en Instituts médico-éducatifs (IME) ou en Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) vers un accompagnement inclusif et des projets de vie individualisés
- Développer des solutions inclusives pour les jeunes adultes et diminuer le nombre de personnes en situation d'aménagement creton dans les établissements pour enfants
- Taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés par un établissement médico-social porté à 80% à l'échéance du PRS
- 100% des unités d'enseignement (UE) relocalisées au sein des établissements scolaires
- Diversifier les solutions d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes tant à domicile qu'en établissement
- Diversifier et mieux faire connaître dans l'ensemble des départements, les solutions de répit pour les aidants avec une attention particulière pour les spécificités rencontrées par les jeunes aidants
- Part des services (visée inclusive) dans l'offre médico-sociale : 50 % à échéance du SRS pour les enfants et les adultes
- Renforcer l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap vers une insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire
- Engager l'ensemble des établissements médico-sociaux sous compétence ARS dans des démarches de certification qualité en fonction des publics accompagnés (selon le déploiement des référentiels qualité et les recommandations de bonnes pratiques HAS)
- Développement dans chaque département d'un service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap (SAPPH)

2.2.2.5 Accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dans le respect de leurs choix, lieux et habitudes de vie

Troisième région la plus peuplée de France, la Nouvelle-Aquitaine est aussi la plus âgée, constituant un défi en matière de transition démographique et plus spécifiquement d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Le vieillissement de sa population devrait se poursuivre d'ici 2030, ce qui doit amener à repenser l'accompagnement des aînés tout au long de leur parcours de vie. Cet accompagnement doit être global et évolutif en fonction des besoins des personnes et de leurs souhaits. Tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire, la politique régionale en faveur du bien vieillir doit soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées, rendre possible leur vie à domicile dans la plus grande diversité de ses formes, et améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements.

Favoriser la coordination des acteurs de la santé et du social autour de la situation d'une personne âgée en agissant prioritairement sur les points de rupture dans les parcours est cruciale en ce qu'elle favorise la vie à domicile et la qualité des prises en charge. L'intégration et le maillage territorial des différents dispositifs existants pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, devra aussi permettre de répondre à l'augmentation du niveau de dépendance des personnes et des troubles cognitifs liés au vieillissement.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Face à la transition démographique en cours, **le respect du libre choix pour chaque personne**, de définir l'endroit où elle souhaite vieillir, est la première priorité et passe par une offre lisible et accessible :

- accessibilité de l'information relative à l'offre de services existante à destination des usagers et de leurs familles, facilitée par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) ;
- accessibilité aux dispositifs diversifiés, gradués, innovants et équitablement répartis sur le territoire ;
- accessibilité financière par la maîtrise du reste à charge et la bonne information des usagers quant aux tarifs pratiqués, en tenant compte des contraintes réglementaires et tarifaires de chacune des autorités.

Le respect du choix des personnes passe également par l'expression et le recueil des aspirations concernant le mode de vie des personnes et le développement du recours aux directives anticipées, actualisées de façon régulière, et aux personnes de confiance afin que le choix des personnes soit connu.

Si le choix de vieillir à domicile semble être majoritairement souhaité, il est nécessaire de structurer une offre de soins de proximité, diversifiée et adaptable, qui permette un sentiment de « vivre chez soi » sécurisé et de qualité pour tous quel que soit le lieu de vie. Pour y parvenir, un premier enjeu est donc de **renforcer la sécurisation, la continuité et la qualité des prises en charge**, cela nécessite de :

- **renforcer et favoriser l'intégration des services à domicile**, en poursuivant, en collaboration étroite avec les conseils départementaux, le rapprochement des services de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile dans une nouvelle catégorie unique de services, les « services autonomie à domicile » (SAD). Cette transformation de l'offre existante, qui réunira les intervenants de l'aide et du soin dans une démarche de prise en charge globale, a vocation à fluidifier, simplifier et sécuriser la vie des personnes âgées à domicile. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'augmentation des temps de psychologue en SSIAD/SAD, la recomposition de l'offre territoriale des équipes spécialisées



Alzheimer (ESA) contribueront à prendre en charge toutes les personnes qui le nécessitent quels que soient leurs besoins en soins ;

- ▶ **garantir un haut niveau de prise en soin**, adapté à un public présentant davantage de pathologies et un besoin élevé d'accompagnement dans l'autonomie, quel que soit le lieu de vie des personnes :
 - en poursuivant le déploiement des dispositifs de prise en charge dédiés aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de leurs aidants (plateformes de répit, équipes spécialisées Alzheimer, pôles d'activités et soins adaptés, unités d'hébergement renforcé en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
 - en soutenant la coordination des parcours en filières d'amont/aval à l'hospitalisation (dont les services de suite et de réadaptation avec unité cognitivo-comportementale, les filières gériatriques et les consultations mémoires en lien avec les unités d'hébergement renforcé Alzheimer) ;
 - en renforçant la médicalisation dans les EHPAD par l'augmentation du temps de médecin coordonnateur et d'infirmières coordinatrices, le déploiement de vacations de médecins prescripteur en cas de carence du 1^{er} recours, la promotion de la télémédecine et l'accompagnement à sa mise en œuvre, le partage des bonnes pratiques entre professionnels et l'amélioration du circuit du médicament ;
 - en soutenant l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD afin de garantir une prise en soins adaptées aux besoins conformément aux missions dévolues à l'HAD, ce qui doit être facilité par la mise en place de convention entre EHPAD et HAD, incluant protocoles d'évaluations anticipées et de préadmissions en HAD ;
 - en poursuivant la dynamique de coopération entre les structures d'HAD et les services de soins infirmiers à domicile (intervention conjointes, organisation des relais en amont et en aval...) et l'articulation avec les autres acteurs intervenant dans l'accompagnement à domicile ;
- ▶ **organiser une offre graduée de la filière gériatrique** intra et extrahospitalière en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les futurs centres ressources territoriaux, décrite dans les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers des territoires (GHT) et associant les établissements privés et médico-sociaux par conventions. Cette offre doit s'articuler avec la médecine de ville et le secteur médico-social afin :
 - de réduire les hospitalisations évitables (apport d'une expertise gériatrique via les astreintes gériatriques, évaluation par une équipe mobile gériatrique (EMOG) et/ou géronto-psychiatriques (EMGP), mobilisation de l'hébergement temporaire d'urgence en EHPAD, poursuite du déploiement des permanences infirmières de nuit en EHPAD et à domicile ;
 - de favoriser les admissions directes, sans passage par les urgences, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire (coordination des admissions en court séjour gériatrique, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile) ;
 - de sécuriser le retour à domicile en lien avec les acteurs de proximité (les services de soins infirmiers à domicile, les services autonomie à domicile, les professionnels libéraux, l'hospitalisation à domicile, la nouvelle mission de centre de ressources territorial et les DAC) lorsqu'il est possible ;
 - de mettre à disposition des professionnels une expertise gérontologique et des ressources spécifiques au grand âge accessibles en proximité.

La coordination des acteurs est facilitée par l'outil régional e-parcours (Paaco-Globule), outil simple et interopérable permettant de sécuriser le partage des informations utiles au parcours et le renforcement du lien ville-hôpital par la généralisation d'un dossier de liaison d'urgence, de sortie d'hospitalisation et du dossier médical partagé. Le déploiement de l'usage du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et de Via-Trajectoire par l'ensemble des EHPAD sera accéléré à partir de 2023.

Il est également nécessaire **d'adapter et de diversifier l'offre existante, en cohérence avec les schémas départementaux, pour soutenir la vie à domicile des personnes en perte d'autonomie**. Cela passe par :

- ▶ diversifier l'offre d'EHPAD, permettant ainsi de rééquilibrer les places d'hébergement permanent (HP), d'hébergement temporaire (HT) et d'accueil de jour (AJ) en EHPAD, territoire par territoire, en fonction notamment, des projections de population de personnes âgées de 75 ans et plus, des taux d'occupation des EHPAD, des niveaux de dépendance, des dispositifs de maintien à domicile ;
- ▶ accompagner la transformation de l'offre par le soutien des adaptations architecturales nécessaires en établissements (EHPAD, Résidences autonomie) et par l'organisation de l'accueil pour la grande dépendance, tout en préservant le sentiment d'être chez soi (Séjour investissement) ;
- ▶ accompagner l'adaptation de l'habitat et l'accès aux aides techniques et technologiques favorisant la mobilité et le maintien à domicile, en soutenant les innovations ;
- ▶ inciter les EHPAD à s'ouvrir sur l'extérieur, en offrant des services à la population du bassin de vie : centre ressources territoriaux, tiers lieux, EHPAD pôle ressources de proximité et acteur de prévention ;
- ▶ encourager les habitats alternatifs avec le développement de logements intergénérationnels, les habitats inclusifs habitats aidants /aidé, famille d'accueil en garantissant, avec le secteur de l'aide et du soin à domicile et des EHPAD, une logique de « paniers de services » personnalisés, graduée en fonction du degré de fragilité des personnes auxquels ils s'adressent, en s'appuyant sur des expérimentations locales ;
- ▶ favoriser l'intégration des associations ou groupements représentant les associations de personnes et de familles au sein des conseils de la vie sociale ;
- ▶ développer et soutenir des espaces de réflexion éthique en établissement (EHPAD et autres structures) ;
- ▶ prévenir, repérer, lutter contre les situations de maltraitance à domicile et en établissement.

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs relatifs à l'offre médico-sociale pour les personnes âgées

- Repérage des fragilités : 100 % des départements disposant d'une organisation territoriale de repérage des fragilités
- Développer des actions de prévention basées sur les données de la science en articulation avec l'ensemble des acteurs
- Favoriser le développement de groupement de coopération ou de plateforme de services/établissements dans une logique de projet de territoire permettant d'apporter à la population un panel de solutions domicile/établissement intégrées et adaptées, avec un objectif de 2 centres ressources territoriaux par département en 2025
- 100 % des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) entrés dans une dynamique de rapprochement des Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par convention, groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou fusion en 2025
- Diversifier, dans l'ensemble des départements, les solutions de répit pour les aidants avec une attention particulière pour les spécificités rencontrées par les jeunes aidants et mieux faire connaître les solutions existantes
- 100 % des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ouverts vers l'extérieur : mise en œuvre par les EHPAD d'au moins un dispositif d'ouverture vers l'extérieur du type tiers lieux, Pôle ressources de proximité (PRP), Centres ressources territoriaux (CRT), Plateforme de répit (PFR), hébergement temporaire d'urgence (HTU), répit, autres expérimentations...
- Mise en œuvre par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) des recommandations de bonne pratique professionnelle (HAS)

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

L'adolescence est un passage, une transition entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par des transformations physiologiques et psychologiques importantes, des essais en tout genre qui peuvent se traduire par des prises de risques ayant un impact sur le quotidien de l'adolescent (difficultés scolaires, sociales, consommations de produits psychoactifs, etc.). Pendant cette période capitale pour la construction de soi, le jeune est confronté à des choix et orientations majeurs, plus ou moins faciles à aborder au regard de son histoire personnelle, son environnement familial et social et des dispositifs ressources rencontrés et mobilisables. Il est souvent fait référence à la souffrance psychique, au mal être des adolescents dont les manifestations peuvent être multiformes et les contours pas toujours bien définis. Les études démontrent néanmoins que la majorité des jeunes se perçoit en bonne santé. Cependant les dernières enquêtes (ESCAPAD, CONFEADO, BSP de SPF de février 2023) post Covid-19 indiquent une augmentation significative des troubles anxieux généralisés, des idées et des gestes suicidaires chez les jeunes.

La vision par les professionnels des troubles de l'adolescence n'est pas homogène et reste insuffisamment coordonnée, malgré les mesures proposées dans le cadre de la feuille de route psychiatrie et santé mentale. L'ensemble des institutions et des services compétents pour recevoir et suivre les adolescents doit travailler en réseau afin que les interventions entre les acteurs des milieux scolaires ou universitaire, de la santé somatique et psychique, de l'accompagnement éducatif, social et professionnel, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou de l'aide sociale à l'enfance (ASE), soient les mieux coordonnées possibles.

Afin d'améliorer la prise en charge proposée aux adolescents, il convient de poursuivre le développement d'une offre de prévention et de prise en charge globale, graduée et adaptée, prenant en compte les parents ou les adultes qui en sont responsables, en renforçant la formation et la coordination des différents intervenants.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Favoriser l'accès et renforcer la lisibilité des dispositifs au sein desquels les adolescents peuvent trouver une écoute, une réponse à leurs demandes et amorcer une prise en charge, restent une priorité. Les maisons des adolescents (MDA) constituent à ce titre un acteur pivot, en tant que structures d'accueil inconditionnel, d'évaluation pluridisciplinaire et d'orientation des jeunes et de leur famille. Outre leur déploiement dans tous les territoires de Nouvelle-Aquitaine, l'organisation de dispositifs de présence renforcée en zone isolée est en cours grâce aux mesures issues des Assises de la santé mentale et du « Contrat engagement Jeunesse », de même que les partenariats avec les intervenants du champ éducatif, social (Points Accueils écoute Jeunes), de l'insertion (Missions locales) et de la santé, hospitaliers et libéraux, et avec toutes les institutions concernées du territoire.

Les actions de prévention en direction des jeunes sont traitées dans la partie 1.4.2 du SRS.

L'adolescence représentant une période charnière entre deux âges, le risque de rupture lié à cette transition au niveau des parcours de soins, tant somatiques que de santé mentale, est important. Pour l'éviter, il est nécessaire de :

- **réaffirmer et structurer les liaisons pédiatrie-médecine, pédopsychiatrie-psychiatrie mais également somatique-psychiatrie** dans le cadre des organisations existantes et des espaces de transition spécifiquement dédiés pour les enfants présentant une pathologie chronique évolutive ou une maladie rare notamment. Le développement des unités dites mixtes en

psychiatrie va contribuer à l'adaptation des prises en charge pour les jeunes dont les problématiques de la fin de l'adolescence sont proches de celles des jeunes adultes ;

- ▶ de mieux coordonner les modalités de réponse entre les acteurs de la santé mentale, du système éducatif et de la santé, en associant les familles, afin de permettre de reconnaître et de prendre en charge le mal être des adolescents les plus fragiles et ceci de façon plus précoce. Les acteurs de la jeunesse continueront d'être formés au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire. Parallèlement, les jeunes ayant réalisé une tentative de suicide se verront proposer le dispositif VIGILANS, en cours de déploiement sur l'ensemble des départements, et dont l'objectif est de diminuer les récidives suicidaires par une veille et un contact avec des équipes de professionnels de psychiatrie ;
- ▶ poursuivre dans les territoires le **développement des interventions précoces** dans le cadre de troubles et/ou pathologies émergents, notamment lors du passage à l'âge adulte, afin de limiter les pertes de chance pour les jeunes, éviter les ruptures scolaires avec le renforcement des dispositifs articulant les soins et les études, et prévenir l'apparition de handicaps. Pour les jeunes porteurs de handicap, la transformation de l'offre médico-sociale doit permettre d'améliorer les parcours de professionnalisation et l'accès à l'emploi, avec l'appui des dispositifs d'emploi accompagné, des services d'accompagnement médico-sociaux pour adulte handicapé (SAMSAH) spécialisés et des services du droit commun (logement, emploi) renforçant leur accessibilité aux personnes en situation de handicap ;
- ▶ déployer des réponses innovantes pour les adolescents mettant en échec les prises en charge existantes, en s'appuyant sur les ressources sanitaires, éducatives et médico-sociales existantes et conjuguées autour de projets communs de prise en charge. Les équipes mobiles de liaison favorisant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social, seront encouragées afin d'éviter le recours aux hospitalisations et construire des réponses adaptées aux parcours complexes des jeunes, y compris en cas de crise ;
- ▶ **promouvoir les formations interinstitutionnelles** (enseignement, justice, premier recours, médico-social, social etc.) afin de développer l'approche globale des besoins de santé des jeunes (bien-être psychique, sexualité, consommation de produits psychoactifs, image corporelle, etc.) et une culture partagée entre les professionnels concernés, reconnaissant la capacité des jeunes à agir et leur permettant de mieux intervenir (repérage, orientation, intervention pertinente et décloisonnée), dans des formats adaptés aux attentes des professionnels ;
- ▶ consolider la coordination des différents acteurs, tant au niveau régional, avec l'appui de l'Association nationale des maisons des adolescents (MDA) et l'association régionale des missions locales, qu'au niveau territorial, notamment via les schémas départementaux de service aux familles et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en associant les différents partenaires autour des MDA (conseils départementaux, protection judiciaire de la jeunesse, cohésion sociale et jeunesse et sports, caisses d'allocation familiale (CAF), associations, premier recours, etc.) ;
- ▶ soutenir des projets opérationnels innovants (outils d'évaluation, télémédecine, consultations « famille sans le patient », etc.).

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

Les maladies chroniques se caractérisent par leur durée, leur évolutivité, souvent associée à une invalidité et par la menace de complications graves dont le retentissement sur la vie quotidienne et la qualité de vie des personnes sont considérables. En 2021, 20 % des habitants de Nouvelle-Aquitaine, soit 1,3 millions de personnes, étaient atteints d'une maladie chronique. Les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète-obésité, les maladies respiratoires chroniques sont parmi les plus fréquentes et leur prévalence est en augmentation. Du fait de ses caractéristiques, la maladie chronique requiert une prise en charge coordonnée et une continuité d'autant plus importante des intervenants de santé, sociaux et médico-sociaux, impliquant le patient lui-même dans la prise en charge de sa maladie.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Il est nécessaire **de développer une approche transversale des maladies chroniques** pour améliorer la qualité de vie des patients. Il s'agit notamment de :



- ▶ **développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)** en favorisant :
 - une approche transversale et répondre aux besoins biopsychosociaux : intégrer dans l'ETP des ateliers sur la santé environnementale, l'alimentation, l'activité physique, le bien-être mental, le sommeil, la sexualité, etc. ;
 - le lien ville-hôpital et le développement de l'ETP de premier recours en ville ;
 - des approches inter-pathologies ;
 - des programmes accessibles sur l'ensemble des territoires de santé ;
 - la e-ETP, notamment pour le surpoids et l'obésité modérée chez l'adulte ;
- ▶ **inclure l'activité physique adaptée (APA) dans les parcours de soins des maladies chroniques.**

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

Pour le parcours de santé des patients en situation de surpoids ou d'obésité, il s'agit de :

- ▶ **structurer une offre graduée de prise en charge** et rendre lisible le parcours de santé des patients en situation de surpoids ou d'obésité en Nouvelle-Aquitaine :
 - conforter les missions des Centres spécialisés d'obésité (CSO) dans la prise en charge des situations complexes de 3ème recours incluant les composantes médicales (adultes), pédiatrique et chirurgicales, et dans la coordination territoriale et la structuration des parcours de soins, avec une attention particulière envers les publics précaires ;
 - organiser, avec l'ensemble des acteurs, les filières de prise en charge médicales ou médico-chirurgicales ;
 - favoriser une diversité des modes de prises en charges proposées par les CSO et les autres acteurs avec plus d'ouverture sur les prises en charge non chirurgicales ;
 - dans le cadre de la prise en charge chirurgicale, il s'agit pour les établissements de se conformer à la réforme du régime des autorisations en chirurgie bariatrique ;
- ▶ **harmoniser la filière obésité pédiatrique** en Nouvelle-Aquitaine afin **de garantir l'accessibilité aux soins de tous les enfants et adolescents** en situation de surpoids ou d'obésité :
 - conforter les missions du Réseau de prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique (RÉPPOP) en matière de coordination territoriale et de structuration des parcours ;

- garantir un parcours de soins multidisciplinaire pour tous les enfants et adolescents en situation de surpoids ou d'obésité non complexe de Nouvelle-Aquitaine, en déployant notamment le dispositif « Mission Retrouve Ton Cap » ;
- accompagner l'expérimentation « Obépédia » qui concerne les différentes étapes de leur prise en charge depuis les CSO jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé, pour les enfants et adolescents souffrant d'obésité sévère ;
- accompagner la transition vers l'âge adulte et le passage des soins pédiatriques aux soins adultes pour assurer la continuité et éviter les ruptures du parcours ;
- afin d'éviter les ruptures de prise en charge pour les personnes obèses, il faut également **renforcer l'accessibilité à l'offre de santé** en matière de :
 - consultations de psychologue et de psychiatre, consultations diététiques, ainsi que des bilans et séances d'APA en les intégrant dans les parcours de soins multidisciplinaires concertés et coordonnés proposés sur tous les territoires de Nouvelle-Aquitaine ;
 - soins médicaux et de réadaptation (SMR) avec mention système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ;
 - scanners et imagerie par résonance magnétique (IRM) adaptés pour les personnes vivant avec une obésité morbide ;
 - transports sanitaires bariatriques.

Pour le parcours de santé des patients atteints **d'insuffisance rénale chronique (IRC)**, il s'agit **d'améliorer le suivi et l'accompagnement** des patients en vue de lutter contre la progression de la maladie et la survenue de complications, tout en optimisant la transition vers la phase de suppléance, **en priorisant la transplantation rénale** :

- développer la greffe préemptive par l'augmentation du nombre de prélèvements et de greffes d'organes ;
- développer, pour les patients dialysés, la téléconsultation et la télésurveillance dans les unités de dialyse médicalisée (UDM) et les unités d'autodialyse (UAD) et améliorer la qualité de vie de ces patients en développant une offre de proximité, hors centre (organisation d'une offre mixte : UDM et UAD), et en développant la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale quand cela est possible ;
- poursuivre le déploiement du forfait maladies rénales chroniques (MRC) pour la prise en charge des patients aux stades 4 et 5 ;
- améliorer l'accès aux données épidémiologiques sur la région en contribuant au recueil des données du registre du réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN).

Pour le parcours de santé des patients victimes **d'accidents vasculaires cérébraux (AVC)**, il s'agit :

- **d'améliorer la qualité de la prise en charge des AVC** :
 - homogénéiser les procédures diagnostiques à l'admission primaire dans le cadre de l'AVC ;
 - améliorer le circuit patient intrahospitalier à l'arrivée des patients pour réduire les délais de prise en charge ;
 - renforcer l'accès à l'imagerie en urgence lors d'un AVC, et ceci 24 heures sur 24 par IRM ou à défaut scanner avec imagerie de perfusion, en interne à l'établissement ou par convention ;
 - structurer la filière de prise en charge, via la convention entre l'unité neurovasculaire de recours (pratiquant la thrombectomie mécanique), l'unité neurovasculaire (UNV) de proximité et le service des urgences pour l'organisation de la prise en charge aigüe (dont la télé-thrombolyse) et des transports ;
 - améliorer la permanence des soins par le développement de la télémédecine et notamment la télé-expertise pour appuyer les services de proximité en réévaluant l'organisation de l'interprétation en neuroradiologie diagnostique ;
- **d'améliorer le recours aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) et à la prévention tertiaire** :
 - développer les SMR avec mention système nerveux ;

- développer l'accès systématique à la consultation pluri-professionnelle post-AVC dans chaque UNV ;
- consolider les ressources professionnelles en améliorant l'attractivité, en étoffant la taille des équipes, et en identifiant au sein des établissements de santé sans UNV ni service de neurologie une équipe médico-soignante formée à la prise en charge des AVC en post aigu ;
- organiser une offre de prise en charge en post-aigu pour les patients cérébrolésés graves ;
- poursuivre le déploiement et l'accompagnement du recueil des données de l'observatoire des AVC en Nouvelle-Aquitaine (ObA2).

Pour le parcours de santé des patients atteints **de pathologies cardiaques**, il s'agit :

- **d'accroître la pratique ambulatoire et diversifier les modes de prise** en charge en s'appuyant sur les dispositifs existants (notamment le programme de retour à domicile (PRADO) et le « Parcours insuffisance cardiaque » de l'Assurance Maladie) :
 - offrir aux patients des formes variées de rééducation (en hospitalisation complète, à temps partiel, à domicile, et en télé rééducation) et une éducation thérapeutique dès la phase aiguë et en réadaptation, pour restaurer la qualité de vie des patients ;
 - développer la télésurveillance à domicile des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (via l'appui notamment des infirmières libérales) et de développer les filières d'hospitalisation directe en unité de cardiologie lors des décompensations ;
 - développer la pratique ambulatoire dans les établissements autorisés en cardiologie interventionnelle ;
 - faciliter l'accès aux bilans cardiologiques à partir d'un service d'urgences ou d'une unité neuro- vasculaire notamment grâce à des conventions avec des cardiologues libéraux et hospitaliers, dans le cadre de l'AVC ;
- **de consolider les filières de soins coordonnées nécessitant la prise en charge rapide des patients** comme dans le syndrome coronarien aigu qui est une urgence médicale dont le pronostic vital et fonctionnel est grandement influencé par la rapidité de la prise en charge. Les délais de prise en charge peuvent être améliorés notamment par l'information et la sensibilisation à travers des campagnes d'information et de prévention annuelles rappelant l'appel au 15, les douleurs typiques et la sensibilisation des professionnels des services d'urgences, en ciblant notamment les femmes jeunes pour le syndrome coronarien aigu.

Les parcours de santé des patients atteints **d'autres maladies chroniques**, et notamment de maladies respiratoires chroniques (asthme, BPCO), de pathologies de la peau, de troubles du sommeil ou d'allergies, sont également à développer afin d'améliorer la qualité de prise en charge de ces pathologies.

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

Dans le cadre de la stratégie décennale cancer 2021-2030, une feuille de route est élaborée pour la période 2022-2025, qui sera révisée pour la période 2026-2030. Des actions prioritaires visant la qualité, la sécurité, et la continuité des prises en charge de patients doivent être déclinées au regard des spécificités, enjeux et besoins régionaux et territoriaux et des quatre orientations stratégiques nationales : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic et s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Les progrès thérapeutiques réalisés ces dernières décennies, qui bénéficient au plus grand nombre, renforcent cependant les inégalités d'accès. L'insuffisance de l'offre disponible en proximité sur les territoires les plus défavorisés a des conséquences en termes d'espérance de vie mais les évolutions numériques du système de santé ont vocation à améliorer la coordination des professionnels et la qualité de la prise en charge des patients.

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

Chaque patient doit donc pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un accompagnement psychosocial et professionnel adaptés, formalisés dans un programme personnalisé de soins (PPS), puis de l'après-cancer (PPAC).

Les départements disposant d'un centre de recours en cancérologie sur leur territoire - Centre hospitalier universitaire (CHU), Centre de lutte contre le cancer (CLCC) - sont ceux dans lesquels les fuites de patients sont les plus faibles. Ces fuites marquent une perception contrastée de la qualité de l'offre de soins en cancérologie qui peut engager certains retards de prise en charge qu'il est nécessaire de limiter le plus possible en créant les conditions d'une prise en charge rapide et de qualité sur chacun des territoires de la région.

Les évolutions du dispositif d'autorisation des traitements du cancer, vont avoir un impact majeur sur la continuité des prises en charge des patients atteint de cancer. Elles permettront de répondre aux enjeux prioritaires suivants : la désescalade thérapeutique, la prise en charge des séquelles de cancer, le déploiement d'innovations techniques et thérapeutiques.

Cette organisation impose de parfaitement décrire les niveaux de proximité, de recours et d'expertise et les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) devront désormais être organisées à la lumière de l'organisation de l'offre (RCP standard – RCP de recours – RCPPI et RCP cancers rares).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Dans le cadre de la feuille de route régionale cancer, l'objectif est donc d'organiser la cancérologie en parcours de soins et filières de prises en charge lisibles sur les territoires garantissant pour tous une prise en charge de qualité.

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

La qualité de l'offre de soins en cancérologie s'envisage dans les conditions visant à :

- veiller à ce que tout patient ayant bénéficié d'un dépistage organisé du cancer positif soit pris en charge en soins dans les meilleurs délais possibles ;
- garantir l'accès au dispositif d'annonce pour tous les patients dépistés, s'adapter aux publics fragiles, conformément aux recommandations de l'INCa : « Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer » d'octobre 2019 ;
- organiser des RCP standards et de recours régional ou d'expertise inter-établissements pour tous les patients en cohérence avec le nouveau dispositif d'autorisation des cancers avec formalisation et remise d'un PPS ;
- organiser l'orientation et garantir l'accès à un centre spécialisé dans la préservation de la fertilité pour tout patient en fonction du type de cancer ;
- déployer les infirmières de coordination en cancérologie (IDEC) dans les établissements de santé (dont CHU-CLCC) autorisés au traitement du cancer, dans l'objectif de garantir la continuité des parcours patients atteints de cancers complexes (dont patients âgés et vulnérables) ;
- poursuivre la mobilisation des IDEC pour améliorer l'interface ville-hôpital en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ;
- développer des prises en charge de patients atteints de cancers en hospitalisation à domicile ;
- s'assurer de disposer des compétences oncologiques pour développer les soins médicaux et de réadaptation avec mention oncologie ou onco-hématologie comme solutions d'aval adaptée ;
- systématiser la mise en place d'une consultation de fin de traitement avec remise du PPAC et favoriser l'orientation vers des soins de support adaptés notamment vers le dispositif « Parcours de soins global après le traitement d'un cancer » ;
- organiser pour chaque patient atteint de cancer en phase avancée, la continuité du parcours de soins avec les équipes de soins palliatifs y compris à domicile.

L'accompagnement global des patients atteints de cancer est incontournable et nécessite en outre de :

- développer des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) cancer en lien avec les établissements de santé autorisés et en ville en lien avec la ligue contre le cancer, notamment pour la prise en charge du cancer du sein (ante et post) et la chimiothérapie orale et/ou l'intégration totale avec une organisation transversale de l'ETP dans des établissements ou pôles spécialisés en oncologie ;
- déployer un modèle comparable au dispositif des patients-ressources « Parcours » de la Ligue nationale contre le cancer ;
- promouvoir la place des patients partenaires intégrés aux équipes soignantes, dans leurs missions d'accompagnement des patients et évaluer l'expérimentation mise en œuvre en 2019 ;
- développer des actions de coordination assurées par les plateformes territoriales de répit afin d'accompagner les patients et les proches aidants.

Le développement de la recherche clinique est une composante importante de l'accès aux innovations thérapeutiques. L'un des enjeux majeurs du parcours en cancérologie est de permettre un accès étendu et sécurisé aux essais cliniques quel que soit l'établissement dans lequel le patient est pris en charge. Les centres de coordination en cancérologie (3C) auront pour mission de veiller à ce que ces inclusions soient proposées le plus souvent possible aux patients. L'avènement de la médecine dite « personnalisée » et du séquençage à haut débit du génome des cellules cancéreuses permet d'ajuster les décisions

thérapeutiques afin de limiter les effets indésirables de certaines chimiothérapies actuelles ou traitements systémiques du cancer et de proposer aux patients des essais cliniques développant des traitements ciblés.

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

- développer un outil régional d'accès aux essais précoces interconnecté avec le Dossier communicant de cancérologie ;
- impulser une dynamique d'évolution des pratiques diagnostiques et thérapeutiques au regard de l'état des lieux régional par rapport aux équipements socles existants ;
- identifier les lieux d'usage de nouvelles thérapeutiques (chimiothérapies coûteuses - immunothérapies dont CAR-T cells, etc.) et les accompagner dans le cadre du bon usage et des bonnes pratiques à mettre en œuvre ;
- consolider la place des 3C pour améliorer l'accès rapide à l'innovation technologique et thérapeutique ;
- promouvoir l'accès à une offre adaptée en oncogénétique, déterminante pour accompagner l'accès aux modalités de prise en charge d'une médecine personnalisée ;
- favoriser davantage le développement de la chirurgie ambulatoire pour certains organes et notamment en intégrant la « Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) » pour la cancérologie ;
- conforter le renforcement des compétences des pharmaciens d'officine dans le champ des anticancéreux oraux.

Il apparaît par ailleurs nécessaire de poursuivre et régionaliser **la structuration de l'oncopédiatrie à partir des centres d'expertise et de recours régionaux et suprarégionaux** en assurant une approche concertée des prises en charge au niveau de la région. L'harmonisation de cette approche passe au plan régional par un meilleur accès et à une sécurisation des prises en charge en proximité (notamment pour ce qui concerne la chimiothérapie). Ce renforcement inclut des liens entre services de recours et services de pédiatrie de proximité, dont la participation à l'accompagnement des enfants et des familles, ainsi qu'à l'accès aux soins de support. Pour ce faire, des partenariats doivent être développés entre les services de pédiatrie générale des centres hospitaliers et les CHU pour la réalisation des chimiothérapies dans les hôpitaux périphériques. Par ailleurs, l'accès aux soins palliatifs pédiatriques est désormais effectif sur l'ensemble de la région (3 équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques). Cette harmonisation qui s'inscrit dans le cadre de la réforme des autorisations et celle des organisations interrégionales (OIR) en pédiatrie, exige la réalisation systématique de RCP pédiatriques pour tous les patients de moins de 18 ans. Le développement de centre d'expertise et de recours de cancérologie pédiatrique s'appuie sur les 3 CHU de la région.

L'organisation régionale de **l'accompagnement à la transition entre prise en charge pédiatrique et prise en charge adulte pour les adolescents et jeunes adultes (AJA)** doit s'articuler autour des objectifs prioritaires suivants :

- faire converger les filières de prise en charge pédiatrique en cancérologie et mettre en place des RCP de recours communes au sein de la région ;
- organiser la double contribution et expertise de la cancérologie adulte et pédiatrique aux décisions thérapeutiques prises en RCP (y compris accès aux essais cliniques et aux thérapeutiques innovantes) ;
- assurer un accompagnement adapté aux patients via un panier de soins de support et à des services relatifs à cette tranche d'âge avec une coordination spécifique du parcours au travers du dispositif régional « MARADJA » (Maison Aquitaine Ressource Adolescents et Jeunes Adultes) ;
- instaurer une structuration d'un dispositif de suivi à long terme des enfants et des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer dès 2023.

En conséquence, la définition des filières pour les cancers les plus incidents (cancer du sein, gynécologique, digestif, ORL, etc.), vise à permettre d'organiser la prise en charge graduée des patients (enfants, adolescents et adultes) en respectant les niveaux de proximité, de recours régional, inter-régional, voire national. L'ensemble des établissements autorisés à des activités de prise en charge des cancers devront s'inscrire dans ces filières.

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

Il s'agit alors de :

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

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

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

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

La loi confère au médecin traitant un rôle pivot dans l’organisation du parcours de soins coordonné des patients. Pour les patients au parcours de santé complexe, le médecin traitant ainsi que les autres professionnels de santé du premier recours peuvent avoir besoin d’un appui pour mieux évaluer la situation et mobiliser l’ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir le maintien au domicile du patient, d’anticiper les hospitalisations et organiser les sorties dans les meilleures conditions.

Dans ce contexte, un mouvement de convergence des dispositifs de coordination (réseaux, MAIA, expérimentations TSN et PAERPA,...) engagé dès 2016, a abouti récemment, dans la continuité des plateformes territoriales d’appui (PTA), à la mise en place des dispositifs d’appui à la coordination (DAC) prévus par la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Cette simplification du paysage vise notamment à améliorer la lisibilité et l’efficacité des fonctions d’appui à la coordination.

En parallèle, on a assisté à une montée en charge de la coordination entre les professionnels de santé du premier recours, avec notamment le développement des structures d’exercice coordonné (maisons et centres de santé) et le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Les **fonctions d'appui à la coordination** sont aujourd'hui bien structurées en Nouvelle-Aquitaine et offrent une meilleure lisibilité avec 12 dispositifs d'appui à la coordination (1 par département), s'appuyant sur un numéro unique régional et sur le même outil numérique de coordination des parcours (Paaco-Globule). Majoritairement issus de dispositifs gérontologiques, les DAC de Nouvelle-Aquitaine ont évolué vers la polyvalence en apportant un appui à la coordination pour les parcours de santé complexes, en faveur notamment des patients atteints de maladies chroniques. En outre, ils ont su contribuer à l'amélioration des parcours de santé et adapter leurs missions à la crise sanitaire (prise en charge des patients atteints de symptômes prolongés du Covid-19).

Forts de cette structuration, les enjeux pour les DAC sont aujourd'hui de :

- mieux faire connaître leurs missions auprès de l'ensemble des acteurs de santé, et en particulier de l'ensemble des professionnels de santé du premier recours susceptibles d'avoir besoin de leur appui pour les situations complexes ;
- accompagner l'évolution et l'harmonisation des pratiques au niveau des 12 DAC de la région ;
- contribuer à l'amélioration des parcours de santé, à travers notamment :
 - la contribution à la structuration de certaines filières et l'élaboration de protocoles de prise en charge (ex : covid-long) ;
 - l'identification des ruptures de parcours en jouant, en lien avec les autres intervenants, un rôle d'observatoire alimenté par l'ensemble des situations complexes gérées par les DAC ;
- renforcer les partenariats avec les acteurs locaux, notamment les CPTS.

Les structures d'exercice cordonné (maisons et centres de santé pluriprofessionnels et, de manière plus générale, les équipes de soins primaires) ainsi que les CPTS constituent un **cadre adapté pour la coordination des professionnels de santé** du premier recours et la coopération avec les autres acteurs de santé, dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins et des parcours de santé.

Ainsi, une attention particulière doit être portée sur :

- **l'accompagnement des projets d'équipes de soins primaires** (ESP, dont les maisons et centres de santé) et des CPTS, en lien avec les partenaires concernés (AVEC Santé Nouvelle-Aquitaine, Agora Lib', Unions régionale des professionnels de santé -URPS, Assurance maladie, Observatoire régional des urgences – ORU, etc.) :
 - mise à disposition d'éléments pour le diagnostic territorial (outil REZONE, données ORU,...) ;
 - appui à l'élaboration des projets de santé, à la contractualisation et à la mise en œuvre des missions attendues ;
 - mise en relation avec d'autres acteurs de santé ;
- **la mise en cohérence des différentes démarches de projet territorialisées** ;
 - articulation entre les DAC et les CPTS, qui peut notamment être favorisée par une participation aux instances de gouvernance respectives, par la mise en œuvre de protocole pour appuyer les missions socles des CPTS (faciliter l'accès à un médecin traitant des patients en situation complexe, organiser leur parcours de santé, développer des actions territoriales de prévention et de repérage des fragilités), et par une contribution mutuelle à l'identification des ruptures de parcours dans une logique d'observatoire ;
 - développement, dans le cadre des CPTS, de partenariats entre les professionnels de santé de ville et les autres acteurs de santé : établissements de santé (en particulier les hôpitaux de proximité dont les missions ont été renouvelées), établissements et services médico-sociaux ;
 - lien avec les autres démarches de projet territorialisés (contrats locaux de santé, contrats locaux de santé mentale, projets territoriaux de santé mentale,...) ;
- **La fluidification et la sécurisation des échanges** entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, notamment via la messagerie sécurisée et l'outil numérique de coordination Paaco-Globule).

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

Le déploiement du numérique en santé constitue depuis plusieurs années un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé. Si les usages restaient certainement en deçà des besoins et des potentiels, force est de constater que le numérique en santé a pris une nouvelle dimension depuis 2018 avec notamment un rattrapage important du retard dans notre secteur permis par la feuille de route nationale du numérique 2018-2022 dans laquelle la Nouvelle-Aquitaine s'est pleinement engagée.

L'enjeu des prochaines années sera de poursuivre cette dynamique en Nouvelle Aquitaine et de consolider les acquis en continuant à développer les usages dans un cadre éthique et sécurisé, et en poursuivant les divers déploiements et accompagnement des professionnels.

Puis, fort de toutes ces fondations existantes, il s'agira de pouvoir s'appuyer, de plus en plus, sur le numérique pour faire face aux défis majeurs que rencontre le système de santé (accès aux soins, développement de la prévention, amélioration de la qualité de la prise en charge, etc.).

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

En lien avec la feuille de route nationale du numérique en santé, les objectifs de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont les suivants :

- **développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé ;**
 - faire entrer Mon espace santé dans nos vies quotidiennes, pour gérer notre santé avec par exemple en Nouvelle-Aquitaine un parcours « santé des enfants » ;
 - développer une prévention personnalisée ;
 - rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données ;
 - accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique, en particulier les plus fragiles et les plus vulnérables ;
 - faire bénéficier à tous des innovations en santé numérique ;
- **dégager du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique ;**
 - permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge ;
 - simplifier et sécuriser l'accès des professionnels aux services numériques depuis leurs logiciels métiers et en mobilité ;
 - aider la montée en puissance des nouvelles organisations territoriales des professionnels avec une offre régionale clarifiée et des messageries instantanées interopérables avec par exemple en Nouvelle-Aquitaine le déploiement de l'outil régional d'e-parcours qui permet la coordination des professionnels ;
 - renforcer l'accompagnement de proximité et la formation des professionnels de santé, du médico-social et du social vis-à-vis du numérique ;
- **améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent ;**
 - renforcer l'information des patients et des professionnels sur la santé et l'offre de santé dans les territoires ;
 - développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique ;
 - promouvoir et articuler, entre elles, les plateformes numériques professionnelles de régulation médicale et de prise en charge urgente ;
 - diffuser largement l'application carte Vitale (ApCV) ;

- ▶ **déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé**
 - élaborer et mettre en œuvre un nouveau plan pluriannuel sur le renforcement massif de la cyber-sécurité pour tous les acteurs de santé et notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
 - co-construire et appliquer des référentiels d'exigences définies par secteur ;
 - créer un observatoire de la maturité numérique en santé ;
 - attirer des talents du numérique vers la santé ;
 - développer la recherche en santé numérique et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé.

Par ailleurs, au regard de l'accélération des usages de l'Intelligence Artificielle (IA) dans le domaine de la santé, l'ARS accompagnera les acteurs de la santé dans l'usage et le déploiement des solutions faisant appel à l'IA dans le respect de la bonne information des utilisateurs, de la qualité et de la sécurité des soins, de la relation soignant-soigné, de l'éthique et des réglementations européennes ou nationales existantes et à venir (supervision humaine). Ces objectifs devront être développés par l'ensemble des acteurs dans le respect de la protection des données de santé (cyber-sécurité).

2.2.5 Renforcer et diversifier les solutions d'accompagnement et de répit des proches aidants

Le « virage domiciliaire », la transformation des établissements médico-sociaux en dispositifs et services plus ouverts et plus inclusifs, renforcent le rôle des proches aidants dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. En France, en 2021, 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche âgé ou en situation de handicap.

Cette évolution entraîne, depuis 2018, une accélération du développement des dispositifs de soutien aux aidants, en particulier de l'accueil temporaire en établissement. Ainsi, la part de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire dans l'offre globale a augmenté, passant de 4,3 % fin 2020 à 4,6 % fin 2021 dans le champ du vieillissement, et de 9,3 % à 9,8 % dans le champ du handicap adulte. La couverture du territoire néo-aquitain en plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) s'est également poursuivie, avec désormais 2 PFR par département au service de l'information, du soutien et du répit des aidants. Dans le champ du handicap enfant, le principe d'un service minimum d'accueil en établissement 365 jours par an, sous la forme d'accueils de répit programmés, s'impose peu à peu, porté notamment par les enseignements de la crise sanitaire.

Dans les 5 ans à venir, ce mouvement doit s'amplifier, tant sur le plan quantitatif (augmentation des capacités d'accueil temporaire, création de nouvelles PFR...) que qualitatif (diversification des solutions de répit, expérimentation de dispositifs innovants, etc.). Conformément à la Stratégie nationale « Agir pour les aidants », 4 objectifs principaux seront poursuivis :

- *le renforcement et l'affirmation des PFR (ou dispositifs équivalents dans le champ du handicap) comme pilier de l'offre de répit*
 - *la consolidation et le positionnement de l'accueil temporaire comme dispositif de soutien au domicile*
 - *le déploiement de solutions de répit à domicile souples et modulaires, notamment pour les personnes avec troubles du spectre autistique*
 - *l'accompagnement des aidants et des aidés dans l'accès à une offre de loisirs et de vacances adaptée.*
-

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Le rôle fondamental joué par les proches aidants dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, et l'impact sur leur santé de cette fonction encore mal reconnue, nécessitent de **développer**, en juste proportion, **un ensemble de solutions de soutien** à cette fonction, depuis l'information et l'orientation dans les démarches jusqu'au répit à domicile, en passant par le soutien psychologique, la formation, l'accueil temporaire de l'aidé en établissement ou les activités de loisirs et de vacances.

Dans un contexte de situations très hétérogènes, la modularité de l'aide aux aidants conditionne son acceptabilité par les personnes concernées.

En matière de soutien aux aidants, la mise à disposition d'une offre, aussi variée soit-elle, n'est cependant pas suffisante en soi. L'importance des freins au recours – qu'ils soient psychologiques, géographiques, financiers, culturels – et le caractère informel des situations d'« aide » nécessitent le développement, en parallèle, de **dispositifs ambitieux de repérage des aidants et d'« aller vers »**, ainsi que la mise en place de solutions de transport diversifiées et adaptées, et la réduction du reste à charge financier pour les familles.

Enfin, dans un écosystème caractérisé par la multiplicité des acteurs institutionnels à l'initiative d'actions de soutien aux proches aidants (conseils départementaux, Agence régionale de santé, conférences des financeurs de la prévention et la perte d'autonomie, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, mairies et centres communaux d'action sociale CCAS/CIAS, caisses de retraite et d'assurance maladie, mutuelles, assurances, associations...), la mise en place **d'une organisation coordonnée à l'échelle des territoires** afin de garantir l'articulation et la complémentarité entre les différents acteurs s'accroît afin de simplifier le parcours des aidants, d'améliorer la visibilité de l'offre et, au final, d'augmenter le recours aux dispositifs.

Les enjeux de coordination impliquent de promouvoir le développement de stratégie territorialisée de repérage et de suivi des proches aidants, ciblée en particulier sur les personnes les plus fragiles et intégrant les jeunes en situation d'« aide ».

Le soutien aux proches aidants pour la période 2023-2028, qui nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs de terrain (établissements et services sanitaires sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé, collectivités, associations, instances de coordination (dispositif d'appui à la coordination – DAC, PFR, centre local d'information et de coordination gérontologique – CLIC), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) se déclinera, en articulation étroite avec les conseils départementaux, à partir des 3 objectifs opérationnels suivants :

- **mieux repérer, orienter, et soutenir les aidants**, et plus spécifiquement :
 - promouvoir la structuration de guichet unique d'informations et d'orientation vers les dispositifs d'aide aux aidants dans les territoires, qui en fonction des territoires et acteurs positionnés, pourrait être porté par une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR), la maison des solidarités ou de l'autonomie, une Communauté 360°, un DAC, etc. ;
 - améliorer le repérage des aidants. Cet objectif implique notamment de mieux former et informer les professionnels sur la situation d'aide et sur les outils de repérage existants (notamment la grille ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) validée par l'Organisation mondiale de la santé). Le guichet unique pourra assurer le traitement et le suivi des repérages, dans l'objectif de sécuriser le parcours des aidants ;
 - soutenir le repérage et les actions spécifiques en direction des jeunes aidants ;
 - mieux communiquer sur les dispositifs de soutien existants, en s'appuyant notamment sur les structures d'exercice coordonné, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les établissements et services médicaux sociaux (ESMS) et les associations ;
 - utiliser la pair-aide pour soutenir les aidants et valoriser leur expertise, notamment à travers le déploiement de la validation des acquis de l'expérience (VAE) des aidants ;





■ **renforcer la structuration une offre de répit territorialisée pour soutenir la vie à domicile, et plus spécifiquement :**

- développer et augmenter l'offre d'accueil temporaire en établissement (accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire) ;
- définir et structurer, territoire par territoire, l'offre de services des établissements et services sociaux et médico-sociaux en direction des aidants en intégrant la prise en compte de leurs besoins et de leurs attentes ;
- élargir les temps d'accueil et d'hébergement en établissement et en service, pour offrir une continuité d'accompagnement 365 jours par an, particulièrement en direction des jeunes mineurs en situation de handicap ;
- diversifier l'offre de répit (en établissement et en milieu ordinaire), en incitant les établissements sanitaires et médico-sociaux à co-concevoir avec les structures de droit commun (centres de loisirs, centres sociaux, organisations périscolaires...) des offres conjointes, innovantes et inclusives ;
- déployer des solutions de répit à domicile adaptées aux différents besoins, notamment à des situations de crise et d'urgence, ainsi que lors des temps de fermeture d'établissements ;
- accompagner le couple aidant-aidé dans l'accès à une offre adaptée de loisirs et de vacances.



■ **améliorer le recours à l'offre de répit**

- proposer des dispositifs « passerelles » vers le répit et développer l'« aller vers » les aidants ;
- expérimenter des lieux de répit, avec ou sans hébergement, pouvant accueillir simultanément les aidants et aidés ;
- renforcer les offres de répit de proximité sur les territoires « isolés », en y développant notamment des dispositifs itinérants (aller vers) ;
- lever les freins liés aux transports limitant l'accès aux offres de répit ;
- améliorer la solvabilisation des familles notamment pour l'accès aux prestations de répit à domicile ;
- stabiliser et former les équipes intervenant au sein des dispositifs de répit, en milieu spécialisé comme en milieu ordinaire, en particulier dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles cognitifs.

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

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

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

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

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

La construction progressive d'un **partenariat en santé usagers/professionnels**, associant également les élus et les collectivités territoriales, nécessite le développement d'actions d'information des citoyens sur les sujets qui les concernent en lien notamment avec France Assos Santé, la commission régionale santé autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé (CTS), les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) : sur les comportements favorables à la santé, sur l'environnement, la prévention, les dépistages, sur l'organisation territoriale des soins et des accompagnements. L'objectif est de donner au citoyen l'information nécessaire pour le rendre davantage acteur de sa propre santé et de celle de ses proches. Les informations devront être adaptées aux publics concernés en s'appuyant notamment sur les associations d'usagers et les instances de démocratie sanitaire en santé et être diffusées selon les modalités les plus pertinentes (débat public, conférence inversée⁸, Living Lab⁹, etc.).

⁸ La pédagogie inversée (ou « renversée », en anglais : « flipped classroom ») est une approche qui inverse la nature des activités d'apprentissage en assemblée et à la maison, ce qui amène une modification des rôles traditionnels d'apprentissage

⁹ Le Living Lab est une méthodologie où citoyens, habitants, usagers sont considérés comme des acteurs clés des processus de recherche et d'innovation, dans l'objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux.

Il conviendra également de diffuser largement la liste des sites Internet certifiés par la Haute autorité de santé (HAS) et celle des applications connectées validées par une instance reconnue.

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

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

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

- développer la culture de l'ETP, les compétences en ETP (formation intervenant et patients) ;
- soutenir l'éducation thérapeutique au bénéfice des publics les plus fragiles, des personnes souffrant de maladie neuro dégénérative et de maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, diabète, maladies cardiovasculaires, cancer, psychiatrie, etc.), ainsi que des personnes atteintes de maladies rares ;
- développer l'accessibilité des programmes d'ETP sur les territoires au niveau de l'offre de premier recours (avec la médecine de ville) ;
- promouvoir les différents types de participation des patients/aidants et des associations de patients dans les programmes et structures relais d'ETP.

Afin de renforcer **l'association des citoyens à l'élaboration des politiques territoriales de santé, des actions de santé** et à leur suivi dans une démarche innovante de démocratie directe, il conviendra de poursuivre et approfondir d'une part la participation des instances de démocratie en santé à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé, et d'autre part de développer la démocratie participative ou contributive, en associant plus directement, dans les territoires les usagers, les professionnels de santé et les élus, en lien :

- avec la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA), ses commissions spécialisées, et ses groupes de travail permanents ;
- avec les conseils territoriaux de santé sur l'élaboration et le suivi des futurs plans et projets territoriaux de santé, etc. ;
- avec les espaces de collaboratifs infra territorial constitués notamment par les contrats locaux de santé (CLS) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

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

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

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



AXE 3

**GARANTIR LA QUALITÉ,
LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE
DES PRISES EN CHARGES ET
DES ORGANISATIONS ET RENDRE
LE SYSTÈME DE SANTÉ PLUS
RÉSILIENT FACE AUX CRISES**

Axe 3 :

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des organisations et rendre le système de santé plus résilient face aux crises

- 3.1 Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques et des organisations
- 3.2 Améliorer l'efficacité et la pertinence des parcours de soins
- 3.3 Adapter les ressources humaines en santé aux besoins des territoires et aux nouveaux enjeux de prise en charge
- 3.4 Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles
- 3.5 Amplifier l'innovation, la recherche, l'observation en santé et l'évaluation
- 3.6 Promouvoir le développement durable

Notre système de santé doit faire face à des évolutions majeures pour s'adapter aux défis de la prochaine décennie.

La crise pandémique de la Covid-19 a démontré la nécessité d'une approche intégrée de la santé à toutes les échelles (internationale, nationale, régionale et locale). L'approche One Health « une seule santé » tient compte des liens complexes entre la santé des végétaux, des animaux et des êtres humains ainsi que des perturbations de l'environnement générés par l'activité humaine. Face au changement climatique et à la dégradation des environnements, aux modalités de propagation des maladies infectieuses, au développement de l'antibiorésistance etc., il s'agit de favoriser les collaborations entre l'ensemble des acteurs afin d'anticiper, prévenir, détecter le plus tôt possible et gérer les crises.

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

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

L'organisation des services en santé et leur coordination sont donc désormais indissociables de démarches d'amélioration des pratiques pour tous les acteurs mobilisés, afin d'apporter la bonne intervention de santé, pour la bonne personne, au bon moment et au bon endroit. Elles sont également indissociables des enjeux liés aux ressources humaines, à la formation des professionnels de la santé et des accompagnements, à l'évolution des modalités de leurs coopérations ainsi qu'aux démarches visant à l'amélioration de leurs qualités de vie et de leurs conditions de travail.

3.1. Améliorer la qualité et la sécurité des pratiques et des organisations

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

Néanmoins des marges de progrès existent. Il est nécessaire de déployer des actions de prévention sur l'ensemble du parcours de soins, en impliquant les patients et les résidents afin de leur apporter une meilleure sécurité tout en renforçant leur pouvoir d'agir.

3.1.1. Développer la culture du signalement auprès de tous les professionnels en associant les usagers

Tous les acteurs du système de santé, quel que soit leur champ d'action (sanitaire, médico-social et ambulatoire), doivent développer et partager une culture du signalement afin de proposer aux usagers un parcours de soins de qualité en toute sécurité quel que soit leur lieu de prise en charge en Nouvelle-Aquitaine.

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Le développement de la culture de sécurité passe tout d'abord par un **renforcement des connaissances et des compétences** des professionnels de santé dans ce domaine :

- mise en œuvre d'actions de formation initiale et continue des professionnels relatives à l'importance du signalement, à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à la gestion des risques ;
- utilisation de la simulation en santé pour former les professionnels à la gestion d'un événement indésirable grave associé aux soins, de préférence sous la forme d'actions interprofessionnelles.

Pour améliorer la culture de sécurité il convient de développer une **dynamique favorable de déclaration** dans tous les secteurs d'activité en développant une vision positive de l'erreur à tous les niveaux du système de santé et en partageant les retours d'expériences et les actions collectives d'amélioration qui ont suivi les signalements. Pour ce faire, des efforts doivent être réalisés afin de :

- mieux **faire connaître le circuit du signalement et faciliter la déclaration** par la dématérialisation des procédures notamment ;
- sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'importance du signalement en systématisant notamment des retours aux déclarants et en valorisant l'exploitation des données ;
- exploiter davantage l'ensemble des données pour une aide à l'anticipation et à la décision.

La reconnaissance et la gestion des risques *a priori* et *a posteriori* sont des facteurs essentiels de l'amélioration de la sécurité des soins. Pour renforcer cette appropriation par les acteurs de santé, il faut poursuivre, notamment par le biais du **réseau régional de vigilances et d'appui de Nouvelle-Aquitaine (RREVA-NA) :**

- une veille partagée et une coordination des expertises des acteurs des vigilances autour des signalements ;
- le partage d'expériences, de bonnes pratiques, d'outils et méthodes ;
- la mise en place d'actions régionales ciblées sur les situations à risque les plus prégnantes ;
- la valorisation des actions mises en place afin d'essaimer auprès du plus grand nombre ;
- la diffusion de la culture qualité dans les établissements de la région en améliorant la gestion des événements indésirables graves associés aux soins ;
- l'accompagnement des acteurs par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA) sur l'analyse des causes.

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

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

- une sensibilisation des usagers aux principes fondamentaux de sécurité de soins ;
- l'inclusion de représentants d'usagers ou de patients experts dans les démarches de gestion des risques ;
- la participation de patients experts aux actions de formation par la simulation en santé ;
- le développement de la **prise en compte de l'expérience patient** notamment dans le vécu de situations à risques et le développement de stratégies, associant les patients, pour les prévenir au cours de consultations ou d'hospitalisations par exemple.

3.1.2. Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et des organisations

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

Des marges de progrès existent pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et leur acculturation par les professionnels. Il est nécessaire d'encourager et soutenir les démarches d'amélioration continue de la qualité et de déployer les actions de prévention sur l'ensemble du parcours de soins, en impliquant les personnes prises en charge ainsi que leur entourage afin de leur apporter une meilleure sécurité. Dans ce contexte, la lutte contre les infections associées aux soins et la promotion du bon usage des antibiotiques constituent des objectifs prioritaires de santé publique, traduits, notamment, par l'objectif national de baisse de 20% de la consommation des antibiotiques d'ici 2025.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

L'ambition est **de promouvoir une culture commune de la qualité fondée sur l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles** en visant à améliorer la qualité des prises en charge en santé tout au long du parcours de soins ainsi que la coordination des partenaires sur les territoires.

Il s'agit :

- de questionner les pratiques professionnelles dans le cadre des démarches d'amélioration continue de la qualité des établissements ou services au niveau des territoires de la région Nouvelle-Aquitaine en favorisant le partage de l'information, les coordinations et l'innovation des acteurs et des partenaires, et de promouvoir le développement d'organisations apprenantes *via* ;
 - le renforcement de la prise en compte par les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) des résultats de certification ou d'évaluation sur la base des référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS), ou autres référentiels de certification (exemple : la certification Cap'Handéo / services et établissements autisme), afin de promouvoir le respect des bonnes pratiques professionnelles et d'accompagner les établissements ou services les plus en difficultés dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité ;
 - l'accompagner la certification périodique des professionnels de santé mise en place en 2023 ;
 - la mise en place une démarche d'évaluation et de contrôle des professionnels de santé libéraux ;
- d'améliorer le service rendu aux usagers en accompagnant la personne ou l'individu et en veillant au respect de ses droits fondamentaux *via* ;

- la réalisation d'un état des lieux sur la mise en œuvre des bonnes pratiques intégrant la parole et l'expérience de l'utilisateur, et notamment celles relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance, pour mesurer leur application effective et ainsi identifier des actions d'amélioration à mettre en œuvre ;
- d'améliorer l'information aux usagers sur les enjeux qualité et sécurité en contribuant à la diffusion des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et à la mesure de la qualité des prises en charge par une analyse des résultats dans le cadre du suivi de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Un axe de travail prioritaire sera consacré au suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins permettant d'assurer un suivi régional des résultats des IQSS et du dispositif IFAQ, et de mettre en place des actions régionales pour l'accompagnement des établissements au regard de ces résultats.

Les résultats des indicateurs et critères qualité, l'analyse de sources de données du système de santé disponibles (inspections-contrôles, réclamations, signalements d'événements Indésirables graves, retour des instances participatives des usagers etc.) alimentent le **programme régional d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** (PRAQSS) dont l'objectif est de décliner l'ensemble des axes stratégiques qualité / gestion des risques de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en actions opérationnelles afin d'en garantir la mise en œuvre et d'en assurer un suivi.

Un programme d'actions co-construit avec la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA) et les partenaires contribuera à atteindre ces objectifs en apportant :

- un accompagnement aux structures les plus en difficulté dans la mise en œuvre de leur démarche d'évaluation ou de certification ;
- un appui aux établissements sanitaires et médico-sociaux de la région dans l'analyse et la gestion des événements indésirables graves associés aux soins par la promotion de la culture positive de l'erreur ;
- un appui méthodologique aux professionnels de santé à l'amélioration continue de la qualité en particulier celle des parcours de soins et de prises en charge impliquant une pluralité d'acteurs (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux - ESMS, équipes de soins primaires, structures d'exercice coordonné, etc.) ;
- une méthodologie pour une meilleure prise en compte de l'expérience et de la parole des usagers.

Un **réseau régional Qualité/Sécurité/Pertinence** sera mis en place afin de diffuser et partager une culture transversale de la qualité.

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

- le suivi et l'analyse des événements indésirables graves au sein du réseau régional de vigilances et d'appui ;
- la promotion de l'accréditation des professionnels de santé et des équipes, notamment au sein d'une filière de groupement hospitalier de territoire (GHT) ou d'un territoire ;
- la promotion et la structuration des échanges et démarches de gestion des risques inter-établissements.

L'un des enjeux majeurs de **l'amélioration de la qualité est le développement de la politique de prévention du risque infectieux**. Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du risque infectieux et de l'antibiorésistance et de la feuille de route régionale, les actions à mettre en œuvre dans l'ensemble des secteurs de soins pour prévenir le risque infectieux, en collaboration avec le centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et le centre régional de l'antibiorésistance (CRATB) sont :

- la **promotion de la vaccination** et la mise en œuvre de la vaccination au plus près des publics cibles ;
- la promotion et le renforcement de l'application des **règles d'hygiène individuelle et collective** par l'ensemble des acteurs, professionnels de santé comme usagers et ce, dans tous les secteurs de soins (lavage des mains, port du masque, etc.) ;
- le renforcement de **systèmes de surveillance** et de gestion des infections associées aux soins (IAS), notamment pour les professionnels des trois secteurs de soins qui travaillent dans les structures médicosociales ou qui exercent en ville ;
- la structuration et le développement des dispositifs de maîtrise des risques infectieux émergents ou prioritaires (actes invasifs en chirurgie et bactéries multi-résistantes (BMR) et d'une approche prospective des risques en lien avec les services de l'Etat (DREAL / DRAAF).

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

- améliorer la surveillance des consommations et la qualité des prescriptions ;
- sensibiliser les professionnels et les usagers à l'usage raisonné, au bon usage des antibiotiques ;
- promouvoir les outils d'aide au diagnostic rapide et aux bonnes pratiques de prescription des antibiotiques ;
- développer le conseil en antibiothérapie par des référents régionaux et par des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie dans les trois secteurs de soins ;
- mettre en place des actions communes construites dans le cadre du programme régional de gestion du risque et d'efficience du système de santé (PRGDRESS) et s'appuyant sur le réseau de l'Assurance Maladie ;
- promouvoir une information et une implication du patient.

Pour agir, les leviers d'actions sont :

- le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- la sensibilisation permanente des professionnels des trois secteurs et du grand public ;
- la mobilisation en étroite collaboration de nos partenaires experts régionaux : le Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et le Centre régional en antibiothérapie (CRATB) créé en 2022, mais aussi l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), Santé publique France et l'Assurance Maladie ;
- le déploiement des dispositifs territoriaux d'appui aux structures et professionnels que sont les équipes mobiles d'hygiène (EMH) et les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) afin d'assurer un maillage territorial optimum.

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

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

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

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

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

3.1.3.1. Améliorer la prise en charge de la douleur

L'enjeu est de définir un parcours de santé permettant un accès à des soins et à un accompagnement adapté, individualisé et de qualité, dans des délais médicalement et éthiquement raisonnables aux personnes douloureuses chroniques sur l'ensemble du territoire de Nouvelle Aquitaine.

Il convient de permettre aux professionnels de ville de prendre en charge en premier et second recours la personne douloureuse chronique et d'organiser son parcours, et aux structures douleur chronique et aux services hospitaliers de spécialité de répondre aux besoins en recours ultérieur et en soutien.

Le renforcement des articulations ville-hôpital et le développement de services d'interface et de e-santé au service du parcours de la personne douloureuse chronique est incontournable.

L'organisation de la gradation des prises en charge doit permettre de réduire les délais d'attente des usagers pour une consultation spécialisée en structure douleur chronique. Les médecins et les autres professionnels de santé, ainsi que les autres intervenants et professionnels impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant une douleur chronique, en ville et à l'hôpital doivent orienter les patients vers une réponse adaptée grâce aux expertises existantes au plus près de leur domicile.

Toute personne, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La prise en charge de la douleur chronique, rebelle, intense et complexe est garantie en Nouvelle-Aquitaine. La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle existe dès lors que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

La prise en charge est notamment assurée par des « structures douleur chronique » (SDC) labellisées qui maillent l'ensemble du territoire régional. Un annuaire est disponible sur le site de l'ARS.

Ces structures doivent être polyvalentes (c'est-à-dire être en capacité de traiter l'ensemble des patients au moyen d'une offre de soins diversifiée), à l'exception de celles concernées par un exercice exclusif (cancérologie, pédiatrie). Deux types de SDC sont identifiés : les consultations et les centres qui peuvent toutes deux assurer des permanences avancées :

- les consultations assurent une prise en charge pluri professionnelle de proximité ;
- les centres assurent en outre une prise en charge médicale pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées) avec un accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. Ils doivent également réaliser des activités d'enseignement et de recherche.

L'objectif est de disposer d'au minimum une consultation pour chaque zone de recours et une permanence avancée par zone de proximité.

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

Pour ce faire, il est nécessaire de :

- ▶ promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur chronique dans le cadre du Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) dans l'objectif de pertinence et performances des prescriptions ;
- ▶ favoriser le déploiement du réseau régional des pompes intrathécales sur l'ensemble des territoires de Nouvelle-Aquitaine et promouvoir l'usage du dispositif ANATHEC ;
- ▶ réaliser un plan assurance maladie d'actions régionales intégrant notamment des préconisations concernant l'usage du fentanyl action rapide à destination de l'ensemble des médecins et établissements de santé sur la base de la cartographie de la consommation ;
- ▶ développer les travaux menés autour du mésusage des molécules antidouleur (opioïdes) avec l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) ;
- ▶ progresser dans l'usage de pratiques plus performantes et innovantes grâce aux nouvelles molécules et aux nouveaux traitements et notamment par des pratiques non médicamenteuses ;
- ▶ développer l'usage expérimental du cannabis thérapeutique pour les douleurs neuropathiques.

La réalisation d'une **feuille de route de prévention et d'anticipation de la douleur chronique en région** visera à promouvoir les bonnes pratiques professionnelles et la prise en compte de toutes les populations susceptibles d'être concernées.

3.1.3.2. Améliorer la prise en charge de la fin de vie

Les soins palliatifs sont les soins et l'accompagnement qui doivent être mis en œuvre chaque fois qu'une atteinte pathologique menace l'existence, que la mort survienne ou puisse être évitée.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement peuvent compléter, avec l'accord du malade, à tout âge, ou de ses proches, l'action des équipes soignantes.

Couvrant la période 2021-2024, le 5^{ème} plan national se structure autour d'une feuille de route dont les 15 actions doivent augmenter l'offre en soins palliatifs (tant en ville qu'en établissement de santé), programmer plus précocement les traitements dans le parcours de santé, développer la formation en soins palliatifs, soutenir l'expertise et les travaux de recherche et améliorer les connaissances dans ce domaine.

OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Avec une offre de 150 lits en unités de soins palliatifs (LUSP) et de 566 lits identifiés en soins palliatifs (LISP), 38 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et 3 équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) la région Nouvelle-Aquitaine se positionne comme l'une des régions les mieux dotées en France. Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est développée de manière significative et doit offrir une prise en charge adaptée dans les cas où des actes complexes et fréquents sont nécessaires.

Dans ce contexte, les objectifs pour les prochaines années sont les suivants :

- poursuivre la structuration et de la lisibilité régionale de l'offre graduée en soins palliatifs sur chaque territoire garanties par la cellule régionale d'animation des soins palliatifs (CAPalliatif) ;
- organiser l'activité de prise en charge en soins palliatifs par les 3 Equipes Régionales Ressources de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) qui œuvrent sur l'ensemble des territoires ;
- poursuivre le développement du projet expérimental relatif aux directives anticipées au CHU de Poitiers mené au sein d'une Cellule d'information et de recueil des directives anticipées (CIRDA), première cellule créée en France. Ce projet vise à être régionalisé et déployé au bénéfice de l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine ;
- développer les prises en charge en hôpital de jour (HDJ) pour répondre aux patients en capacité de se déplacer. Le développement des HDJ de soins palliatifs fait partie des mesures à développer dans le 5^{ème} plan soins palliatifs 2021 – 2024. L'enjeu en Nouvelle-Aquitaine est le déploiement de ces structures qui seront intitulées : « HDJ médecine palliative » où des patients ainsi diagnostiqués en situation palliative pourront bénéficier des soins de support adaptés ;
- optimiser les dispositifs d'astreintes en soins palliatifs qui ont été mis en place durant la période Covid-19 et ont concerné 19 astreintes en région Nouvelle-Aquitaine, en lien avec les objectifs du Plan national « développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 » ;
- développer une culture du soin palliatif plus étendue jusqu'au domicile et permettre aux proches et aux aidants de se former.

3.1.4. Promouvoir la réflexion éthique dans les soins et les accompagnements

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

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La réflexion éthique n'est donc pas un ultime recours mais bien le pilier d'une philosophie de prise en charge qui a vocation à irriguer les pratiques des professionnels de santé. En cela, **la réflexion éthique contribue directement à l'amélioration des pratiques et également à la qualité de vie au travail des professionnels** car elle permet de restaurer un sens que ceux-ci peuvent parfois ressentir comme perdu du fait d'un épuisement dans le faire laissant de moins en moins de place à la réflexion et à la prise de distance. Vue parfois de ce fait comme modalité d'accès à une forme de « ressourcement », la réflexion éthique est fondamentalement là pour penser l'adéquation, mais aussi les écarts, entre la finalité du soin et du prendre soin et l'action absorbée dans le continuum que constitue le quotidien. L'éthique surgit ainsi lorsque les protocoles, nécessaires mais non suffisants à eux seuls, ne suffisent pas ou plus à guider l'action. La nécessité de la réflexion éthique naît d'un constat simple : le partage des valeurs et des principes éthiques qui guident le soin et la relation d'aide, la volonté d'appliquer ces principes aux pratiques, ne suffisent à garantir ni que ces pratiques sont les plus adaptées à la situation et aux besoins de la personne ni l'accès au sentiment d'avoir « bien fait » ou suffisamment bien fait. C'est de cette insatisfaction qui prend sa source dans l'écart entre théorie et pratique que la réflexion éthique a vocation à traiter tant avec les professionnels qu'avec les citoyens-usagers du système de santé. La situation rencontrée lors de différentes phases de la crise Covid-19 illustre bien notre besoin d'éthique et l'apport de cette discipline.

L'Espace Régional d'Éthique Nouvelle-Aquitaine (ERENA) sera le point d'appui privilégié de la politique de promotion de la réflexion éthique et de diffusion des ressources et des formations permettant d'assurer une large appropriation des questionnements éthiques.

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

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

3.2. Améliorer la pertinence et l'efficacité des parcours de soins

L'amélioration de la pertinence des soins représente un enjeu majeur de santé publique car elle a une incidence positive sur la qualité et la sécurité des soins. C'est une notion évolutive dans le temps en raison de l'amélioration des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins. Il s'agit à la fois de promouvoir un juste accès pour tous à des soins de qualité, conformes aux recommandations, d'éviter les traitements ou les actes inutiles porteurs de risques pour les patients, de limiter la variabilité des pratiques et ainsi permettre l'allocation des ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population. En d'autres termes « la « bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, au bon patient aboutissant à un soin de qualité optimale ». La question de la pertinence des soins s'est élargie, initialement centrée sur les actes, elle concerne désormais un champ d'activités variées tels que les prescriptions, les hospitalisations et les parcours de soins et doit à l'avenir intégrer le risque environnemental dans les pratiques médicales à travers la sobriété des soins et les soins écoresponsables au bénéfice des patients.

L'enjeu régional consiste donc à sélectionner les axes prioritaires et à définir un plan d'actions permettant de réduire les variations de pratiques médicales et la consommation de soins médicalement non justifiée.

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

- la pertinence des actes chirurgicaux réalisés en établissement pour les thématiques où une forte variabilité des pratiques a été constatée (sur-usage ou sous-usage) ;*
- la pertinence des parcours de soins avec notamment celui des patients insuffisants cardiaques ;*
- la pertinence des prescriptions, en particulier celles des transports, des produits de santé (médicaments, produits et prestations) et des examens paracliniques.*
- la pertinence des modes de prise en charge (hospitalisation versus chirurgie ambulatoire) et des séjours (rééducation en ville au lieu de séjours en soins de suite et réadaptation) correspondant aux thématiques nationales de mise sous accord préalable (MSAP) ;*

La prescription des transports représente, en effet, un enjeu extrêmement important dans la mesure où le recours à des transports non adaptés à l'état de santé du patient est très coûteux pour la collectivité. Aussi, la priorité est-elle d'évaluer, à chaque prescription, la nécessité du besoin médical du transport et de veiller à mettre en cohérence le mode de transport prescrit avec l'état de santé du patient. La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a retardé le développement du transport partagé. Néanmoins cette modalité représente une des alternatives aux carences croissantes de transports sanitaires sur de nombreux territoires régionaux ainsi qu'un moyen de développement durable.

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

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La déclinaison opérationnelle est réalisée au sein du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). Ce plan régional, arrêté en 2022 pour 4 ans, est actualisé chaque année.

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

- ▶ mettant en œuvre des **groupes de pairs** et des dialogues avec les professionnels de santé, afin de les inciter à modifier leurs pratiques, dès lors qu'il existe :
 - une forte hétérogénéité **des pratiques en sur ou sous usage** (indication de l'acte, prescriptions, mode de prise en charge) par comparaison entre territoires et/ou entre établissements comparables ;
 - un diagnostic régional et/ou des recommandations HAS (Haute autorité de santé) et/ou un référentiel de bonnes pratiques permettant d'identifier le recours inapproprié aux soins et **définir un ou plusieurs leviers pour y remédier en :**
 - s'appuyant sur la contractualisation avec les établissements de santé pour formaliser des objectifs d'amélioration des pratiques **via le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ;**
 - favorisant les **appels à projets régionaux** : tels que sur la pertinence des actes d'imagerie diagnostique (2022/2024) ou celui relatif aux produits de santé dont l'objet porte sur la coordination Ville/hôpital (2021/2024) ;
 - s'inscrivant en complémentarité avec **les expérimentations menées au titre de l'article 51 ;**
 - **diffusant une culture de la pertinence** : sensibiliser, communiquer et fédérer les professionnels de la région, et dans chaque territoire, sur les enjeux de pertinence selon la thématique. Associer les usagers à ces réflexions afin d'agir collectivement, la pertinence étant l'affaire de tous. Faire connaître l'état des pratiques en région, et faciliter l'accessibilité aux recommandations de bonnes pratiques, intégrer cette démarche dans la formation initiale et continue.
 - déployant la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé ;
- ▶ ayant une approche **parcours de soins** sur un thème donné dès lors que cela s'avère pertinent afin de réunir autour d'un même sujet l'ensemble des acteurs impliqués (professionnels médicaux et paramédicaux de ville, établissements de santé sanitaire et médico-sociaux, communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, maisons de santé pluridisciplinaires - MSP, dispositifs d'appui à la coordination - DAC, pharmaciens, acteurs du numérique en santé...).

Le déploiement de la **plateforme régionale de commandes de transports sanitaires** engagé en 2019 auprès des établissements de santé et des transporteurs sanitaires touche à son terme ; environ 140 établissements sont équipés et une trentaine le seront en 2023. Une évaluation de l'outil a été initiée auprès des utilisateurs. Cette plateforme sera le support au développement du transport partagé.

Les perspectives, toutes thématiques confondues, portent également sur la prise en compte des aspects environnementaux et le développement des soins **écoresponsables**. Il s'agit d'un soin qui, à qualité et sécurité égales, est moins impactant pour l'environnement. Cette démarche consiste à prendre en compte les questions environnementales dans toutes les étapes du cycle de vie d'un produit ou d'un service : la conception, la fabrication, la distribution, l'utilisation et la valorisation en fin de vie. Pour les prochaines années les plans d'action ont vocation à inclure cette dimension.

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

Malgré des indicateurs régionaux plus favorables que la moyenne nationale et une progression des effectifs des professionnels de santé dans la région depuis 2018, la Nouvelle-Aquitaine n'est pas épargnée par la croissance des tensions sur les ressources humaines du système de santé que l'on observe depuis la crise sanitaire dans tous les secteurs : ville et hôpital, sanitaire et médico-social, professions médicales et paramédicales.

Les symptômes de cette crise sont nombreux : difficultés croissantes de recrutement en établissement aussi bien pour les professions médicales que pour les métiers du soin et de l'accompagnement, inégalités territoriales croissantes en médecine de ville du fait d'une extension des zones sous-denses et d'une concentration des nouvelles installations dans les zones les plus attractives, perte d'attractivité de certaines filières de formation du fait des conditions de rémunération ou des difficultés de l'exercice.

Cette crise multi sectorielle témoigne des fortes contraintes qui pèsent sur le pilotage des ressources humaines en santé :

- l'exigence de continuité des soins 24/24 et 365 jours par an qui est une contrainte d'exercice majeure pour de nombreux professionnels ;
- l'exigence de couverture territoriale et de présence de professionnels de santé sur l'ensemble des territoires afin de répondre à l'impératif d'égalité de l'accès aux soins ;
- l'exigence d'accès aux meilleurs soins qui impose d'une part une évolution des métiers dans le sens d'une plus grande technicité et d'une plus forte compétence, d'autre part un accès généralisé à des plateaux techniques modernes ;
- l'exigence démographique de renouvellement générationnel et de progression du nombre de professionnels de santé en activité afin de répondre aux besoins de santé croissants de la population ;
- la nécessité de concilier les attentes de la population et celles des professionnels de santé.

L'ampleur des enjeux et la complexité des sujets nécessitent d'une part un pilotage renforcé, d'autre part une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans le champ des ressources humaines.

L'Observatoire régional de la démographie des professionnels de santé (ORDPS) réunit donc l'ensemble des acteurs institutionnels régionaux : fédérations d'établissements, représentants des professionnels (ordres et unions régionales des professionnels de santé - URPS), acteurs de l'emploi (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités - DREETS, Pôle Emploi), acteurs de la formation (Universités, conseil régional, représentants des instituts de formation, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier - ANFH, opérateurs de compétences - OPCO Santé). Son ambition est de partager l'ensemble des éléments d'analyse et de prospective relatifs aux métiers de la santé dans la région et de coordonner le pilotage des politiques structurantes portant sur les trois principaux leviers d'action de la politique régionale en matière de ressources humaine en santé :

- la formation ;
- l'attractivité des conditions d'exercice ;
- l'évolution des métiers.

Le suivi des actions du PRS en matière de ressources humaines sera organisé dans le cadre de l'ORDPS.

3.3.1. Agir sur la formation pour répondre aux besoins de la région et des territoires

La formation des professionnels de santé demeure l'un des leviers les plus puissants de transformation de notre système de santé. Son cadre a été profondément transformé depuis 2021 par des réformes structurelles dont les effets se feront progressivement ressentir dans les années à venir et qui nécessitent un fort accompagnement des acteurs en région :

- fin du numerus clausus et introduction des objectifs nationaux et régionaux de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 avec pour la région Nouvelle-Aquitaine, une progression de +20 % du nombre d'entrants en 1er cycle de médecine depuis novembre 2021 ;

- réforme de l'ensemble des trois cycles de la formation médicale ;

- politique nationale d'augmentation des capacités de formation en instituts de formation des aides-soignants (IFAS) et instituts de formations en soins infirmiers (IFSI) dans le cadre du plan France Relance ;

- universitarisation des formations paramédicales.

Ce cadre renouvelé implique la structuration d'une véritable politique régionale de formation reposant sur la coordination des principaux acteurs de la formation : universités et unités de formation et de recherche (UFR), établissements de santé et instituts, conseil régional et ARS.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Concernant la formation des professionnels, les objectifs de l'ARS sont les suivants :

- **ajuster les capacités de formation aux besoins de la région et de ses territoires :**
 - accompagner l'augmentation programmée des médecins en formation qui accéderont en 3ème cycle en novembre 2026 en identifiant les spécialités prioritaires, en anticipant les parcours et les besoins en terrains de stage ;
 - soutenir les augmentations capacitaires au regard des besoins des territoires et des professions les plus en tension en structurant une démarche de prospective pluriannuelle des besoins en formation en lien avec le nouveau schéma régional des formations sanitaires et sociales porté par le conseil régional ;
 - favoriser le décloisonnement, la mutualisation et la complémentarité des centres de formation ;
 - recueillir et analyser au long cours les taux d'occupation, les suspensions provisoires ou définitives par institut et par département pour mesurer l'attractivité des formations ;
- **accompagner les modalités des formations initiales et continues aux nouveaux enjeux :**
 - faire coexister la sur-spécialisation croissante des maquettes de formation médicale et les besoins d'une offre de médecine polyvalente en organisant la gradation des soins dans les territoires ;
 - accompagner les innovations de simulation en santé ;
- **promouvoir l'entrée en formation pour les filières en déficit d'attractivité :**
 - mieux promouvoir les métiers du soin et de l'accompagnement en lien avec l'Education nationale ;
 - élargir le vivier des recrutements en développement de nouvelles voies d'accès : filières courtes en partenariat avec Pôle emploi, contrats d'apprentissage, notamment pour des personnes venant d'autres métiers ;
- **améliorer les conditions de vie des étudiants :**
 - améliorer l'attractivité des stages (projets pédagogiques, conditions de travail, plan d'amélioration du logement étudiant) ;
 - améliorer l'accompagnement individuel des étudiants en situation de fragilité ;



- **préparer l'intégration professionnelle des professionnels pendant leur parcours de formation :**
 - développer les stages dans les territoires et développer en lien avec les collectivités territoriales une politique d'attractivité et de promotion des territoires pendant les stages ;
 - soutenir la mission d'insertion professionnelle de l'université en accompagnant les projets professionnels des étudiants après le choix de la spécialité (promotion des postes offerts en sortie d'étude, contrats d'engagement de service public (CESP), opportunités de post-internat, etc.).

3.3.2. Promouvoir et soutenir l'attractivité des métiers de la santé en ville et en établissement

Notre système de santé est en tension tant en ville qu'à l'hôpital.

En ville, malgré la très forte progression des installations de professions paramédicales en libéral, l'accès au soin dont le médecin demeure le pivot est de plus en plus difficile dans les zones à faible densité où le renouvellement générationnel ne s'effectue pas. L'exercice libéral demeure majoritaire au sein de la profession médicale et il demeure attractif ; mais les territoires sous-denses qui cumulent des difficultés d'accès à l'emploi, aux services et à la culture n'attirent plus autant qu'avant les jeunes professionnels qui aspirent à une meilleure conciliation de leur vie personnelle et professionnelle.

En établissement, les effectifs tant médicaux que paramédicaux ont nettement progressé en Nouvelle-Aquitaine dans les cinq dernières années et la fonction publique hospitalière a bénéficié d'importantes revalorisations dans le cadre du Ségur. Pour autant le contexte de crise sanitaire presque permanent depuis 2020 et la constante nécessité d'adaptation des organisations de travail ont induit une dégradation des conditions de travail qui a pour conséquence la progression des taux d'absentéisme, la difficulté à fidéliser les professionnels, l'accélération du turn-over ainsi que des difficultés à maintenir l'offre de soin et à recruter dans tous les établissements y compris les plus attractifs.

Sur ces thématiques, beaucoup de chantiers sont nationaux mais leur déclinaison et l'animation des politiques de ressources humaines (RH) demeurent des sujets très locaux. L'accompagnement des professionnels et des établissements de la région en matière de politiques d'attractivité et de recrutement est donc une priorité qui conditionne toute la politique de l'offre de soins.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Afin de promouvoir et soutenir l'attractivité des métiers, les objectifs de l'ARS sont structurés autour des trois axes suivants :

- **faire face aux difficultés de recrutement des établissements de santé et des établissements médico-sociaux :**
 - soutenir la structuration de politiques RH de territoires : promotion des plateformes solidaires en médico-social, développement de politiques d'attractivité, de solidarités territoriales et d'équipes territoriales au niveau des groupements hospitaliers de territoires (GHT) ;
 - accompagner individuellement les plans d'attractivité des établissements les plus en difficulté ;
 - poursuivre la structuration de la plate-forme régionale de renfort RH afin de faire face aux crises saisonnières ;
 - développer une politique active de recrutement et d'accompagnement du parcours d'intégration des praticiens à diplôme hors Union Européenne lauréats des futures épreuves de vérification des connaissances (EVC) ;



- poursuivre le développement des collaborations entre le monde libéral et l'hôpital public initiées en période de crise ;
- développer des politiques régionales spécifiques pour les spécialités médicales et les métiers du soin identifiés comme les plus en tension ;
- **améliorer l'attractivité des conditions de travail en établissement :**
 - accompagner les chantiers nationaux de réforme des conditions de travail à l'hôpital : axe 2 du Ségur, missions en cours sur l'organisation du temps de travail, sur la permanence des soins, sur la gouvernance hospitalière ainsi que sur les assistants médicaux ;
 - intégrer dans le nouveau schéma régional de la permanence des soins des établissements de santé (PDSSES) la prise en compte de la pénibilité et de la soutenabilité des gardes ;
 - soutenir l'économie du temps médical par le développement des missions des auxiliaires médicaux (assistantat, protocoles de coopération, délégations et pratiques avancées) ;
 - soutenir la promotion d'une gestion dynamique des parcours professionnels à l'hôpital ;
 - soutenir les politiques de promotion de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) en sanitaire et en médico-social et faire de ces politiques des leviers d'une stratégie globale de fidélisation et d'attractivité ;
- **soutenir les politiques de la qualité de vie et des conditions de travail en établissements sanitaires et médico-sociaux et faire de ces politiques des leviers au service d'une stratégie globale de fidélisation et d'attractivité :**
 - intégrer les notions de QVCT, prévention, sinistralité, lutte contre les troubles musculo-squelettiques dans la nécessaire montée en compétences managériales des dirigeants et des encadrants du secteur ;
 - poursuivre les diverses initiatives d'amélioration de la QVCT des professionnels de santé dans le cadre des partenariats de l'ARS (CARSAT, l'ARACT, etc.) ;
 - poursuivre le déploiement et le financement d'actions concrètes et innovantes de QVCT (espaces d'échanges autour du travail, équipes mobiles de QVCT, formations, etc.) afin de prévenir et mieux faire face aux différents risques ;
 - promouvoir le bien-être au travail par l'adaptation des organisations soignantes : leviers organisationnels alliant vie privée/vie professionnelle des agents, etc. ;
 - faciliter l'accès aux services de santé au travail afin de mieux accompagner les professionnels et les établissements ;
- **renforcer l'attractivité hospitalière par la constitution d'équipes médicales de territoires** permettant la surspécialisation, une meilleure répartition du poids de la permanence des soins en établissements de santé, tout en garantissant l'accès aux soins sur les territoires. Ces équipes peuvent prendre la forme de fédérations médicales inter-hospitalières ou de pôles médicaux inter-hospitaliers. La mise en place de directions communes territoriales favorisera la mise en place de ces équipes ;
- **promouvoir l'exercice libéral dans les zones sous-denses :**
 - structurer en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'assurance maladie et les élus locaux des politiques mobilisant l'ensemble des leviers disponibles (attractivité des stages, aides à l'installation, environnement extra-professionnel, promotion de l'exercice coordonné) pour promouvoir l'exercice en zone sous-dense ;
 - appuyer et outiller le développement d'un véritable pilotage territorial de l'accès aux soins de premier recours.



3.3.3. Accompagner les coopérations professionnelles, le partage de tâches et l'évolution des métiers

Dans un contexte d'augmentation forte et continue des effectifs paramédicaux, et face au besoin de libérer et d'accroître le temps médical, notamment dans les zones sous tension, la coopération et la délégation de tâches entre professionnels de santé apportent une réponse innovante aux attentes des patients comme des professionnels. Elles contribuent à élargir l'offre de soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge et donc à améliorer les parcours de santé. Cela, en déléguant ou en transférant à des personnels paramédicaux certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins.

Ces nouveaux modes d'exercice contribuent également à renforcer l'attractivité des métiers de la santé, à la fois en permettant des perspectives de carrière et de compétences accrues pour les professionnels paramédicaux, et en contribuant à de bonnes conditions d'installation pour les jeunes médecins, qui portent une attention croissante à l'exercice pluri professionnel.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Les **protocoles de coopération** permettent une délégation d'activités ou d'actes de prévention, de diagnostic et de soins des professionnels de santé déléguants (généralement des médecins) vers des professionnels de santé délégués (généralement des personnels paramédicaux). 245 protocoles de coopération nationaux étaient déclarés en Nouvelle-Aquitaine en février 2023, dont près de 200 mis en œuvre par les professionnels libéraux. La poursuite de leur déploiement nécessite de :

- poursuivre la promotion et intensifier le déploiement des protocoles au regard des besoins des territoires, notamment les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés (SNP) ;
- augmenter le nombre de protocoles et accompagner la formation des professionnels en établissement de santé, particulièrement dans les secteurs les plus en tension s'agissant de la ressource médicale : service des urgences, périnatalité, radiologie, etc. ;
- accompagner les équipes dans la mise en œuvre de nouvelles modalités organisationnelles via l'élaboration de protocoles locaux ;
- renforcer le partenariat avec l'Assurance maladie afin de rendre plus lisibles les modèles économiques et lever les freins liés à la facturation.

Forme la plus aboutie de la coopération, la **pratique avancée** permet à des professionnels paramédicaux d'exercer dans le cadre d'un protocole identifié des compétences jusque-là dévolues aux seuls médecins dans les champs de la clinique, de la prescription médicamenteuse, des examens paracliniques, de la coordination, de l'orientation, de la recherche et de l'éducation. Elle réduit ainsi la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. On recensait, en mars 2023, 157 **infirmiers en pratique avancée (IPA)**, majoritairement salariés, dont 81% avaient été formés en Nouvelle-Aquitaine. 110 IPA étaient en cours de formation à la même date.

Afin d'amplifier le **plan de déploiement de promotion de la pratique avancée en région**, il convient de :

- permettre les échanges de pratiques et les retours d'expérience au sein du comité de pilotage régional installé en 2022 associant l'Assurance maladie, les fédérations hospitalières, l'ordre des infirmiers (CROI), les universités, IPA association, et des professionnels ;
- consolider voire augmenter l'offre de formation au diplôme d'état IPA en région, augmenter le nombre de professionnels formés à la mention urgences ;
- identifier les besoins et favoriser l'intégration des IPA en établissement de santé et médico-social, en lien avec les projets de territoire ;

- ▶ poursuivre selon les possibilités budgétaires annuelles la contribution au financement (appel à manifestation d'intérêt régional) des professionnels en formation, libéraux en structure d'exercice coordonné et ou en établissement (établissements de santé et établissements et services médico-sociaux - ESMS) en complémentarité des autres aides.

3.4. Prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Ces dernières années ont été marquées par la survenue de crises sanitaires de grande ampleur : la grippe H1N1 en 2009, les épidémies de rougeole en 2011 et 2018, la pandémie Covid-19 depuis 2020 ainsi que l'épidémie de Monkeypox durant l'été 2022. Par ailleurs, dans le même temps, des événements graves ont frappé la France à plusieurs reprises: des catastrophes naturelles : tempêtes (Xynthia, Irma ...), épisodes de sécheresse et canicule ayant favorisé les grands incendies de 2022 en Nouvelle-Aquitaine (Gironde et Landes), des actes terroristes, Paris novembre 2015 et Nice en juillet 2016, des conflits géopolitiques comme la guerre en Ukraine depuis février 2022, et plus récemment des cyberattaques impactant les secteurs hospitaliers et médico-sociaux.

Ces crises ont conduit à des réformes institutionnelles, des évolutions des dispositifs de sécurité civile et de veille et de sécurité sanitaire devant permettre de se préparer à faire face à ces risques et menaces. La préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), c'est-à-dire des événements inhabituels ou de grande ampleur susceptibles de mettre en tension le système de santé ou de perturber son fonctionnement, doit être construite aujourd'hui autour de l'organisation de l'offre de soins à l'échelle départementale, régionale et zonale afin de favoriser la résilience du système de santé. Ils doivent profiter également de la préparation aux grands événements à venir (Tour de France, coupe du monde de rugby ainsi que les jeux olympiques et paralympiques de Paris en 2024).

Notre système sera performant lorsqu'un continuum efficace et sécurisé existera entre la préparation des SSE, la veille des signaux quotidiens et la gestion de SSE.

Il doit s'appuyer, en premier lieu, sur un dispositif de veille performant. Les signaux reçus au sein de la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS permettent d'avoir une meilleure connaissance et donc une meilleure appréhension et réactivité face aux risques (épidémiques, situations sensibles de la région et SSE).

En effet, ces signaux émanant des acteurs de santé (professionnels de santé, usagers, opérateurs), fournisseurs ou des différents partenaires (Santé Publique France, préfectures, collectivités) peuvent impacter directement ou indirectement le système de santé.

Une attention particulière doit être portée aux risques émergents, ou ré-émergents qui progressent dans les domaines des maladies infectieuses, et de la santé environnementale (lutte anti vectorielle, algue ostreopsis, sites et sols pollués), en lien pour ce dernier aspect avec le plan régional santé environnement (PRSE).

La sécurisation des structures de soins et la cyber-sécurité restent prioritaires. En effet, le numérique se développant massivement dans le secteur de la santé, il n'est plus possible d'envisager la continuité du système de santé sans agir sur la continuité numérique. Face au contexte actuel et à la cyber criminalité, la « vigilance cyber » doit être une vigilance absolue et devenir une priorité à tous les niveaux.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La performance de notre système de santé, en gestion de crise, repose donc sur la solidité de notre dispositif de veille, de vigilance et d'alerte. En région, il est essentiel de :

- **consolider la plateforme** de veille et d'urgences sanitaires ;
- **d'inciter à la déclaration systématique et rapide** au Point Focal Régional (PFR), en promouvant notamment la dématérialisation (portail des signalements, eDO, événement indésirables graves liés aux soins - EIGS ...) afin de faciliter ces démarches ;
- sensibiliser nos partenaires, encore et toujours, sur l'importance de la veille grâce à l'animation du réseau et à la **diffusion de rétro informations régulières aux déclarants** ;

- mieux se coordonner entre les différents acteurs du système de santé en partageant **conduites à tenir et bonnes pratiques**.

La prévention et la gestion des SSE dans le domaine sanitaire nécessitent **l'implication, la coordination et l'acculturation de l'ensemble des acteurs** :

- les professionnels du premier recours (communautés professionnelles territoriales de santé - CTPS, service d'accès aux soins - SAS), les établissements sanitaires (dont leurs structures spécialisées services d'aide médicale urgente - SAMU, cellules d'urgence médico-psychologique - CUMP, centres d'enseignement des soins d'urgence - CESU, ...), les établissements et services médico-sociaux et autres opérateurs ;
- les acteurs impliqués dans la santé environnementale.

Cela implique également un lien constant avec les services de l'Etat, notamment les préfectures départementales ou zonale et leurs services déconcentrés, les collectivités territoriales, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ainsi qu'avec le service de santé des armées (SSA) et des opérateurs nationaux comme Santé Publique France.

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

Le dispositif ORSAN constitue le cadre territorial de la réponse du système de santé aux SSE. Il est construit autour de cinq plans opérationnels de réponse: l'accueil massif de victimes non contaminées (ORSAN AMAVI), la prise en charge médico-psychologique de nombreuses victimes blessées psychiques (ORSAN MEDICO-PSY), la gestion des tensions dans l'offre de soins liées à une épidémie ou un phénomène climatique et/ou environnemental (ORSAN EPI CLIM), la gestion d'un risque épidémique et biologique connu ou émergent dans le système de santé (ORSAN REB), et la prise en charge d'un risque nucléaire, radiologique ou chimique (ORSAN NRC). En complément du dispositif ORSAN régional, des dispositifs de réquisition et plan de renfort sont établis aux échelons d'intervention des préfets : un outil générique de réquisition à l'échelon départemental pour renforcer, le cas échéant, la réponse opérationnelle sanitaire pour la mise en œuvre des plans du dispositif ORSAN et un plan de mobilisation des ressources sanitaires à l'échelon de la zone de défense et de sécurité (PZMRS).

La réalisation du dispositif ORSAN permettra d'affiner la connaissance des risques, de décliner les stratégies de prise en charge en déterminant les parcours de soins et filières de prise en charge des patients sur les territoires, en définissant des objectifs opérationnels de réponse et en identifiant également leurs points de rupture qui feront l'objet d'un programme visant à maintenir ou développer les capacités de réponse.

Pour être opérationnel, ce dispositif devra :

- être **partagé et décliné par les acteurs du système de santé** qui constituent l'ensemble des opérateurs de soins dans tous les secteurs de l'offre de soins (ambulatoire de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux) ;
- **promouvoir la formation de l'ensemble des acteurs de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles**. Les formations théoriques devront être renforcées par la réalisation régulière d'**entraînements et d'exercices** associant tous les acteurs des différents niveaux territoriaux impliqués.

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

sécurisation des systèmes d'information et de mise en œuvre des mesures « d'hygiène informatique » / cyber-sécurité.

Concernant le risque numérique, qu'il s'agisse d'un accident ou d'un acte de malveillance, toute la chaîne de commandement et d'alerte doit être renforcée :

- avec des structures sanitaires et médico-sociales résilientes et entraînées (audits, plan de remédiations, exercices de crise annuel) ;
- en interne à l'ARS (échelon régional, niveau départemental, CVAGS,...) ;
- avec l'ensemble des acteurs concernés par la thématique et les services de l'Etat (préfectures, Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité, gendarmerie, Police Nationale, Agence du Numérique en Santé, Cert Santé, Agence Nationale de Sécurité des Systèmes d'Information, Campus cyber, collectivités territoriales).

L'ensemble de cet écosystème doit être maîtrisé, organisé et connecté pour agir de manière appropriée et coordonnée face à un incident numérique grave entraînant un impact sur l'offre de soins. En plus de cette gouvernance fonctionnelle de cybersécurité, il est important de renforcer la résilience des acteurs de santé notamment avec :

- la sensibilisation et la formation des acteurs à la cybersécurité ;
- la communication des alertes ;
- l'animation d'un réseau régional solidaire pour la sécurité des systèmes d'information ;
- la mutualisation d'outils et de services régionaux ou la promotion d'outils nationaux pour permettre à toutes les structures de bénéficier d'un socle minimal en sécurité numérique ;
- l'attractivité des métiers sur la sécurité des systèmes d'information dans le secteur de la santé.

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

L'innovation en santé peut se déployer selon des moyens et modes d'actions variés pouvant se décliner schématiquement selon 3 axes : l'innovation diagnostique et thérapeutique, l'innovation technologique et numérique et l'innovation organisationnelle et comportementale.

Les missions de l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'inscrivent dans des actions de pilotage et de développement de la politique de santé publique. Elles ont pour objectif de réguler et de garantir l'efficacité de l'offre de soins (ambulatoire et hospitalière) et de l'offre médico-sociale. Dans ce cadre, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a choisi de porter l'innovation sur ses territoires en permettant le déploiement d'expérimentations « Article 51 ».

Ce dispositif, issu de la loi de financement de la sécurité sociale 2018, permet en dérogation du droit commun, d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, véritables opportunités pour tester de nouvelles approches.

Dans un contexte de recherche de solutions pour répondre notamment aux enjeux du système de santé post Covid-19, les expérimentations article 51 constituent une source d'inspiration constante permettant de nourrir les réformes en cours ou à venir. Ainsi, une coopération inédite entre services de l'Etat et l'assurance maladie, permet de tester en « vie réelle » des modèles économiques et leurs modes de financement.

Ces innovations organisationnelles en santé contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé et peuvent être déployées en ville comme en établissement hospitalier ou dans les structures médico-sociales.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

Issues d'appels à manifestations d'intérêt ministérielles ou, pour la majorité d'entre elles, à l'initiative des acteurs des territoires selon une logique « ascendante », une trentaine d'expérimentations « Article 51 LFSS 2018 » sont actuellement déployées en Nouvelle-Aquitaine.

Ces nouvelles prises en charges bénéficient aux différents types de populations : enfant/jeunes, personnes âgées, personnes handicapées ou encore population adulte ou générale et ceci dans le cadre notamment de l'amélioration de la pertinence des soins et du développement des modes d'exercice coordonnés.

Pour la période 2023-2028, les objectifs opérationnels de la mission de l'ARS concernant le dispositif « Article 51 » se déclineront selon les axes suivants :

- accueillir les initiatives et idées éligibles au dispositif pour permettre l'émergence de nouvelles expérimentations dans ses territoires en vue notamment d'apporter des réponses aux besoins actuels comme l'amélioration de l'accès aux soins ;
- piloter, en coordination avec l'équipe nationale article 51, les expérimentations en cours pour leur déploiement optimal ;
- permettre l'accompagnement des fins d'expérimentation en fonction de leur devenir. En effet, chacun des projets fait l'objet d'une évaluation réalisée en fonction de critères de faisabilité, de reproductibilité et d'efficacité conduisant à différentes évolutions :
 - la prolongation/extension sur de nouveaux territoires en vue d'une nouvelle phase expérimentale ;

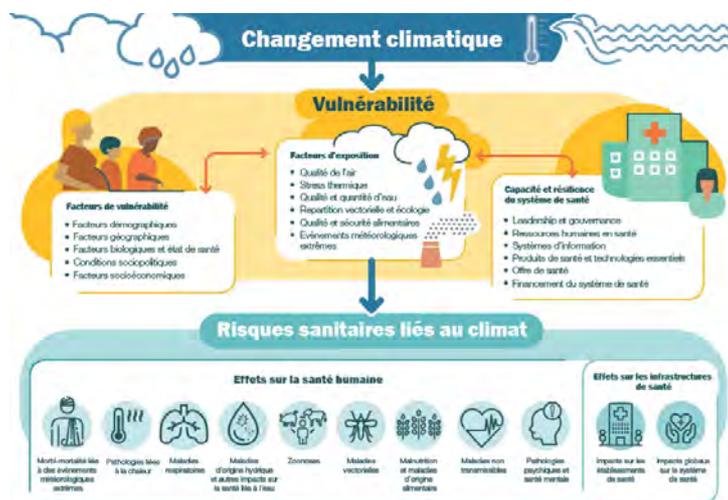
- l'arrêt des expérimentations pour celles ne pouvant pas être généralisées, phase nécessitant notamment l'accompagnement des acteurs et l'organisation des prises en charge des files actives ;
- la transposition des expérimentations dans le droit commun, étape nécessitant de nombreuses adaptations et notamment l'accompagnement au déploiement sur les territoires et l'élaboration de nouveaux outils.

L'observation, la collecte et l'analyse des données de santé, la recherche et la prospective constituent en outre un vecteur qui doit contribuer à l'évaluation des politiques de santé en région et à leur amélioration. Développer les modalités de recueil, d'analyse des données, développer l'évaluation des politiques de santé et la veille prospective, pendant la durée du projet régional de santé, reste une priorité qui impliquera concrètement :

- le suivi des évolutions de l'état de santé, des milieux et des déterminants de la santé ainsi que l'évaluation des principaux programmes déployés par l'ARS ;
- l'association de l'ensemble des partenaires de l'ARS, notamment au travers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé ;
- la conduite collective et régulière d'analyse prospective sur les évolutions à venir dans le système de santé régional et au-delà afin d'adapter le PRS en fonction des connaissances en vigueur.

3.6. Promouvoir le développement durable et la transformation écologique du système de santé

D'après le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), il est sans équivoque que l'influence humaine a réchauffé l'atmosphère, l'océan et les terres. La température s'est élevée de +1,1°C sur la dernière décennie. Des changements généralisés et rapides se sont produits dans l'atmosphère, l'océan, la cryosphère et la biosphère entraînant des conséquences sur les écosystèmes notamment la biodiversité et sur la santé des populations : propagation de maladies, augmentation des températures, ou encore aggravation des inondations et des sécheresses. Ce dérèglement climatique devrait profondément perturber notre système de santé qui va devoir s'adapter.



Source : OMS, Trad. ARS N-A

En 2050, la France s'est engagée à atteindre la neutralité carbone, ce qui implique de diviser nos émissions de gaz à effet de serre (GES) au moins par 6 par rapport à 1990. Les défis sont nombreux : réduire les émissions de gaz à effet de serre (quand on sait que le secteur de la santé participe à hauteur de 8 % des émissions totales nationales), décarboner, favoriser les substituts aux ressources fossiles, abaisser nos consommations, préserver les ressources... Il s'agit d'une véritable évolution vers un nouveau modèle économique et social, un modèle de développement durable qui renouvelle nos façons de consommer, de produire, de travailler, de vivre ensemble pour répondre à ces grands enjeux environnementaux.

Le SEGUR de la Santé l'annonçait dans sa mesure 14, l'objectif est d'accélérer la transition écologique à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Dans la région Nouvelle Aquitaine, l'objectif est également de travailler avec les acteurs hors établissements sur tous les territoires.

Au niveau régional, les émissions annuelles de GES anthropiques ont connu une baisse importante en 2020, en partie liée à la crise sanitaire (- 8,2 % par rapport à 2019), pour atteindre 44,3 millions de tonnes équivalent CO₂ (données provisoires, source AREC). Or, l'objectif à atteindre en 2050 est de 13,4 millions de tonnes équivalent CO₂ (source : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires- SRADDET). La réglementation participe à cette transition en apportant de nouveaux dispositifs contraignants, tels que les bilans de GES, mais selon la base de données de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), seulement 53 % des établissements de la région ayant une activité hospitalière seraient conformes à la réglementation visant à réaliser des bilans de GES.

Le secteur de la santé représente environ 12 % des consommations d'énergie du secteur tertiaire en France, et est, à ce titre, un levier important de réduction possible. Entre 2000 et 2010, le secteur a vu augmenter ses surfaces chauffées de 17 %, ses consommations énergétiques de 4%, et réduire ses consommations énergétiques au m² de 11 % (Chiffres clés, ADEME 2012). La consommation d'énergie finale de la région Nouvelle-Aquitaine atteint 182 719 GWh en 2015, soit 10,6 % de la consommation nationale (source AcclimaTerra).

Dans le secteur de la santé, de nombreux acteurs publics et privés se sont déjà engagés et conduisent des politiques qui œuvrent pour favoriser la transition écologique. Toutefois, elles ne sont pas déployées dans tous les établissements ni sur tous les territoires et de nombreux efforts restent à faire si l'on veut réussir cette transition écologique.

Les 17 objectifs de développement durable donnent la marche à suivre pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous, particulièrement le troisième objectif « Bonne santé et bien-être », afin de donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

La structuration **d'une gouvernance régionale et l'accompagnement du secteur de la santé vers la transformation écologique constitue une priorité**. L'enjeu est important et l'effort doit porter rapidement sur les organisations, sur les échanges, sur les partages de savoirs et d'expériences pour être plus efficaces.

Cette orientation vise à mutualiser et capitaliser les expériences et les outils pour que l'ensemble des acteurs se saisissent de cet enjeu et participent à la transition écologique afin de :

- mettre en place et animer **un comité régional**. L'objectif est d'installer une dynamique coordonnée, de proposer un lieu d'échanges, de partages (innovations régionales et extra-régionales) et de réflexion pour structurer et favoriser l'implication de tous les acteurs du champ de la santé ;
- accompagner les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux (ES/ESMS) et tous les acteurs de la santé sur l'ensemble des enjeux de décarbonation et de développement durable. Il s'agit notamment de soutenir les ES/ESMS et tous les professionnels de santé pour favoriser le partage des savoirs, inciter à la mise en place de formations et de sensibilisation, en tenant compte du bien-être au travail ;
- favoriser la mise en place d'outils structurants. L'objectif est de favoriser le partage des nombreux outils existants (nationaux, régionaux, locaux), qui peuvent permettre d'aider des acteurs à réduire leurs impacts, à adapter leurs organisations, à faire des états des lieux et élaborer des plans d'actions.

Encourager toutes les démarches visant à réduire l'impact sur le changement climatique constitue également un enjeu pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine. L'adaptation au changement climatique et la nécessaire transition écologique nécessitent d'opérer de nombreux changements dans de nombreux domaines : achats, déchets, énergie, eau, transports, biodiversité, alimentation, sobriété numérique, etc. Mais le secteur de la santé (établissements, soins de ville) a également des spécificités à intégrer : dispositifs médicaux, médicaments, type de déchets, etc.

Il s'agira de :

- promouvoir les **achats durables et responsables**. La mise en œuvre des achats durables ou responsables est un levier majeur dans les politiques d'achats pour respecter les clauses environnementales, favoriser des produits moins émissifs, privilégier les circuits courts ou encore réduire le recours à des substances à risque environnemental ou sanitaire. Cet objectif vise à faire connaître les processus, encourager, mutualiser, dans le respect des différentes réglementations ;

- ▶ encourager la **sobriété énergétique** et agir sur l'efficacité et la transition énergétique pour décarbonner. La Stratégie Nationale Bas-Carbone fixe des objectifs de réduction des émissions de gaz à effet de serre, avec des plafonds d'émissions à ne pas dépasser. Le défi à relever est d'abaisser les émissions de gaz à effet de serre de 5% par an jusqu'en 2050 afin de rester sous les +2°C. Il s'agit notamment de soutenir les dispositifs d'aides existants et de vérifier la réalisation des outils réglementaires incitatifs : bilans de GES, décret éco-énergie tertiaire. L'effort devra également porter sur la sobriété numérique et les transports ;
- ▶ **réduire les déchets**, et notamment réduire les quantités de déchets en prévenant la génération de déchets dès la phase de conception, en promouvant l'économie circulaire et le réemploi, la réutilisation et la réparation, en améliorant la collecte et en valorisant les filières avec l'ensemble des parties prenantes ;
- ▶ promouvoir les **soins et produits de santé durables**. Dans le rapport « décarbonner la santé » du Shift Project, l'analyse des émissions de gaz à effet de serre montre que 85% proviennent des émissions « indirectes » (hors sources fixe de combustion, consommation de gaz médicaux et d'électricité) dont 55% sont liés à l'achat de médicaments et dispositifs médicaux. De plus en plus d'actions sont menées dans les établissements afin que les pratiques et les produits soient plus durables, prenant en compte tous les critères de développement. Cet objectif est en lien étroit avec les travaux sur la pertinence des soins ;
- ▶ favoriser une **gestion raisonnée de l'eau** afin de préserver la ressource, tant sur les types de prélèvement que sur les rejets : récupération des eaux pluviales, utilisation raisonnée de l'eau potable, baisse de l'impact des rejets, etc. ;
- ▶ promouvoir une **alimentation durable** et notamment de promouvoir une alimentation saine, durable et locale dans la restauration collective des ES/ESMS. Cet objectif permet de prendre en compte toutes les dimensions de la santé mais également de tenir compte des impacts environnementaux. Il s'agira également de réduire le gâchis alimentaire ;
- ▶ **limiter l'utilisation de produits chimiques** (entretien, nettoyage, ...). Dans le cadre de la stratégie régionale de prévention et promotion de la santé environnementale autour de la petite enfance, de nombreuses actions ont permis de réduire les expositions aux substances chimiques des femmes enceintes et jeunes enfants. Cet objectif vise notamment à faire connaître ces recommandations, par exemple autour du nettoyage des locaux et de l'hygiène des mains, ainsi qu'à réduire le recours aux biocides et pesticides ;
- ▶ favoriser la **biodiversité**. Il s'agit de promouvoir des environnements agréables et respectueux de la biodiversité : végétalisation des établissements, jardins thérapeutiques, en accord avec les autres enjeux de décarbonation, et de la santé environnementale (utilisation de l'eau et des ressources, durabilité, essences locales et non allergènes, etc.) ;
- ▶ **sensibiliser les citoyens et les usagers** du système de santé. L'adaptation au changement climatique nécessite une prise de conscience globale. Les questions d'éducation, d'information, et de sensibilisation sont à renforcer, à favoriser, à déployer.

L'ensemble de ces objectifs opérationnels seront déclinés au sein de la **feuille de route régionale de la transformation écologique du système de santé** afin que les acteurs de la santé s'approprient les enjeux et adoptent une démarche globale de réduction de leur impact carbone.



**PROGRAMME
DE PRÉVENTION DES
VIOLENCES SEXUELLES ET
DE L'ACCÈS AUX SOINS DES
VICTIMES DE CES VIOLENCES**



Programme de prévention des violences sexuelles et de l'accès aux soins des victimes de ces violences

(Art. L 1434-2 du CSP)

En 2017, le Président de la République a fait de l'égalité entre les hommes et les femmes la Grande Cause du quinquennat. Cette grande cause a été renouvelée en 2022 à l'occasion des trois ans du Grenelle des violences conjugales. La lutte contre les violences sexistes et sexuelles en constitue le premier pilier. Depuis, l'ensemble des ministères et des acteurs sont mobilisés.

Les violences constituent un déterminant majeur de la santé notamment dans la mesure où elles en appellent d'autres. De nombreuses études ont ainsi mis en évidence les liens étroits entre l'expérience de violences sexuelles et des problèmes de santé (syndromes anxio-dépressifs, addictions, conduites à risques, troubles alimentaires, etc.) L'organisation mondiale de la santé (OMS) souligne ainsi que « le secteur de la santé joue un rôle essentiel dans la lutte contre la violence de genre, notamment la violence physique, sexuelle et émotionnelle, qui peut avoir de graves conséquences sur la santé physique, psychologique et reproductive » et que « l'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle. »

Les violences sexuelles sont définies par le Code Pénal comme tout acte sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise.

En 2021, en France on dénombre 213 000 femmes victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, et 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de viols et/ou de tentatives de viol. Il a également été recensé 125 000 femmes adultes victimes de mutilations sexuelles. Les enquêtes montrent que 16% des Français/Françaises ont subi une maltraitance sexuelle dans leur enfance et 80% des femmes en situation de handicap ont été victimes de violence.

Dans le cadre d'une réponse de santé publique adaptée aux besoins de la population victime de violences sexuelles, la prise en charge la plus précoce possible des victimes constitue à ce jour **un enjeu majeur de santé publique**, en plus d'un enjeu médico-économique non négligeable. La médecine légale est un outil indispensable d'aide à l'enquête policière et judiciaire, nécessaire au bon fonctionnement du service public de la justice et à la manifestation de la vérité.

La médiatisation du Grenelle sur les violences conjugales achevé le 25 novembre 2021, a généré de nouvelles attentes des structures, professionnels, associations etc. Les mesures portées comme l'extension du dépôt de plaintes dans les hôpitaux, la généralisation des unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques et la nécessité d'assurer la prévention et la prise en charge des violences conjugales liées aux addictions ont justifié notamment que ces dispositifs soient intégratifs et permettent une égalité d'accès aux prises en charge. En Nouvelle-Aquitaine, une attention particulière a été portée à la protection des victimes de violences en situation de handicap et un lien avec des centres ressources doit être établi pour garantir la mise en œuvre des actions et la formation des professionnels du secteur médico-social.

Une méthode d'élaboration concertée

Dans le cadre des travaux du Schéma Régional de Santé 2023-2028, **un groupe de travail « Santé – Justice »** a été mis en place et plusieurs réunions ont été dédiées à la médecine légale, la victimologie, les violences faites aux femmes, aux enfants, sexistes et sexuelles.

Aux côtés de l'ARS, ce groupe de travail associait l'ensemble des partenaires concernés : services de l'Etat, professionnels de la Justice, représentants des forces de l'ordre, professionnels de la santé (CHU, établissements de santé, centres régionaux du psychotraumatisme, ordres professionnels, URPS et fédérations hospitalières publiques et privées), universités, conseils départementaux, associations représentant les usagers ou les victimes de violences et associations intervenant dans la prise en charge de ces victimes.

Les propositions d'actions du présent programme sont issues des travaux de ce groupe et notamment des propositions recueillies lors de l'enquête régionale réalisée en 2022 auprès de l'ensemble des partenaires.

La synthèse des objectifs opérationnels portent sur l'ensemble des violences, la médecine légale et la proposition d'un programme de prévention des violences sexuelles et de l'accès aux soins de ces victimes de violences ont fait l'objet d'une dernière réunion en 21 février 2023.

Les violences sexuelles en Nouvelle-Aquitaine : Etat des lieux

La Nouvelle-Aquitaine dispose depuis 2020 d'un **Observatoire des violences sexistes et sexuelles**.

Dans son rapport publié en 2022, l'Observatoire fait apparaître une évolution constante du nombre de victimes de violences constatées par les forces de sécurité entre janvier et octobre de chaque année. Ainsi 455 victimes de viols et de violences sexuelles ont été dénombrées en 2020, 568 en 2021 et 748 en 2022, soit **une augmentation de près de 60 % en deux ans**.

Dans son rapport sur les femmes victimes de violences en situation de handicap en Nouvelle-Aquitaine publié en novembre 2021, l'Observatoire indique qu'elles subissent davantage de violences cumulées : 90 % relèvent des violences verbales et psychologiques, 60 % des violences physiques, 50 % des violences graves (viols, prostitution forcée, ...). La moitié d'entre elles n'ont jamais parlé de ces violences. Quand elles le font, elles se tournent préférentiellement vers la famille (48 %) ou un professionnel médecin (40 %) ou travailleur social (23 %). Parallèlement, 80 % des professionnels interrogés connaissent au moins une femme en situation de handicap victime de violences, 58 % de ces violences sont d'ordre sexuel.

En 2022, l'Observatoire a mené une recherche similaire sur les femmes victimes de violences en milieu rural. Tout comme les femmes en situation de handicap, les femmes en milieu rural cumulent les facteurs de risque d'agression. Les résultats mis en exergue montrent que l'isolement de ces femmes n'est pas que géographique, il est aussi moral, et que les stéréotypes de sexe fortement ancrés de même que le contrôle social sont des facteurs aggravants. Les victimes parlent davantage des violences subies. Lorsqu'elles en parlent, c'est majoritairement à la famille, aux amis et aux forces de sécurité. Plus de 40 % vont en parler à la gendarmerie et 20 % à un professionnel de santé, médecin ou pharmacien.

Face à ses violences, les professionnels de santé sont des interlocuteurs de première ligne vers qui se tournent les victimes et la réponse sanitaire de prise en charge des victimes de violences doit être consolidée.

L'accès des patients à une prise en charge médico-légale peut se faire par le biais de portes d'entrée différentes en fonction des situations et des âges (service d'urgences, service de médecine légale, service de gynéco-obstétrique, service de psychiatrie dont CMP, opérateurs de soins, services judiciaires...).

Aux côtés des services d'urgences et des centres médico-psychologiques spécialisés (CMP), l'offre spécifique régionale s'appuie notamment sur les Unités médico judiciaires et Unités médico judiciaires de proximité (UMJ et UMJP), les unités d'accueil pédiatrique pour l'enfance en danger (UAPED) et les structures de prise en charge du psychotraumatisme. L'enjeu est de structurer cette offre de soins dans tous les territoires de la région.

Un maillage territorial global en trois niveaux

Le schéma directeur de la médecine légale a prévu la création d'un maillage territorial à 3 niveaux couvrant la totalité du territoire national avec :

- un niveau régional, chargé de l'animation du réseau et de la formation des médecins légistes ;
- un niveau départemental, composé d'**unités médico-judiciaires (UMJ)** hospitalières dédiées à la seule médecine légale du vivant (antennes UMJ-Victimologie) : CHU de Bordeaux, Limoges, Poitiers et CH de Pau ;
- un niveau local, dit « réseau de proximité », qui comprend les services des urgences hospitalières, des médecins libéraux ainsi que des associations de médecins.

En 2021, le ministère de la justice a renforcé le maillage territorial de la médecine légale du vivant en créant deux nouveaux types de structure : **les unités médico-judiciaires de proximité (UMJP) et les annexes** qui peuvent être attachées à une UMJ ou une UMJP. Pour chacune de ces structures sont signés un protocole relatif aux modalités d'organisation de la médecine légale du vivant dans le ressort du tribunal judiciaire par le parquet, l'établissement de santé porteur et l'ARS, et, une décision d'attribution d'une subvention dans le cadre du renforcement de la médecine légale du vivant de proximité par le parquet et l'établissement de santé.

Des dispositifs dédiés à la prise en charges des femmes victimes de violences

Conformément à l'instruction du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire, un appel à candidature a été publié par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en juillet 2021 pour la mise en place de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, sur la base du cahier des charges régional. 7 dispositifs de prise en charge, sur les 18 projets reçus, ont été retenus : les centres hospitaliers universitaires de Bordeaux, Limoges et Poitiers ainsi que les centres hospitaliers d'Arcachon, Brive, Saintes et Pau.

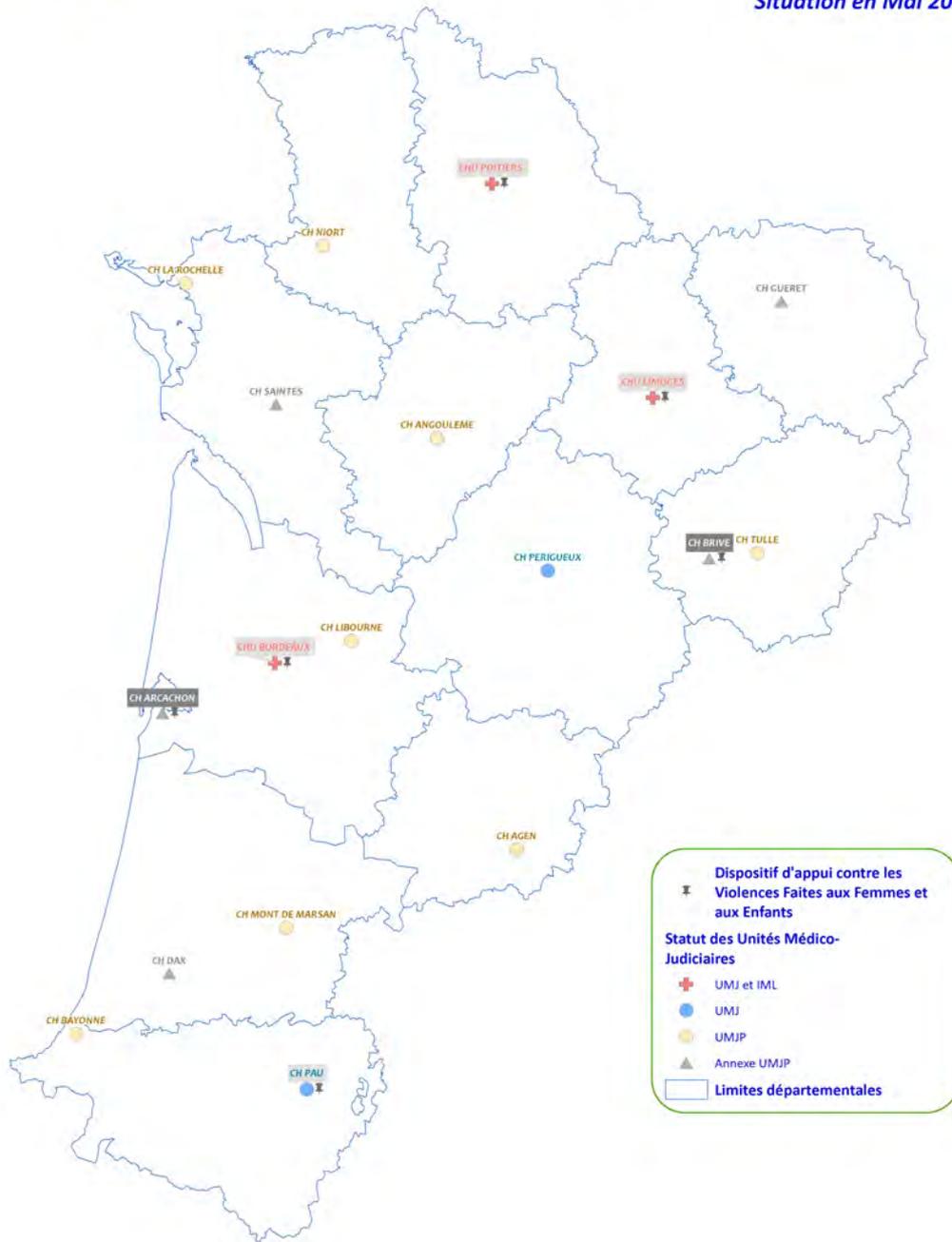
Les dispositifs sont **implantés dans des établissements de santé assurant a minima une activité d'urgences et de gynécologie-obstétrique**. Ils répondent aux principes généraux suivants :

- une vocation sanitaire, tout en proposant aux femmes un accompagnement social, médico-social et judiciaire adapté ;
- la capacité de fédérer une diversité de partenaires et d'organiser l'orientation des femmes, pour leur assurer l'accès à la diversité des prestations dont elles ont besoin ;
- un objectif de couverture territoriale des besoins des femmes, au-delà de la seule zone d'attractivité « naturelle » de l'établissement de santé porteur du projet.

L'ambition est de **compléter l'offre existante** en contribuant à organiser une **réponse hospitalière graduée** autour de dispositifs dédiés assurant une réponse spécialisée aux besoins des femmes victimes de violences.

Répartition régionale des Unités Médico-Judiciaires en Nouvelle-Aquitaine

Situation en Mai 2023



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - D03
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - D05, Pôle études et statistiques
- mai 2023

La prise en compte des enfants et des adolescents

Les violences à l'encontre des enfants et des adolescents comprennent selon l'OMS différents aspects : violences physiques, sexuelles et psychologique ainsi que les défauts de soins ou les négligences. Les violences subies durant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir des effets négatifs très importants et durables, représentant une lourde perte de chance en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. En effet, les enfants victimes de violences présentent plus de risques d'être atteints durant leur vie de maladies mentales et de troubles anxieux, d'adopter des comportements dangereux (abus d'alcool et de drogues, tabagisme et rapports sexuels non protégés), de souffrir de maladies chroniques ou de maladies infectieuses, et de rencontrer des problèmes sociaux, par exemple, l'échec scolaire et l'implication dans des actes violents ou criminels. Dans les pays occidentaux, on considère que 15 à 30 % des filles et jusqu'à 15 % des garçons sont exposés à des violences sexuelles.

Les professionnels de santé jouent un rôle majeur dans le repérage et la prise en charge. L'ensemble des professionnels de santé de première ligne (tout professionnel de santé libéral, les services de PMI, la médecine scolaire, les services d'urgences et de pédiatrie) sont donc essentiels. L'instruction du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences organise les actions à engager afin d'assurer leur prise en charge.

Afin d'apporter une réponse plus spécialisée à cette problématique et d'améliorer le repérage et le parcours des mineurs victimes de violences, notamment sexuelles, **des unités spécialisées d'écoute et de prise en charge** sont déployées sur le territoire : il s'agit des **unités d'accueil pédiatrique pour l'enfance en danger (UAPED)**.

Les UAPED ont pour vocation de répondre aux missions suivantes :

- ▶ lutter contre les inégalités d'accès aux soins urgents et à la prise en charge médico-judiciaire pour les victimes de violences ;
- ▶ favoriser un accueil et des prises en charge multidisciplinaires précoces adaptées ;
- ▶ garantir la continuité des prises en charge des victimes de violences.

Ces unités peuvent prendre en charge toutes les populations concernées avec notamment des organisations spécifiques pour la pédiatrie. Le développement des UAPED a pris son assise sur le dispositif pré-existant des unités médico-judiciaires (UMJ) et des unités médico-judiciaires de proximité (UMJP) qui assurent déjà la prise en charge des enfants pour un grand nombre d'entre elles.

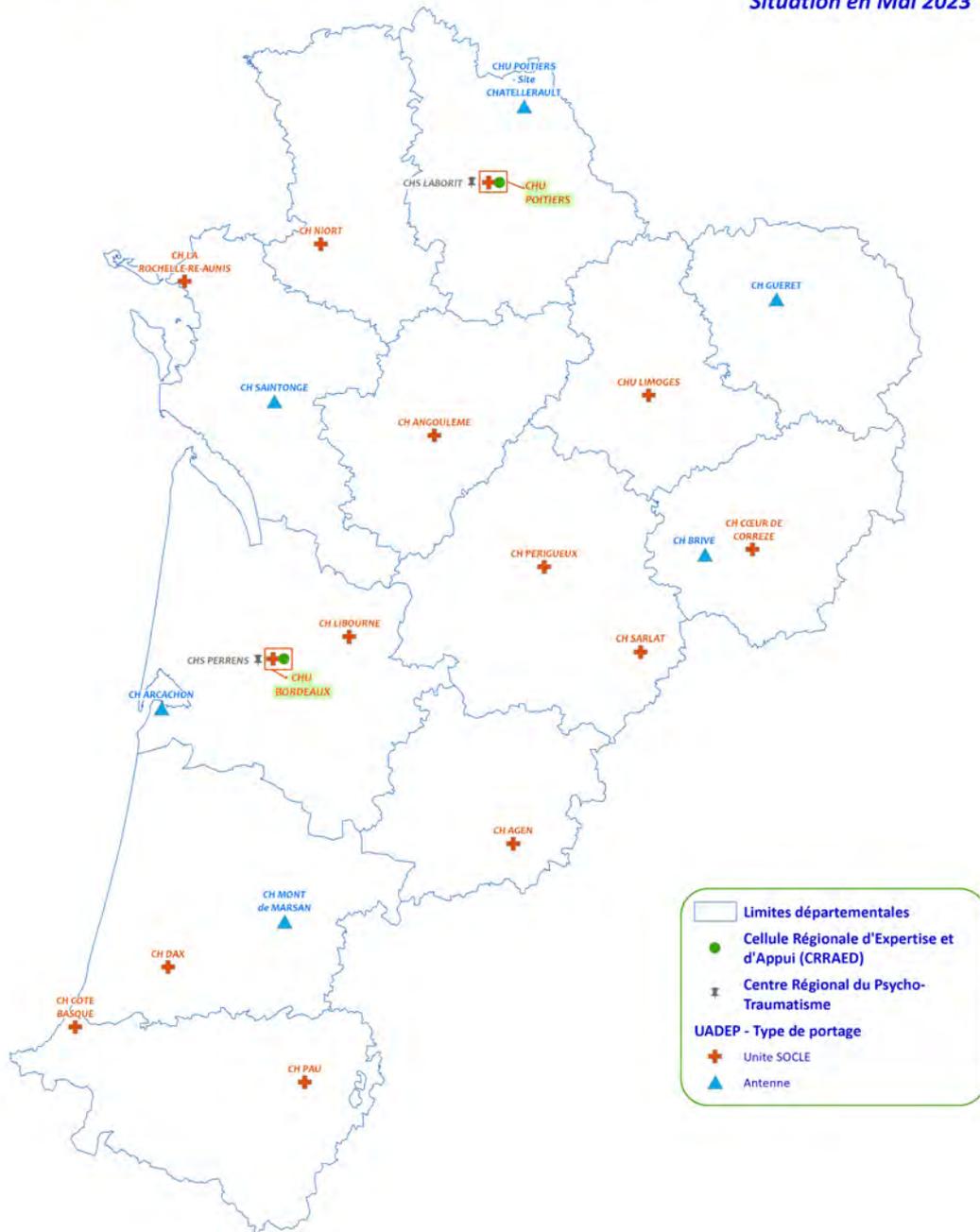
Les UAPED visent à offrir, dans un lieu unique, un accueil complet et sécurisé à l'enfant victime, afin de recueillir sa parole dans les meilleures conditions tout en permettant des soins dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire (médicale, médico-légale, sociale et judiciaire)¹⁰. Ces unités regroupent, dans un centre hospitalier, des professionnels du soin spécialisés en santé de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'une salle d'audition adaptée. Elles permettent ainsi de mieux coordonner les impératifs de soins et de protection des mineurs victimes avec les nécessités de la procédure pénale.

En complément, au titre d'une **mission de recours et d'expertise pour l'ensemble de la région**, les CHU de Bordeaux et de Poitiers ont été désignés pour la mise en place d'une **cellule régionale de recours et d'appui à l'enfance en danger (CRRAED)**. Cette cellule pédiatrique référente exerce sa mission à destination de l'ensemble des professionnels de santé, de 1er recours et spécialisés ; et plus largement d'animation de la réflexion sur le sujet de la prise en charge en santé des mineurs victimes de violences au sein de leur région. Ces missions sont exercées en étroite articulation avec les autres acteurs spécialisés dans les violences faites aux enfants (UAPED). Des collaborations étroites et formalisées doivent être systématiquement favorisées, notamment avec les centres régionaux du psychotraumatisme, ou encore les centres référents sur la mort inattendue du nourrisson.

¹⁰ Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.

Répartition régionale des Unités d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger en Nouvelle-Aquitaine

Situation en Mai 2023



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - D03
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - D05/D05-SP, B&E études et statistiques
-2021-2022

Enfin, les services de pédo-psychiatrie assurent un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles développés par les enfants et les adolescents victimes de violences. Les **centres médico-psychologiques (CMP)** de l'enfant et de l'adolescent jouent à ce titre un rôle pivot de la prise en charge psychiatrique. Ils assurent l'accompagnement au long cours en lien avec les médecins traitants et les équipes spécialisées (UAPED, centres régionaux du psychotraumatisme, ...). Suite à la mise en œuvre en 2020 du **dispositif régional de prise en charge du psycho-traumatisme** en Nouvelle-Aquitaine avec les deux centres Nord et Sud, la structuration de la filière du psycho-traumatisme dans les territoires à partir des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) est en cours.

L'ambition du présent programme est double : prévenir les violences sexuelles et sexistes (1) et assurer un accès aux soins facilité et de qualité aux victimes (2). Il s'appuie sur les dispositifs de droit commun mis en œuvre pour répondre aux besoins de prise en charge des victimes, tout en développant des spécificités et des approches ciblées nécessaires pour dépister, protéger, soigner et accompagner toutes les personnes victimes de violences sexuelles.

Axe 1 :

La prévention des violences sexuelles

Objectif 1 :

Sensibiliser et impliquer la médecine de ville et les professionnels de santé dans le repérage précoce des violences sexuelles



Les professionnels de santé de premier recours sont en première ligne pour échanger avec les patients et identifier les situations à risque. L'objectif est de favoriser leur formation. Les médecins, et l'ensemble des autres professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice sur l'ensemble des territoires, ont un rôle essentiel à jouer dans le dépistage et dans la prise en charge des situations de violences.

Actions programmées

- 1- Mettre une boîte à outils à la disposition des professionnels de santé ;
- 2- Proposer des formations au dépistage et repérage précoce des violences sexuelles ;
- 3- Sécuriser les pratiques des médecins libéraux par la réalisation d'un protocole local entre unité médico-judiciaire, Parquet et conseil Départemental de l'ordre des médecins.

Indicateur de suivi

- Nombre de protocoles locaux signés en NA (un protocole par Parquet).
Cible : 100 % des protocoles signés.

Objectif 2 :

Développer des actions de sensibilisation aux violences sexuelles à tous les âges de la vie



En 2022, près de 750 personnes à tout âge de la vie ont été victimes de viols et de violences sexuelles constatées par les forces de l'ordre selon l'observatoire des violences en Nouvelle-Aquitaine.

Actions programmées

- 4- Prévenir et sensibiliser aux violences sexuelles et à l'égalité des genres et à la sexualité les enfants et les adolescents en milieu scolaire et de loisir, en lien notamment avec l'Education Nationale ;
- 5- Prévenir et sensibiliser aux violences sexuelles les étudiants, en lien avec les chargés de mission égalité des universités, les adultes en situation de handicap et les jeunes parents ;
- 6- Prévenir et sensibiliser aux violences sexuelles les seniors et personnes âgées.

Indicateur de suivi

- Nombre d'actions de prévention et de sensibilisation aux violences sexuelles en établissements médico-sociaux inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM Personnes en situation de handicap et CPOM Personnes âgées).

Cible : 100 % des nouveaux CPOM intègrent des actions de prévention.

Objectif 3 :

Réduire la violence sexuelle sur les personnes vulnérables, notamment en situation de handicap

Le centre ressources régional « vie affective et sexuelle et accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap », dénommé « centre Intimagir », créé en 2023, doit permettre d'accompagner les professionnels, acteurs et personnes en situation de handicap sur le champ des violences sexuelles. Le déploiement progressif des services d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap (SAPPH) doit permettre de mobiliser des relais en département. Des actions spécifiques pourront être soutenues (Handigynéco : consultations gynécologiques assurées par des sages-femmes au sein des établissements médico-sociaux).

Dans le cadre des travaux partenariaux et de contractualisation avec les Conseils départementaux, le soutien et l'appui à la prévention des violences sexuelles auprès des mineurs, seront concertés avec les services de l'aide sociale à l'enfance afin de les outiller.

Dans une logique d'universalisme proportionné, les populations vulnérables peuvent également être spécifiquement impactées. C'est notamment le cas des travailleurs et travailleuses du sexe, particulièrement exposés aux violences et des publics LGBTQIA+ (Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Trans, Queer, Intersexe et Asexuel) également exposés aux violences en lien avec leur genre et identité sexuelles. Des actions de prévention, de santé communautaire et de réduction des risques sont à développer en faveur de ces publics.

Actions programmées

- 7- Développer des actions de prévention spécifiques aux populations vulnérables, notamment à l'attention des personnes en situation de handicap et des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ;
- 8- Développer des actions de prévention spécifiques en faveur des travailleurs et des travailleuses du sexe et des publics LGBTQIA+.

Indicateur de suivi

- Nombre d'actions et montant des actions émergeant sur la ligne « projets de prévention contre les violences ».
- Cible** : en augmentation sur la durée du PRS.

Axe 2 :

L'accès aux soins des victimes de violences sexuelles

Objectif 4 :

Améliorer le repérage précoce par le dépistage systématique des violences sexuelles



Le repérage précoce par le dépistage systématique des violences sexuelles constitue un maillon essentiel de l'accès aux soins des victimes et de leur prise en charge. Par ailleurs, protéger les enfants contre toute forme de violence est un impératif qui s'impose à tous. Cette protection est un droit garanti par l'article 19 de la Convention Internationale des droits de l'enfant (CIDE).

Actions programmées

- 9- Former de façon adaptée au repérage précoce et au dépistage systématique des professionnels de la santé et du social ;
- 10- Rendre disponible les outils de repérage précoce et dépistage systématique à l'ensemble des acteurs de la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles afin de mieux les orienter vers le soin.

Indicateur de suivi

- Nombre de formations au repérage précoce et au dépistage systématique.
Cible : au moins une formation annuelle par département pour les professionnels de santé et éducatifs.

Objectif 5 :

Garantir une offre de prise en charge des victimes de violences sexuelles par Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) afin de répondre aux besoins en proximité

Afin de faciliter les prises en charge des victimes de violences, il est nécessaire de mailler le territoire avec des unités spécialisées unité médico-judiciaire (UMJ), unités d'accueil pédiatriques pour l'enfance en danger (UAPED) mais également de favoriser les prises en charges adéquates dans tous les établissements de santé disposant d'un service d'accueil d'urgence ou d'une activité de gynécologie-obstétrique par la signature, avec les forces de l'ordre, police et/ou gendarmerie, de conventions permettant la prise de plainte pour violences conjugales au sein des établissements hospitaliers.

Au regard du maillage départemental proposé, le dispositif d'unité médico-judiciaire de proximité (UMJP) en complémentarité des UMJ existantes, doit être déployé à raison d'une unité par GHT, à l'exception de la Gironde de par sa population et du Limousin de par son étendue géographique (une par département).

Actions programmées :

- 11- Développer une UMJ ou une UMJP par territoire de GHT avec possibilité d'antennes territoriales selon les besoins identifiés pour faciliter l'accès aux soins des victimes ;
- 12- Développer une UAPED ou antenne d'UAPED par territoire de GHT pour répondre à la prise en charge spécialisée des violences sexuelles subies par des enfants,
- 13- Veiller à la signature des conventions avec les forces de l'ordre par 100% des établissements de santé disposant d'un service d'accueil d'urgence ou d'une activité de gynécologie-obstétrique.

Indicateur de suivi

- Nombre de patients victimes de violences sexuelles prises en charge par UMJ/UMJP et/ou UAPED et par GHT.
Cible : augmentation sur la durée du PRS du taux de victimes de violences sexuelles prises en charge en UMJ/UMJP/UAPED.
- Taux d'établissements de santé disposant d'un service d'accueil d'urgence ou d'une activité de gynécologie-obstétrique ayant signé la convention permettant la prise de plainte pour violences conjugales.
Cible : 100 % des établissements de santé concernés.

Objectif 6 :

Dépister et prendre en charge les vulnérabilités, en particulier le psycho traumatisme au moyen d'une offre de proximité

L'enjeu est d'identifier les besoins et les ressources en psychiatrie médico-légale sur chaque territoire pour répondre au mieux aux objectifs visés dans le cadre d'une collaboration inter institutionnelle des acteurs.

Actions programmées

- 14- Améliorer le dépistage des vulnérabilités, dont le psychotraumatisme, à partir d'une offre de formation et d'outils à disposition des professionnels et acteurs de la prise en charge des victimes de violences sexuelles ;
- 15- Garantir une offre spécialisée de prise en charge du psychotraumatisme des enfants et des adultes en proximité dans les territoires.

Indicateur de suivi

- Nombre de centre de consultations du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent par département (au moins un centre de consultations par département).
Cible : au moins un centre de consultations par département.

Objectif 7 :

Généraliser la mise en place du dossier conservatoire dans toutes les UMJ/UMJP pour préserver les preuves et garantir les droits des victimes de violences sexuelles



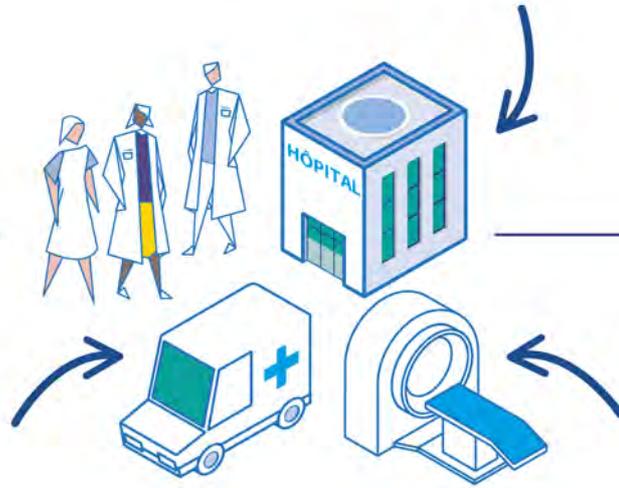
Les unités médico-judiciaires (UMJ) proposent désormais pour les victimes majeures de violences conjugales et les victimes majeures de violences sexuelles deux procédures spécifiques : le dossier conservatoire qui laisse à la victime un temps de réflexion de trois ans en ayant l'assurance que les preuves ont été recueillies et pourront être utilisées secondairement suite à un dépôt de plainte dans ce délai, et la procédure pré plainte hospitalière qui permet d'initier l'enquête judiciaire depuis l'unité. L'enjeu en région est que l'ensemble de ces structures proposent le dossier conservatoire d'ici la fin 2024.

Action programmée

16- Généraliser le dossier conservatoire dans toutes les UMJ et UMJP de la région.

Indicateur de suivi

- Taux d'UMJ /UMJP proposant le dossier conservatoire par territoire.
Cible : 100 % des UMJ/UMJP proposent le dossier conservatoire.



LES OBJECTIFS QUANTITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS

Zones du schéma régional de santé

Principes généraux

L'article L.1434-3 du code de la santé publique indique que « le schéma régional de santé (...)

- ▶ fixe, pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L.1434-9 :
 - a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ;
 - b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML) ;
 - c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- ▶ (...) définit l'offre d'examen de biologie médicale mentionnée à l'article L.6222-2, en fonction des besoins de la population ;

En conséquence, en vertu de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé doit fixer :

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

Les zones des activités de soins et des équipements matériels lourds

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

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

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

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

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

Le découpage retenu doit permettre :

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

Ainsi, le découpage proposé est le suivant :

- **1 zone de planification régionale**
Elle correspond à la région Nouvelle-Aquitaine.
- **4 zones de planification infrarégionale**
Il s'agit de l'ex-Limousin, l'ex-Poitou-Charentes, le nord ex-Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et le sud ex-Aquitaine (départements 40 et 64).
- **13 zones de planification territoriale**
Ces zones correspondent aux départements, à l'exception du département 64 divisé en deux territoires : Navarre-Côte Basque et Béarn et Soule.
- **26 zones de planification infra-territoriale**
Chaque zone de planification territoriale est divisée en 1 zone de proximité et 1 zone de recours (agglomérations les plus peuplées et disposant d'une offre complète), soit 13 zones de proximité et 13 zones de recours.

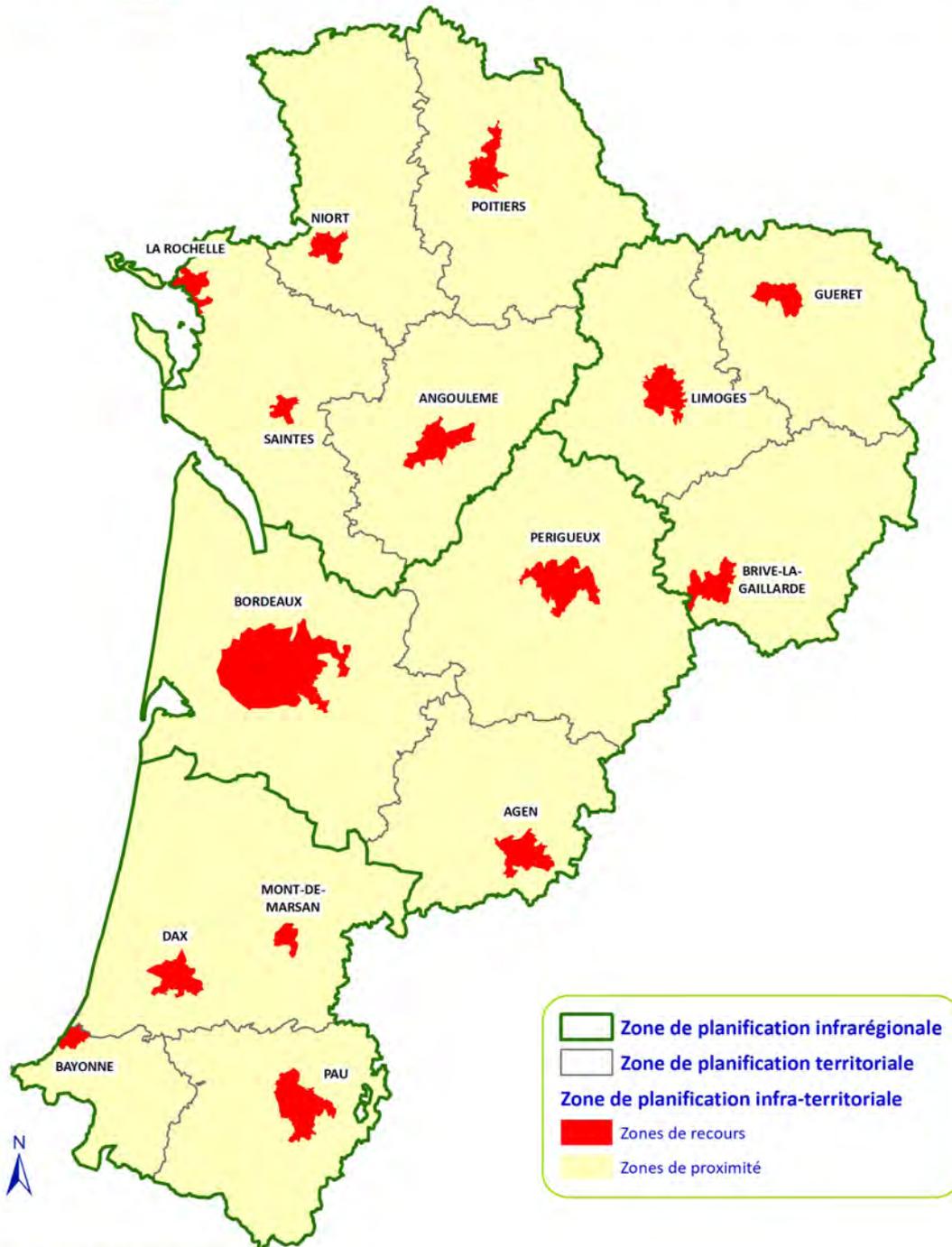
L'objectif générique de dissociation par territoire d'une zone de recours et d'une zone de proximité vise précisément à empêcher une massification des autorisations sur la zone urbaine qui présente déjà l'offre de soins la plus dense. Cette dissociation permet ainsi d'éviter le plus possible ce phénomène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

La zone de recours est déterminée au regard des communes identifiées par l'INSEE comme « communes appartenant à un grand pôle »¹¹.

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

¹¹ Commune appartenant à un grand pôle : commune d'une Unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois (définition INSEE) à l'exception de Bayonne pour laquelle l'agglomération Côte Basque-Adour a été retenue et de Pau pour laquelle l'agglomération a été retenue, Bretagne-de-Marsan est incluse dans la zone de recours de Mont-de-Marsan, Saint-Vaury et Sainte-Feyre sont incluses dans la zone de recours de Guéret et Roullet-Saint-Estèphe est incluse dans la zone de recours d'Angoulême.

Les territoires d'implantation des activités soumises à autorisation



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - Avril 2023
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, DDPSP, PES
Fonds de carte : IGN®

Les zones de biologie médicale

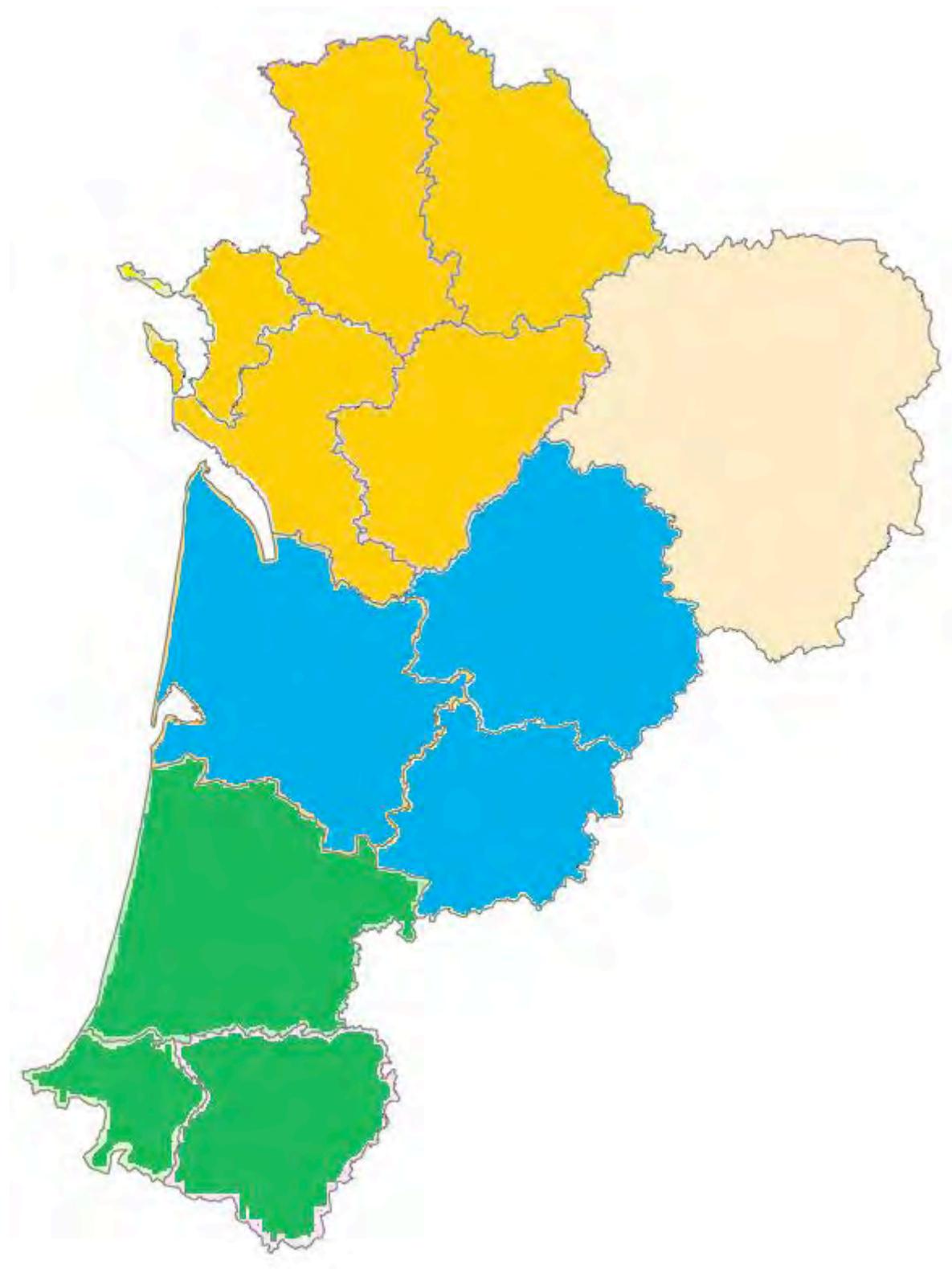
L'article premier du décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 codifié à l'article R. 1434-31 dispose que :
« Les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité mentionnées au b du 2° de l'article L. 1434-9 sont délimitées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elles peuvent être communes à plusieurs régions. Cette délimitation prend en compte l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, la communication des résultats des analyses dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins, et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3. »

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

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

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

Cartographie des zones du schéma régional de santé des laboratoires de biologie médicale



ZONES DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	
Zones du SRS de biologie médicale	
4 zones correspondant à l'ex-Limousin, à l'ex-Poitou-Charentes, le Nord ex-Aquitaine (départements 24, 33 et 47) et le Sud ex-Aquitaine (départements 40 et 64)	
Zones du SRS	Activités de soins et EML pouvant être autorisés
1 zone régionale Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement des grands brûlés - EML : cyclotrons à usage médical et caissons hyperbares
4 zones infrarégionales	<ul style="list-style-type: none"> - Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP) et activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN), - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales, - Chirurgie cardiaque, - Neurochirurgie, - Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, - Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques
13 zones territoriales correspondant aux départements, à l'exception du département 64 divisé en 2	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de longue durée (SLD), - Psychiatrie, - Hospitalisation à domicile (HAD)
26 zones infra-territoriales : 1 zone de proximité et 1 zone de recours par zone de planification territoriale, soit 13 zones de proximité et 13 zones de recours.	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine, - Médecine d'urgence, - Chirurgie, - Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, - Soins médicaux et de réadaptation (SMR), - Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale, - Traitement du cancer, - Equipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique, - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, en cardiologie, - Soins critiques, - Médecine nucléaire, - Radiologie interventionnelle

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins



Le schéma régional de santé doit fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs visant à prévoir l'évolution de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd soumis à autorisation énumérés aux articles R. 6122-25 et R. 6122-26 du code de santé publique.

Pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd et par zones présentées dans le chapitre précédent, des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) sont définis.

Les OQOS prévus aux articles D. 6121-6 et suivants du code de la santé publique doivent être :

- formalisés de façon chiffrée et non littéraire ;
- comptabilisés au niveau de l'entité géographique qui correspond au lieu de réalisation de l'activité de soins ou de détention de l'EML et non, de l'entité juridique, cette dernière pouvant couvrir plusieurs lieux géographiques ;
- fixés au niveau des différents zonages donnant lieu à la répartition des activités de soins et EML soumis à autorisation.

Le site géographique d'une implantation s'entend comme un ensemble parcellaire relevant d'une même entité juridique et composé de bâtiments contigus pouvant ou non être séparés par une ou plusieurs voies publiques.

Les OQOS du présent SRS sont impactés par la parution de plusieurs décrets fixant de nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement pour plusieurs activités de soins modifiées dans le cadre de la réforme du régime des autorisations d'activités de soins et équipements matériels lourds :

- Médecine
- Chirurgie
- Psychiatrie
- Soins médicaux et de réadaptation
- Activité de médecine nucléaire
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie
- Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie
- Soins critiques
- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
- Traitement du cancer
- Hospitalisation à domicile
- Activité de radiologie interventionnelle

Par ailleurs, les activités de soins précédemment organisées dans le cadre des Schémas Interrégionaux de Santé (SIOS) sont désormais intégrées aux différents SRS et doivent ainsi faire l'objet d'OQOS régionaux :

- Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale
- Traitement des grands brûlés
- Chirurgie cardiaque
- Neurochirurgie

Zone régionale

Traitement des grands brûlés

Les activités de soins traitement des grands brûlés, ainsi que les activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, de greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, ne feront plus l'objet d'un schéma interrégional de santé (SIOS).

En effet, le décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé porte modification du niveau de planification des activités de soins de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, de traitement des grands brûlés et des greffes.

Les dispositions du décret entrent en vigueur le 1er juin 2023. Les dispositions des SIOS, en vigueur à la date de publication du présent décret, relatives à ces activités, demeurent applicables, dans chaque région, jusqu'à la publication, au plus tard le 1er novembre 2023, du PRS-SRS.

Cadre juridique

L'activité de soins de traitement des grands brûlés était planifiée par :

- ▶ le SIOS Sud-Ouest **Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées** 2007-2012 (**grands brûlés**, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, chirurgie cardiaque) ;
- ▶ et le SIOS Inter région Grand Ouest Bretagne, Centre, Pays de la Loire, **Poitou-Charentes** 2014-2019 (neurochirurgie, neuroradiologie, chirurgie cardiaque, **grands brûlés**, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques).

L'activité de traitement des grands brûlés consiste à prendre en charge les patients atteints de brûlures graves par leur étendue, leur profondeur ou leur localisation.

Les **brûlures graves** sont des brûlures qui couvrent :

- ▶ au moins 20 % de la surface corporelle chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ▶ au moins 30 % de la surface corporelle chez les patients âgés de plus de 5 ans ;
- ▶ et/ou des brûlures des voies respiratoires.

60 % des patients brûlés présentent **des brûlures dites intermédiaires**, c'est à dire sans risque vital, et sont pris en charge en dehors des centres de traitement des brûlés (CTB).

L'activité devrait être concernée par la réforme du régime des autorisations sanitaires d'ici la fin du PRS.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Il y a 23 CTB autorisés en France (dont l'Hôpital Inter Armées de Percy), disposant sur le même site de moyens coordonnés permettant d'accueillir et de dispenser des soins à tout moment :

- ▶ aux patients nécessitant des soins spécifiques de réanimation ;
- ▶ aux patients nécessitant des soins chirurgicaux spécifiques.

Ces CTB assurent également des missions d'expertise, formation, prévention et de construction d'une filière de soins avec les SSR spécialisés brûlés.

La région Nouvelle-Aquitaine compte un seul établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de traitement des grands brûlés, à savoir le CHU de Bordeaux, centre de référence en matière de soins des grands brûlés. Cet établissement de santé doit permettre de répondre aux besoins courants de prise en charge des grands brûlés adultes et des enfants sur deux sites.

Le maillage pour les patients brûlés graves est pertinent : l'hospitalisation a lieu dans un centre de traitement des grands brûlés (CTB) pour la quasi-totalité des patients, mais doit bénéficier de la part du CTB régional et des 3 CHU d'une meilleure animation et formation des services d'urgence et des SAMU, avec télé expertise et connaissance d'un circuit de recours clarifié.

La région Nouvelle-Aquitaine comptabilise pour ces 3 dernières années :

	Séjours adultes	Séjours enfants
2019	33	15
2020	31	15
2021	25	11

Principes généraux de détermination des implantations

L'activité de l'offre de soins des grands brûlés est une activité spécialisée régie par les décrets du 20 août 2007.

La région Nouvelle-Aquitaine compte un seul établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de traitement des grands brûlés. Cet établissement, centre de référence en matière de soins des grands brûlés, permet de répondre aux besoins de prise en charge des grands brûlés adultes et enfants.

Ainsi, une seule implantation est prévue pour cet établissement, pour la modalité « traitement des adultes et des enfants ».

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NOUVELLE-AQUITAINE

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Traitement des grands brûlés - adultes	1		1
Traitement des grands brûlés - enfants	1		1

Equipements Matériels Lourds : caissons hyperbares et cyclotrons à utilisation médicale

Cadre juridique

Avec la réforme du régime des autorisations d'activités de soins, qui a créé les activités de soins de radiologie interventionnelle et de médecine nucléaire, et qui permet de délivrer des autorisations d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique, les seuls équipements matériels lourds (EML) pour lesquels les OQOS restent fixés en nombre d'appareils sont :

- ▶ les caissons hyperbares ;
- ▶ les cyclotrons à utilisation médicale.

Le **caisson hyperbare**, également appelé caisson de décompression ou chambre hyperbare, est une installation médicotechnique étanche au sein de laquelle un ou plusieurs patients peuvent être exposés à une pression supérieure à la pression atmosphérique, ce qui permet principalement d'accroître l'oxygénation des tissus. L'activité de médecine hyperbare est une activité hautement technique exercée par une équipe de professionnels expérimentés et rompus aux situations d'urgence.

Les pathologies qui relèvent de ce traitement sont l'intoxication par le monoxyde de carbone, les accidents de décompression (plongée), les embolies gazeuses et également les maladies ou les accidents pour lesquels le traitement par oxygénothérapie hyperbare vient renforcer l'efficacité d'autres traitements.

Le **cyclotron à utilisation médicale** est utilisé pour l'activité de protonthérapie qui est une forme de radiothérapie irradiant de manière très ciblée les tumeurs de l'enfant et de l'adulte.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

1 caisson hyperbare est autorisé et installé au CHU de Bordeaux.
Il n'y a pas, à ce jour en Nouvelle-Aquitaine, de cyclotron à utilisation médicale.

Principes généraux de détermination des implantations

Eu égard à la forte technicité de la médecine hyperbare, il n'est pas prévu d'ajouter d'implantation supplémentaire.

Le décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer précise que « Lorsque le titulaire d'une autorisation de radiothérapie externe réalise des traitements avec la technique de protonthérapie, il dispose également sur le même site d'une autorisation de détenir un équipement matériel lourd de cyclotron à utilisation médicale mentionnée au 5° de l'article R. 6122-26 ». Ainsi, afin de permettre la mise en place de cette activité de protonthérapie en Nouvelle-Aquitaine, une implantation pour un cyclotron est prévue dans les OQOS.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NOUVELLE-AQUITAINE

Equipements matériels lourds	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Caisson Hyperbare	1		1
Cyclotron		+1	1

Zones infrarégionales

Chirurgie cardiaque

Cadre juridique

L'activité de soins de chirurgie cardiaque était planifiée par :

- SIOS Sud-Ouest **Aquitaine, Limousin**, Midi-Pyrénées 2007-2012 (grands brûlés, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques, chirurgie cardiaque) ;
- SIOS Inter région Grand Ouest Bretagne, Centre, Pays de la Loire, **Poitou-Charentes** 2014-2019 (neurochirurgie, neuroradiologie, **chirurgie cardiaque**, grands brûlés, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques).

L'activité, modifiée dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, est désormais régie par les décrets n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie et n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

L'activité de soins de chirurgie cardiaque comprend toutes les **interventions chirurgicales intrathoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire** : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle.

L'activité de soins de chirurgie cardiaque comporte **deux modalités** :

- Chirurgie cardiaque adultes
- Chirurgie cardiaque pédiatrique

Les établissements de santé doivent justifier d'une activité annuelle, prévisionnelle le cas échéant, au moins égale à un minimum fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le minimum d'activité annuelle de chirurgie cardiaque est fixé à :

- 400 interventions pratiquées sous circulation sanguine extra corporelle ou par la technique « à cœur battant » sur des patients adultes par site,
- 150 interventions de chirurgie cardiaque pédiatrique par site.

La réforme des autorisations introduit par ailleurs l'obligation pour les professionnels de santé de compléter les registres professionnels et l'obligation de détenir des autorisations d'activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie. L'un des enjeux pour cette activité de soins sera l'accompagnement des établissements pour le développement de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en s'appuyant sur les recommandations formalisées d'experts (RFE) publiées en 2021.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

4 établissements de santé sont autorisés à pratiquer l'activité de soins de chirurgie cardiaque, dont 1 pour la chirurgie cardiaque pédiatrique.

La chirurgie cardiaque a représenté environ 3 800 séjours en 2021 en globalité (adultes et enfants, séjours classés dans les Groupes d'Activités G061 (Chirurgies valvulaires), G062 (Pontages coronaires) ou G063 (Chirurgie cardiaque, autres).

L'activité a connu une décroissance globale d'environ 3 % entre 2016 et 2019 : cette évolution diffère entre la chirurgie adulte et la chirurgie pédiatrique, la première décroissant de 4,4 % sur la même période alors que celle des enfants progressait de près de 24 %.

Pendant la période entre 2019 et 2021, marquée par la crise sanitaire au SARS-CoV-2, la tendance globale est une discrète décroissance de l'ordre de 0,8 % avec les mêmes disparités entre adultes et enfants : décroissance de l'ordre de 1 % pour les adultes, alors que pour les enfants l'activité progressait d'environ 2 %.

Le taux de recours standardisé à la chirurgie cardiaque en région Nouvelle-Aquitaine est inférieur au taux de recours national (indice national = 0,98). Ces taux de recours sont variables au sein de la région. L'offre en Nouvelle-Aquitaine est stable, aussi bien pour la prise en charge des adultes que des enfants.

Le nombre de structures autorisées n'a pas évolué dans la période du précédent SRS :

- ▶ 4 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie cardiaque adulte (ils répondent tous aux critères de seuil),
- ▶ 1 établissement de santé est autorisé à exercer l'activité de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des enfants (il répond aux critères de seuil).

Sites autorisés au 31/05/2023 :

	Chirurgie cardiaque adultes	Chirurgie cardiaque pédiatrique
Territoire Nord ex-Aquitaine (24 - 33 - 47)	3 <i>CHU - site Pellegrin CHU - site Haut-Lévêque Clinique Saint-Augustin</i>	1 <i>CHU - site Haut-Lévêque</i>
Territoire Sud ex-Aquitaine (40 - 64)		
Territoire ex-Limousin	1 <i>CHU Limoges</i>	
Territoire ex-Poitou-Charentes	1 <i>CHU Poitiers</i>	

Principes généraux de détermination des implantations

Compte-tenu des spécificités et des exigences encadrant la chirurgie cardiaque, il n'est pas envisagé d'autoriser d'autres sites à effectuer cette activité.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 - 47)

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Chirurgie cardiaque adultes	3		3
Chirurgie cardiaque pédiatrique	1		1

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Chirurgie cardiaque adultes			
Chirurgie cardiaque pédiatrique			

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Chirurgie cardiaque adultes	1		1
Chirurgie cardiaque pédiatrique			

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Chirurgie cardiaque adultes	1		1
Chirurgie cardiaque pédiatrique			

Neurochirurgie

Cadre juridique

L'activité de soins de neurochirurgie était planifiée par :

- SIOS Sud-Ouest **Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées** 2008-2012 (neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie) ;
- SIOS Inter région Grand Ouest Bretagne, Centre, Pays de la Loire, **Poitou-Charentes** 2014-2019 (**neurochirurgie**, neuroradiologie, chirurgie cardiaque, grands brûlés, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques).

L'activité a été modifiée dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins et est désormais régie par les décrets n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie et n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

L'activité de soins de neurochirurgie comprend la **prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques.**

L'activité de soins de neurochirurgie comporte quatre modalités :

- Neurochirurgie socle ;
- Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ;
- Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques ;
- Neurochirurgie pédiatrique.

La réforme des autorisations introduit, par ailleurs, l'obligation pour les professionnels de santé de compléter les registres de pratiques professionnelles.

Les établissements de santé doivent justifier d'une activité annuelle, prévisionnelle le cas échéant, au moins égale à un minimum fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. L'activité minimale annuelle est fixée, par site, pour la neurochirurgie adultes, à 100 interventions portant sur la sphère crânio-encéphalique.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

5 établissements de santé sont actuellement autorisés, en région Nouvelle-Aquitaine, à pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie, dont 3 pour la neurochirurgie fonctionnelle cérébrale et pour la neurochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques, et 2 pour la neurochirurgie pédiatrique.

Le nombre de séjours comportant au moins un acte de neurochirurgie a augmenté de 3,5 % entre 2016 et 2021, passant de 3 897 à 4 034.

Le taux de recours standardisé sur l'âge et le sexe pour la région Nouvelle-Aquitaine est inférieur aux taux de recours national (0,66 versus 0,68, soit un indice national à 0,97 pour l'année 2021). Ce taux régional masque des disparités territoriales (indice régional compris entre 0,83 pour les Deux-Sèvres et 1,11 pour la Haute-Vienne pour l'année 2021).

52 % de l'activité globale et 97 % de l'activité pédiatrique sont concentrées sur un seul établissement de santé de la région Nouvelle-Aquitaine (CHU de Bordeaux).

Sites autorisés au 31/05/2023 :

	Neurochirurgie - pas de modalité	Neurochirurgie Fonctionnelle cérébrale	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	Neurochirurgie pédiatrique
Territoire Nord ex-Aquitaine (24 - 33 - 47)	1 <i>CHU Bordeaux</i>	1 <i>CHU Bordeaux</i>	1 <i>CHU Bordeaux</i>	1 <i>CHU Bordeaux</i>
Territoire Sud ex-Aquitaine (40 - 64)	2 <i>CH Côte Basque Polyclinique de Navarre</i>			
Territoire ex-Limousin	1 <i>CHU Limoges</i>	1 <i>CHU Limoges</i>	1 <i>CHU Limoges</i>	1 <i>CHU Limoges</i>
Territoire ex-Poitou-Charentes	1 <i>CHU Poitiers</i>	1 <i>CHU Poitiers</i>	1 <i>CHU Poitiers</i>	

Les enjeux majeurs pour cette activité de soins, pour les 5 années à venir, porteront sur la permanence des soins et le développement de la télémédecine pour améliorer l'accessibilité aux diagnostics et la qualité des prises en charge.

Principes généraux de détermination des implantations

Compte-tenu des spécificités et des exigences encadrant la neurochirurgie, il n'est pas prévu d'autoriser d'autres sites à effectuer cette activité.

Le maillage territorial actuel, avec 5 implantations pour la neurochirurgie adultes (dont 2 uniquement pour la modalité neurochirurgie socle) répond, à ce jour, aux besoins de la population néo aquitaine. Il est à noter que les 5 établissements atteignent tous les seuils d'activité : 100 interventions pratiquées par site pour la neurochirurgie adultes.

Concernant la neurochirurgie pédiatrique, compte-tenu des niveaux d'activité, l'autorisation portée par le CHU de Limoges sera à réévaluer lors de la délivrance des nouvelles autorisations, en application de la nouvelle réglementation. Ainsi, une fourchette est prévue en territoire ex-Limousin.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 – 47)

Activités - Modalités	Nombres de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Neurochirurgie socle	1		1
Neurochirurgie Fonctionnelle cérébrale	1		1
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1		1
Neurochirurgie pédiatrique	1		1

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - Modalités	Nombres de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Neurochirurgie socle	2		2
Neurochirurgie Fonctionnelle cérébrale			
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			
Neurochirurgie pédiatrique			

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Activités - Modalités	Nombres de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Neurochirurgie socle	1		1
Neurochirurgie Fonctionnelle cérébrale	1		1
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1		1
Neurochirurgie pédiatrique	1	-1 à 0	0 à 1

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Activités - Modalités	Nombres de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Neurochirurgie socle	1		1
Neurochirurgie Fonctionnelle cérébrale	1		1
Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	1		1
Neurochirurgie pédiatrique			

Activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie

Cadre juridique

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie étaient planifiées par :

- SIOS Sud-Ouest **Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées** 2008-2012 (neurochirurgie et **activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie**) ;
- SIOS Inter région Grand Ouest Bretagne, Centre, Pays de la Loire, **Poitou-Charentes** 2014-2019 (neurochirurgie, **neuroradiologie**, chirurgie cardiaque, grands brûlés, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques).

L'activité, modifiée dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, est désormais régie par les textes suivants les décrets n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie concerne les **actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire**. Les actes portant sur la thyroïde ne sont pas concernés.

La réforme du régime des autorisations sanitaires des activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie élargit le périmètre des activités soumises à autorisation et prévoit une **gradation des soins en deux mentions** :

- **Mention A** : structures réalisant de la thrombectomie mécanique et des actes diagnostiques associés dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire ischémique (AVC) aigu ;
- **Mention B** : structures réalisant l'ensemble des activités diagnostiques et thérapeutiques de neuroradiologie interventionnelle (NRI).

Cette réforme doit permettre de prendre en compte l'innovation et l'amélioration de l'organisation territoriale des soins, en continuant à développer la thrombectomie mécanique et à en améliorer l'accessibilité, mais également en renforçant la pertinence des pratiques, la qualité et la sécurité de soins.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Pour la région Nouvelle-Aquitaine, 3 établissements sont actuellement autorisés à exercer la NRI : CHU de Bordeaux, CHU de Poitiers, CHU de Limoges.

Face à la prévalence accrue des AVC, liée au vieillissement de la population, et suite à l'avènement de la thrombectomie mécanique dans le traitement de l'AVC ischémique à la phase aiguë, 2 sites supplémentaires ont bénéficié d'une reconnaissance contractuelle en 2019 pour renforcer l'accès des patients victimes d'AVC à cette technique sur le territoire : CH de Bayonne et CH de Pau.

L'activité de thrombectomie mécanique (TM) est en constante augmentation depuis 2018 en Nouvelle-Aquitaine (683 actes en 2018 contre 816 en 2021) et cette technique ne cesse de se développer. À l'exception du territoire de Navarre-Côte Basque et de la Vienne, la présence d'un centre de TM est associée à un taux de TM par AVC ischémique aigu plus élevé (plus de 8%). Par ailleurs, l'ouverture des centres de Bayonne et de Pau a permis une augmentation globale du nombre de patients traités par TM en Aquitaine et une diminution des délais de prise en charge.

Sites autorisés au 31/05/2023 :

	Activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie	Reconnaissance contractuelle pour l'activité de thrombectomie mécanique
Territoire Nord ex-Aquitaine (24 - 33 - 47)	1 <i>CHU Bordeaux</i>	
Territoire Sud ex-Aquitaine (40 - 64)		2 <i>CH Pau</i> <i>CH Côte Basque</i>
Territoire ex-Limousin	1 <i>CHU Limoges</i>	
Territoire ex-Poitou-Charentes	1 <i>CHU Poitiers</i>	

Principes généraux de détermination des implantations

La création de sites de mention A est conditionnée par :

- la taille critique suffisante de la structure pour mettre en place l'organisation qui en découle (dimensionnement de l'équipe, locaux...). Ainsi, la structure répondra à des besoins avérés et conséquents d'un territoire, et ne devra pas être située en proximité d'un autre site de NRI, de mention A ou B, en capacité de prendre en charge les patients concernés ;
- la maturité de la structuration de la filière AVC dans les établissements de santé concernés ;
- la pertinence des pratiques et les liens opérationnels établis avec un site de mention B.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 - 47)

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028
Mention A - Thrombectomie mécanique	
Mention B - Ensemble des activités de NRI	1

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028
Mention A - Thrombectomie mécanique	2
Mention B - Ensemble des activités de NRI	

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028
Mention A - Thrombectomie mécanique	
Mention B - Ensemble des activités de NRI	1

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028
Mention A - Thrombectomie mécanique	1
Mention B - Ensemble des activités de NRI	1

Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques

Cadre juridique

L'activité de soins de greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques était planifiée par :

- ▶ le SIOS Sud-Ouest **Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées** 2007-2012 (grands brûlés, **greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques**, chirurgie cardiaque) ;
- ▶ et le SIOS Inter région Grand Ouest Bretagne, Centre, Pays de la Loire, **Poitou-Charentes** 2014-2019 (neurochirurgie, neuroradiologie, chirurgie cardiaque, grands brûlés, **greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques**).

L'activité devrait être concernée par la réforme du régime des autorisations sanitaires d'ici la fin du PRS. Elle demeure régie par les textes suivants : Articles L. 1231-1 à L. 1235-7 du Code de santé publique (CSP), Articles R. 6123-75 à R. 6123-85-2 du CSP et Articles D. 6124-162 à D. 6124-176 du CSP.

L'activité de greffe d'îlots de Langerhans est prévue par l'arrêté du 30 avril 2021 prolongé par l'arrêté du 9 mai 2023 limitant la pratique de la greffe d'îlots de Langerhans à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L.1151-1 du CSP.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

L'activité de greffe est fondamentalement dépendante de l'efficacité des laboratoires (HLA, anatomo-pathologie, cytophérèse) et des différentes modalités de recensement de donneurs et du prélèvement.

Greffes d'organes :

L'activité de greffes d'organes comprend les **greffes de cœur, poumon, cœur-poumon, foie, intestin, rein, rein-pancréas, pancréas**. Les autorisations précisent si l'activité concerne les enfants ou les adultes.

En Nouvelle-Aquitaine :

- ▶ en 2021, on relève 468 greffes, soit 8 % du bilan national ;
- ▶ avec 3 établissements autorisés pour la greffe rénale et 1 établissement pour la greffe hépatique, cardiaque et pulmonaire. Il s'agit des CHU de Bordeaux, de Poitiers et de Limoges.

Il n'y a, en 2022, aucune autorisation pour les greffes d'intestins, de rein-pancréas, de pancréas ou d'îlots de Langerhans.

Greffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH) :

Concernant l'activité de greffes de cellules, il est fait la distinction entre :

- ▶ **l'autogreffe de CSH** : le donneur et le receveur sont la même personne ;
- ▶ **d'allogreffe de CSH** : le donneur est une personne différente du receveur (donneur apparenté ou donneur non apparenté).

L'activité d'autogreffe n'est pas soumise à autorisation.

L'activité de greffe allogénique ou allogreffe est, quant à elle, soumise à autorisation.

En Nouvelle-Aquitaine, 3 établissements sont autorisés pour réaliser cette activité. Il s'agit des CHU de Bordeaux (adultes et enfants), Poitiers (adultes) et Limoges (adultes) :

Etablissement autorisé	CHU de Bordeaux Pellegrin	CHU de Bordeaux Haut-Lévêque	CHU de Poitiers	CHU de Limoges
Greffe cœur-poumon		X		
Greffe de cellules allogreffe	X	X	X	X
Greffe de cœur		X		
Greffe de foie		X		
Greffe de pancréas				
Greffe de poumon		X		
Greffe de rein	X		X	X
Greffe d'intestin				
Greffe rein-pancréas				

Principes généraux de détermination des implantations

Les établissements autorisés à pratiquer cette activité de greffes d'organes et de CSH répondent aux besoins de la population néo-aquitaine.

Il y a lieu de conforter cette activité :

- en réinterrogeant les modèles médico-économiques et adaptant les organisations et moyens en CHU ;
- en développant les greffes d'îlots de Langerhans, de pancréas, rein pancréas, d'intestins : 2 implantations sont ainsi possibles pour la greffe de reins-pancréas adultes dans les territoires Nord ex-Aquitaine et ex-Poitou-Charentes ;
- en identifiant et supportant les leviers d'attractivité de la filière.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 - 33 - 47)

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Greffes de rein - adultes	1		1
Greffes de rein - enfants	1		1
Greffes rein-pancréas - adultes		0 à +1	0 à 1
Greffes rein-pancréas - enfants			
Greffes pancréas - adultes		0 à +1	0 à 1
Greffes pancréas - enfants			
Grefe intestin - adultes			
Grefe intestin - enfants			
Greffes de foie - adultes	1		1
Greffes de foie - enfants	1		1
Greffes de cœur - adultes	1		1
Greffes de cœur - enfants	1		1
Greffes de poumon - adultes	1		1
Greffes de poumon - enfants	1		1
Greffes cœur-poumon - adultes	1		1
Greffes cœur-poumon - enfants			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - adultes	1		1
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - enfants	1		1

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 - 64)

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Greffes de rein - adultes			
Greffes de rein - enfants			
Greffes rein-pancréas - adultes			
Greffes rein-pancréas - enfants			
Greffes pancréas - adultes			
Greffes pancréas - enfants			
Grefe intestin - adultes			
Grefe intestin - enfants			
Greffes de foie - adultes			
Greffes de foie - enfants			
Greffes de cœur - adultes			
Greffes de cœur - enfants			
Greffes de poumon - adultes			
Greffes de poumon - enfants			
Greffes cœur-poumon - adultes			
Greffes cœur-poumon - enfants			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - adultes			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - enfants			

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Greffes de rein - adultes	1		1
Greffes de rein - enfants			
Greffes rein-pancréas - adultes			
Greffes rein-pancréas - enfants			
Greffes pancréas - adultes			
Greffes pancréas - enfants			
Grefe intestin - adultes			
Grefe intestin - enfants			
Greffes de foie - adultes			
Greffes de foie - enfants			
Greffes de cœur - adultes			
Greffes de cœur - enfants			
Greffes de poumon - adultes			
Greffes de poumon - enfants			
Greffes cœur-poumon - adultes			
Greffes cœur-poumon - enfants			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - adultes	1		1
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - enfants			

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Greffes de rein - adultes	1		1
Greffes de rein - enfants			
Greffes rein-pancréas - adultes		0 à +1	0 à 1
Greffes rein-pancréas - enfants			
Greffes pancréas - adultes		0 à +1	0 à 1
Greffes pancréas - enfants			
Grefe intestin - adultes			
Grefe intestin - enfants			
Greffes de foie - adultes			
Greffes de foie - enfants			
Greffes de cœur - adultes			
Greffes de cœur - enfants			
Greffes de poumon - adultes			
Greffes de poumon - enfants			
Greffes cœur-poumon - adultes			
Greffes cœur-poumon - enfants			
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - adultes	1		1
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques - enfants			

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

Cadre juridique

L'assistance médicale à la procréation (AMP) s'entend des **pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle** (article L.2141-1 du code de la santé publique).

La **nouvelle loi de bioéthique publiée en août 2021** vient modifier de façon substantielle les dispositions de mise en œuvre de l'AMP en France en permettant désormais de répondre à un projet parental de tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute « femme non mariée ».

La loi a également ouvert l'accès à l'autoconservation des gamètes sans motif médical, pour les femmes âgées de 29 à 36 ans révolus. Cette activité nouvelle vient s'ajouter à celle préexistante, d'autoconservation médicale. Sauf dérogation, elle ne peut être réalisée que dans le secteur public ou privé non lucratif. La dérogation introduite par la loi permet au directeur général de l'agence régionale de santé d'autoriser un établissement privé à but lucratif à réaliser cette activité, en l'absence de centre public ou privé non lucratif autorisé dans le département, et sous réserve de respecter l'obligation relative aux tarifs opposables de la sécurité sociale.

Les examens de dépistage et de diagnostic prénatal regroupent des **actes de biologie médicale autorisés par l'ARS ainsi que des actes d'imagerie par ultrasons réalisés à des fins médicales effectués dans le cadre de la grossesse**. Ils sont listés à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

Le **diagnostic préimplantatoire (DPI)** (article L.2131-4 du code de la santé publique) s'adresse à des couples qui risquent de transmettre, du fait de leur situation familiale, une maladie génétique d'une particulière gravité à leur descendance. Lors du processus de procréation médicalement assistée, les embryons conçus in vitro font l'objet d'une biopsie à un stade très précoce, soit entre 3 et 8 jours de vie. Celle-ci va permettre de déterminer s'ils sont ou non porteurs de la maladie génétique dont souffre leur parent. Les embryons indemnes pourront être implantés.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

La Nouvelle-Aquitaine représente **7,3 % des naissances en France**. La tendance nationale observée, d'une baisse de la natalité, se vérifie dans la région avec une diminution significative du nombre de naissances depuis quelques années. 3% des naissances sont permises grâce à l'aide médicale à la procréation, dont 5% nécessitent un don de gamètes.

Dans ce contexte, les enjeux régionaux sont les suivants :

- garantir l'égal accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) dans des délais de prise en charge raisonnables quel que soit le projet parental ;
- favoriser l'autoconservation des gamètes pour raisons médicales et non médicales ;
- organiser un parcours de diagnostic prénatal et de médecine fœtale de qualité ;
- développer une plateforme de diagnostic préimplantatoire (DPI) ;
- améliorer l'organisation régionale de l'activité de fœtopathologie.

L'organisation régionale de la **filiale AMP** repose sur 8 centres clinico-biologiques et 6 laboratoires avec activité d'insémination artificielle. L'activité de don de gamètes est réalisée au sein des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS), portés par les 3 CHU de la région. Ces centres s'adressent en particulier à des patients qui ont besoin d'un don de gamètes pour se lancer dans un parcours d'AMP.

Durant la période 2018-2023 :

- ▶ 5 laboratoires ont cessé leur activité d'insémination artificielle ;
- ▶ les objectifs fixés ont permis le développement de deux nouveaux CECOS au sein de la région Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, désormais, le CHU de Bordeaux ainsi que le CHU de Limoges et le CHU de Poitiers réalisent des activités cliniques et biologiques de don de gamètes.

Il conviendra désormais de s'assurer du bon dimensionnement des CECOS dans le cadre de leur montée en charge depuis la promulgation de la loi en août 2021, notamment grâce à la mission d'intérêt général (MIG) et les crédits complémentaires prévus à cet effet. Un enjeu important est également de constituer des stocks de paillettes suffisants pour garantir les parcours d'AMP avec dons dans des délais raisonnables.

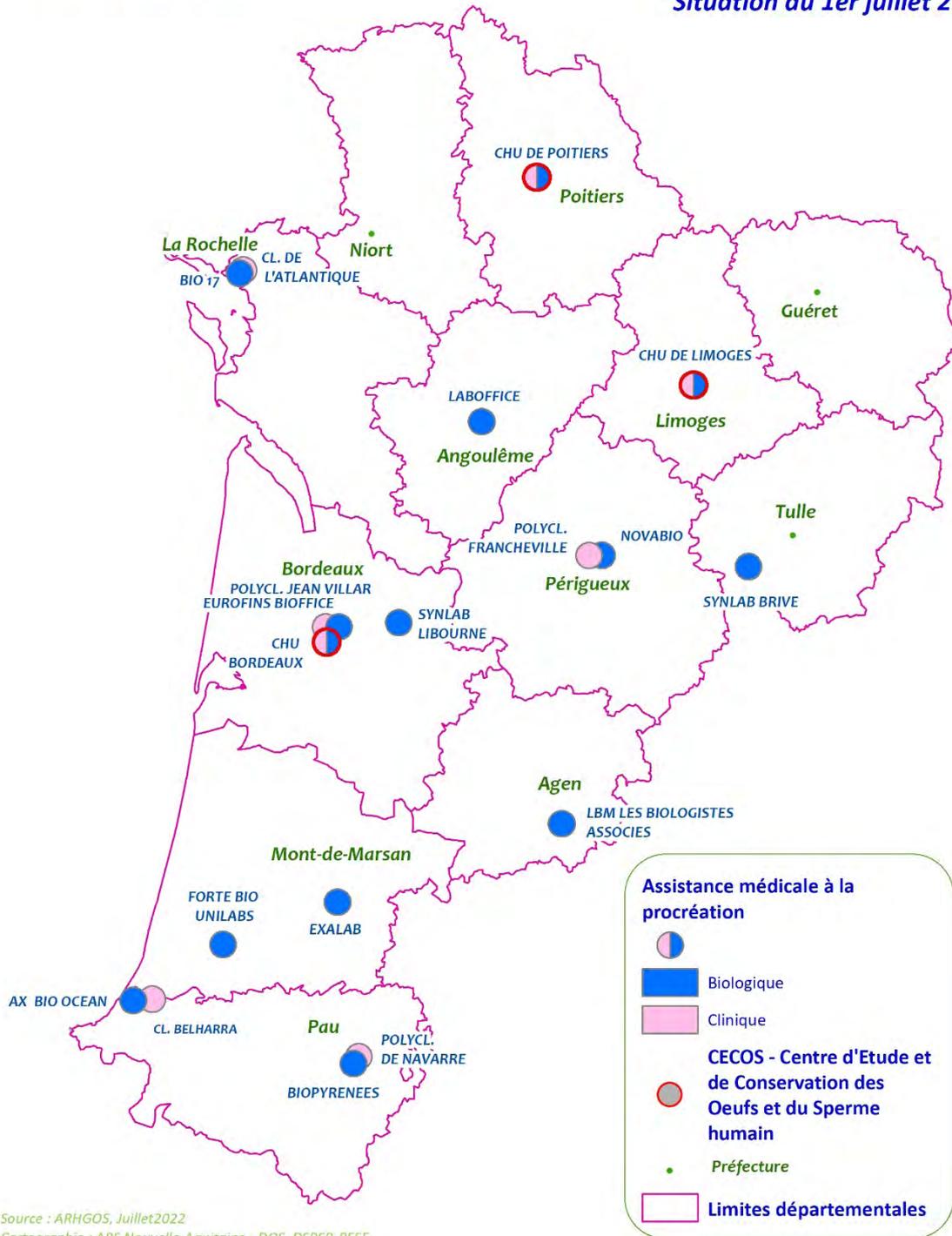
Les **activités de DPN** sont réalisées au sein des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), au nombre de 4 en Nouvelle-Aquitaine : CHU de Limoges, CHU de Poitiers, CHU de Bordeaux, Maison de Santé Protestante Bagatelle.

Durant la période 2018-2023 :

- ▶ l'objectif de 3 sites autorisés au dépistage prénatal non invasif (DPNI) a été atteint (CHU de Limoges et de Poitiers en plus du CHU de Bordeaux).

Il s'agit donc désormais de promouvoir le DPNI pour les laboratoires publics et privés effectuant les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels, s'ils le demandent, et si les conditions de réalisation des analyses répondent aux exigences réglementaires.

Concernant les actes d'imagerie, il convient d'organiser au niveau régional les échographies obstétricales et fœtales, qui doivent être réalisées dans un calendrier précis dans le cadre du dépistage et du diagnostic des anomalies fœtales. Il s'agit donc de garantir une bonne répartition territoriale des échographistes formés (niveau 1 et 2).



Source : ARHGOS, Juillet 2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, DSPSP, PESE
Fonds de carte : IGN / ESRI ©

Juillet 2022

Principes généraux de détermination des implantations

Des implantations sont prévues dans la **zone infrarégionale de l'ex Poitou-Charentes** pour le développement des **activités de conservation et d'accueil d'embryons**.

Les implantations prévues dans la **zone infrarégionale Sud ex-Aquitaine** pourront permettre de déployer une autorisation supplémentaire de **prélèvement de spermatozoïdes**, afin de compléter l'offre d'AMP sur le territoire.

Pour faire face à l'afflux d'activité lié à l'accès à **l'autoconservation des gamètes sans motif médical**, pour toutes les femmes âgées de 29 à 36 ans révolus, et pour agir rapidement sur les délais d'accès à l'autoconservation, un levier consiste à renforcer le réseau d'établissements autorisés à réaliser l'autoconservation des ovocytes. Cela se traduit par des implantations supplémentaires dans **toutes les zones infrarégionales**. Est particulièrement ciblé le développement de cette activité au sein de trois centres clinico-biologiques (CCB) privés de la région Nouvelle-Aquitaine pour la période 2023-2028, qui se sont portés volontaires : CCB de La Rochelle (17), de Bayonne (64) et de Pau (64).

Le développement de **nouvelles technologies de DPN**, à l'instar du dépistage prénatal non invasif (DPNI), examen génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel, sera recherché.

Enfin, l'objectif de développement d'une **plateforme de diagnostic préimplantatoire (DPI)** est toujours d'actualité afin de réduire les délais d'attente des patients du sud-ouest de la France qui doivent actuellement se déplacer à Nantes, Montpellier ou Paris.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 – 33 - 47)

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	3		3
Prélèvement de spermatozoïdes	3		3
Transfert des embryons en vue de leur implantation	3		3
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1		1
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 1	1
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	5		5
Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	3		3
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1		1
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du code de la santé publique	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du code de la santé publique	3		3
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1		1
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 1	1
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2		2
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel - DPNI	1		1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1		1
Examens de génétique moléculaire	1		1
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2		2
Prélèvement de spermatozoïdes	1	0 à + 1	1 à 2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	2		2
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don			
Mise en œuvre de l'accueil des embryons			
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 2	2
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4		4
Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	2		2
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don			
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don			
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du code de la santé publique	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du code de la santé publique	2		2
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci			
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 2	2
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	3		3
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel - DPNI			
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique			
Examens de génétique moléculaire			
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses			

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1		1
Prélèvement de spermatozoïdes	1		1
Transfert des embryons en vue de leur implantation	1		1
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1		1
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 1	1
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2		2
Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	1		1
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1		1
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du code de la santé publique	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du code de la santé publique	1		1
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1		1
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 1	1
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1		1
Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel - DPNI	1		1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1		1
Examens de génétique moléculaire	1		1
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Activités - Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Assistance médicale à la procréation			
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2		2
Prélèvement de spermatozoïdes	2		2
Transfert des embryons en vue de leur implantation	2		2
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Mise en œuvre de l'accueil des embryons		+ 1	1
Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 2	2
Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	3		3
Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	3		3
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1		1
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1		1
Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du code de la santé publique	1		1
Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 du code de la santé publique	2		2
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci		+ 1	1
Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique		+ 2	2
Diagnostic prénatal			
Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1		1
Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel - DPNI	1		1
Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1		1
Examens de génétique moléculaire	1		1
Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1		1

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

Cadre juridique

La génétique est une **spécialité mixte clinico-biologique s'appuyant sur des tests génétiques (cytogénétique ou génétique moléculaire) sous responsabilité d'un médecin généticien**. Les autorisations abordées ici concernent les **analyses de génétique postnatales** (les analyses prénatales étant définies dans le cadre des autorisations de DPN).

Conformément à l'article R.1131-1 du code de la santé publique, les analyses de génétique postnatales ont pour objet :

- ▶ de poser, de confirmer ou d'infirmier le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- ▶ de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- ▶ d'adapter la prise en charge médicale (certains traitements ou pas) d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

La **nouvelle loi de bioéthique** parue en août 2021 fait évoluer, entre autres dispositions, la génétique :

- ▶ **accessibilité et circulation de l'information génétique favorisées** : la levée du secret médical est possible à l'encontre d'une personne décédée pour les informations « nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques ». De plus, la réalisation d'un test génétique post mortem est autorisée lorsqu'il y va de l'intérêt médical d'un membre de la famille, sauf opposition expresse de la personne de son vivant et avec le consentement d'un seul des membres de la famille.
- ▶ **précision sur le sort des données incidentes ou fortuites** : elles peuvent être communiquées à la personne, sauf opposition de sa part, que le test soit réalisé dans le cadre du soin ou à des fins de recherche scientifique.
- ▶ **nouvelles prérogatives des métiers de conseiller en génétique** permettant d'étoffer les équipes et de fluidifier le parcours en accompagnant le patient en amont et en aval de la consultation médicale.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Comme précisé supra, la génétique est une spécialité mixte clinico-biologique.

L'organisation régionale de la **génétique médicale** repose sur les trois CHU, l'Institut Bergonié ainsi que l'Etablissement Français du Sang (EFS) de Poitiers :

- ▶ autorisations d'analyses de cytogénétique portées par les trois CHU ;
- ▶ autorisations d'analyse de génétique moléculaire portées par les trois CHU ainsi que l'Institut Bergonié et l'EFS de Poitiers.

Concernant la **biologie**, les maladies génétiques étant très souvent rares, voire très rares, les laboratoires ont été amenés à se spécialiser et à travailler en réseau au niveau national, afin de centraliser les cas et garantir l'expertise suffisante indispensable à l'interprétation des résultats sur l'ensemble d'un génome. Ainsi, les cliniciens font appel et contribuent à l'activité de ce réseau.

La génétique médicale est une spécialité transversale en pleine expansion. En effet, elle est sollicitée par quasiment toutes les autres spécialités comme la pédiatrie, la cancérologie, la neurologie, et s'ouvre même de plus en plus aux spécialités chirurgicales (ophtalmologie, ORL, urologie...) notamment lorsque ces spécialités prennent en charge des maladies rares. De plus, elle connaît des développements technologiques (séquençage à haut débit (SHD) ou très haut débit (STHD) notamment) et un essor sans commune mesure, constituant une étape clé dans le développement de la médecine personnalisée dite « de précision ».

Principes généraux de détermination des implantations

L'un des défis principaux en ce qui concerne la génétique médicale, du fait de sa forte expansion, est **d'assurer un renforcement et une adaptation des ressources humaines** pour faire face aux enjeux de la médecine personnalisée dite « de précision » de demain et garantir son accessibilité au regard de la montée en charge constatée des besoins.

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

L'accent sera mis sur les objectifs suivants :

- améliorer la connaissance des équipes de génétique et développer des postes de conseillers en génétique ;
- optimiser l'organisation régionale de l'accès aux consultations de génétique afin d'éviter les demandes inadéquates et de mieux évaluer l'opportunité ;
- renforcer le rayonnement des postes de génétique médicale et la diffusion des bonnes pratiques en génétique médicale ;
- poursuivre le développement de consultations avancées à partir des centres autorisés (CHU et CLCC) dans la région et pérenniser les postes d'assistant partagé afin de garantir une égalité de l'accès aux consultations et aux examens biologiques (cytogénétique et moléculaire) de génétique sur l'ensemble de la région pour répondre aux besoins sur tout le territoire ;
- promouvoir le développement de téléconsultation et télé-expertise de génétique ;
- valoriser les consultations multidisciplinaires de génétique médicale éligibles à une prise en charge en ambulatoire et/ou une hospitalisation de jour ;
- organiser le diagnostic génétique biologique à partir des équipes des centres autorisés (CHU et CLCC) afin de garantir un accès facilité aux tests génétiques, en prêtant une attention particulière au coût des analyses externalisées dans les laboratoires référents.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE NORD EX-AQUITAINE (24 - 33 - 47)

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1		1
Analyses de génétique moléculaire	2		2

TERRITOIRE SUD EX-AQUITAINE (40 – 64)

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire			
Analyses de génétique moléculaire			

TERRITOIRE EX-LIMOUSIN

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1		1
Analyses de génétique moléculaire	2		2

TERRITOIRE EX-POITOU-CHARENTES

Modalités	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1		1
Analyses de génétique moléculaire	2		2

Zones territoriales



Soins de longue durée

Cadre juridique

Définies par l'arrêté du 2 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée (USLD), **les USLD doivent accueillir et prendre en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie active au long cours ou susceptibles d'épisodes répétés de décompensation, pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.**

La circulaire DHOS/DGAS/DSS/CNSA n°2007-197 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée reprend cette définition et précise notamment les modalités de prise en charge par ces unités.

En juin 2021, Claude Jeandel et Olivier Guérin ont publié un rapport sur l'évolution possible des unités de soins de longue durée et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (*Rapport USLD EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*). Une feuille de route DGCS/DGOS (*feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023*) reprend les recommandations de ce rapport et envisage notamment la création d'unités sanitaires « unités de soins prolongés complexes (USPC) » et la requalification de certaines USLD.

L'activité de soins de longue durée devrait ainsi être concernée par la réforme du régime des autorisations sanitaires d'ici la fin du PRS.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Début 2022, la région comptait **3 300 places autorisées en unités de soins de longue durée** pour un taux d'équipement de 2,5 places pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus. Ce taux d'équipement moyen cache toutefois une nette disparité entre la Creuse, département le plus pourvu (8,1 places pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus) et la Gironde (0,9 places pour 10 000).

Fin 2022, une enquête menée auprès de l'ensemble des USLD de la région montre qu'une petite partie de leur capacité n'était pas disponible en raison de difficultés de ressources humaines (8 % des places autorisées). Plus de 90 % des places étaient occupées et les trois quarts des USLD avaient des listes d'attente.

Entre 2018 et 2023, les implantations d'USLD ont peu évolué. Les OQOS du précédent PRS prévoyaient :

- une possibilité de suppression en territoire Béarn et Soule ;
- la suppression de deux implantations dans les Deux-Sèvres.

Ces évolutions étaient liées à des projets de regroupements géographiques, qui se sont réalisés. En Béarn et Soule, le centre gérontologique a regroupé ses activités de soins de longue durée sur le site de Nay. Dans les Deux-Sèvres, en lien avec le projet du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres, les capacités de soins de longue durée ont été réunies sur le site de Parthenay.

Les établissements autorisés en Soins de Longue Durée en Nouvelle-Aquitaine

Au 09/05/2023



Source : FINESS au 09/05/2023
Exploitation/cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS,DDPS, Pôle études et statistiques

Mai 2023

Principes généraux de détermination des implantations

La feuille de route nationale EHPAD–USLD 2021-2023 a posé les bases d’une évolution des unités de soins de longue durée (USLD). Dans l’attente du cadre règlementaire de cette évolution, le nombre actuel d’implantations n’est pas modifié.

Objectifs quantitatifs de l’offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	6		6

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	4		4

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	6		6

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	5		5

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	5		5

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	5		5

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	5		5

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	4		4

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	2		2

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	4		4

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	4		4

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	5		5

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023	Créations-suppressions-recompositions prévues (/ autorisés au 31 mai 2023)	Schéma-cible 2023-2028
Hospitalisation complète	7		7

Psychiatrie

Cadre juridique

L'activité de soins de psychiatrie sera réglementée, à compter du 1^{er} juin 2023, par les décrets n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

L'activité de psychiatrie s'inscrit dans la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1 du CSP. Elle comprend des **actions à visée préventive, diagnostique, thérapeutique et de réadaptation**.

Les objectifs principaux de cette réforme sont de :

- renforcer la sécurité et la qualité des soins et des pratiques en psychiatrie ;
- améliorer l'accessibilité aux soins et les parcours de soins ;
- renforcer les coopérations entre acteurs sur un même territoire ;
- clarifier les prises en charge en cohérence avec la réforme du financement de la psychiatrie.

L'activité de psychiatrie est désormais structurée en **quatre mentions** :

- la mention « **Psychiatrie de l'adulte** » comprenant les prises en charge de l'adulte ;
- la mention « **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** » comprenant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance jusqu'à **17 ans révolus** ;
- la mention « **Psychiatrie périnatale** » comprenant les soins conjoints parents-bébés dès l'antéconceptionnel et le prénatal ;
- la mention « **Soins sans consentement** » comprenant les prises en charge visées aux chapitres II et III du titre I du livre II de la troisième partie du code de la santé publique.

Pour être autorisé à exercer l'activité de psychiatrie, le titulaire doit permettre, sur site ou par convention avec un autre titulaire, une prise en charge des patients sous la forme de séjours à temps partiel, de séjours à temps complet, de soins ambulatoires, y compris des soins à domicile.

Les séjours à temps complet correspondent aux soins dispensés en :

- Hospitalisation complète ;
- Centre de crise ;
- Centre d'accueil permanent ;
- Centre de post-cure ;
- Appartement thérapeutique ;
- Accueil familial thérapeutique.

Les séjours à temps partiel correspondent aux soins dispensés en hôpital de jour et en hôpital de nuit.

Les soins ambulatoires correspondent aux soins dispensés dans les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures de protection maternelle infantile, des établissements scolaires et universitaires, en consultations et à domicile.

Pour rappel, une autorisation est donnée pour un site géographique. Toutefois, **pour tenir compte des spécificités de la psychiatrie et notamment de l'importance de la dispensation des soins dans la cité dans un objectif de déstigmatisation, certains modes de prise en charge peuvent être déployés en dehors du site géographique autorisé**. Ces modes de prise en charge sont précisés par l'arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du Code de la santé publique. Il s'agit des : centres d'accueil permanent, centres de crise, appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques, centres

médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, soins à domicile, hôpitaux de jour, centres de post-cure, unités hospitalières spécialement aménagées, services médico-psychologiques régionaux et unités sanitaires en milieu pénitentiaires.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

La période 2018-2023 a été marquée, au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine, par le développement de différentes thématiques dans le champ de la psychiatrie, par la mise en place de la Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie (2018), et par la survenue de la crise sanitaire liée au Covid-19, qui a impacté négativement la population adulte, et de manière très importante la population infanto-juvénile également.

L'élaboration des 10 **projets territoriaux de santé mentale** (PTSM) de la région a mobilisé l'ensemble des acteurs de la santé mentale, permis de réaliser des diagnostics territoriaux, de rédiger des projets territoriaux avant de signer des contrats territoriaux de santé mentale, et justifié la mise en place de coordonnateurs dédiés.

La prise en charge en ambulatoire a été développée grâce aux différentes catégories d'équipes mobiles (réhabilitation psychosociale, psychiatrie précarité, gérontopsychiatrie, handicap psychique...). Ce développement participe à la diminution du nombre de patients hospitalisés au long cours, avec le renforcement de la promotion de la réhabilitation psychosociale et sa structuration qui implique notamment un centre ressources hors région Nouvelle-Aquitaine, 2 centres référents régionaux et les centres de proximité maillant l'ensemble du territoire régional.

Les prises en charge spécialisées ont également été renforcées avec la création d'un centre régional du psycho-traumatisme disposant de deux antennes, une pour le nord et une pour le sud de la région, et la structuration de la filière infanto-juvénile de proximité.

Les établissements ont été accompagnés pour recruter et intégrer des médiateurs de santé pair au sein des services, et la licence de formation professionnelle ad hoc a été mise en place à l'Université de Bordeaux.

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine a travaillé avec les professionnels de santé dans **un objectif de réduction des mesures d'isolement et de contention**, aboutissant ainsi à la mise en place d'un plan d'actions régional.

La promotion de dispositifs expérimentaux de remboursement de consultations de psychologues pour les enfants et les adultes : « Ecoute'Emoi », « MonPsySanté » a été portée dans les suites de la crise sanitaire, et le développement de la télémédecine s'est accéléré pendant la crise sanitaire. L'évolution des dispositifs numériques doit servir à l'évolution des prises en charge en santé mentale et à la formation des professionnels.

Le renforcement des équipes de CMP doit se poursuivre, avec la nécessité de travailler sur leur coordination pour optimiser les allocations de ressources à venir.

La formation et l'intégration dans les équipes de soins d'infirmiers de pratique avancée, mention psychiatrie et santé mentale, ainsi que leur intégration dans les structures d'exercice coordonné est à développer de façon plus importante.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient pour la modalité « psychiatrie générale », principalement par recomposition ou par transformation de l'offre, des implantations supplémentaires pour les formes suivantes : centre de crise, centre de post-cure, appartement thérapeutique et placement familial thérapeutique, et ce dans tous les territoires de santé de la région. Le développement de ces formes était également encouragé par l'ajout d'implantations pour la modalité « psychiatrie infanto-juvénile » dans certains territoires de santé (Dordogne, Gironde, Landes, Navarre-Côte Basque, Béarn et Soule et

Haute-Vienne). Il s'agissait ainsi de diversifier l'offre de prise en charge en tendant vers une réduction des prises en charge classiques en hospitalisation à temps complet, et d'aller vers une prise en charge hors-les-murs, avec en cible l'augmentation d'une prise en charge ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

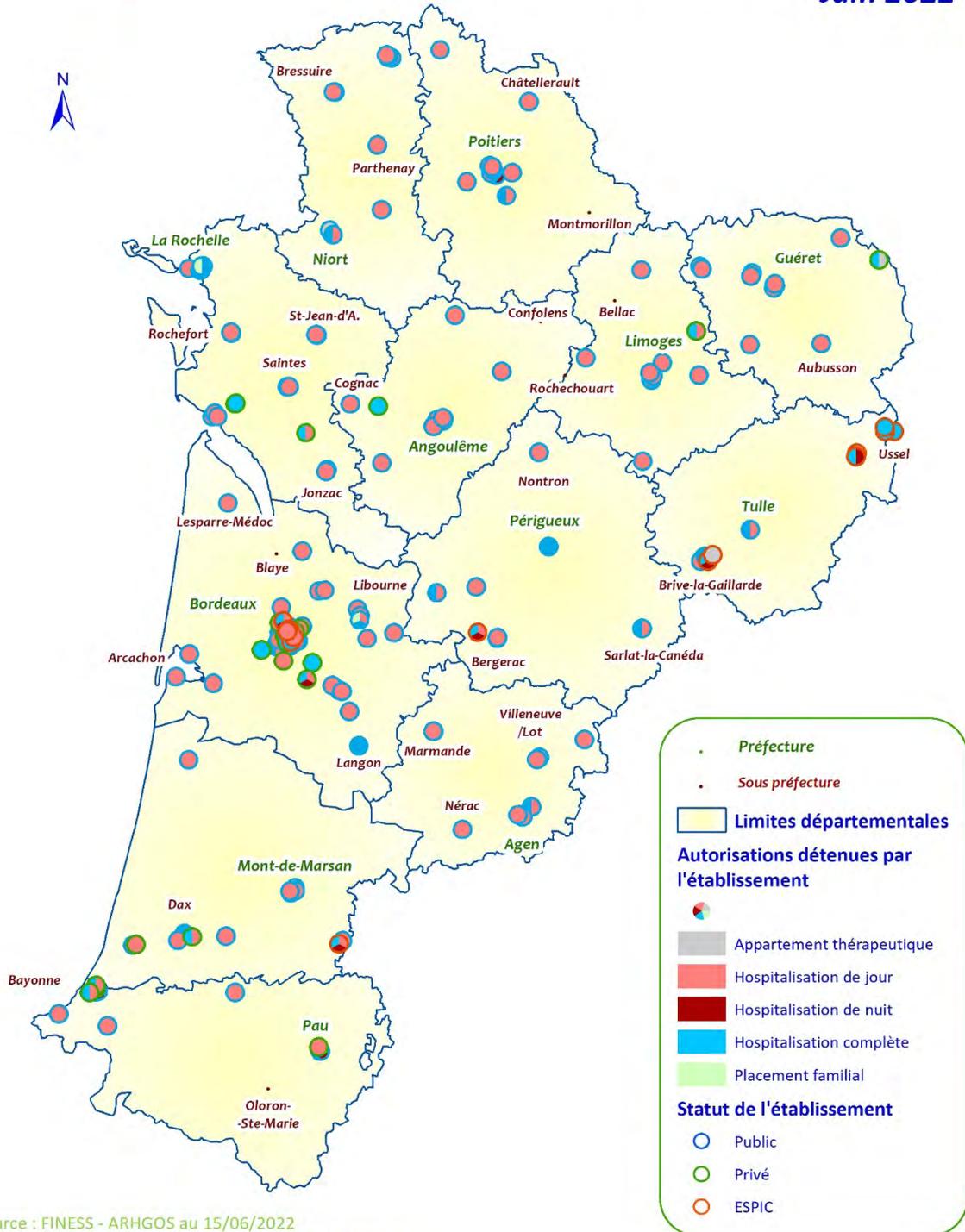
Entre 2018 et 2023, 4 autorisations de centre de crise ont été délivrées, dont une en psychiatrie infanto-juvénile. 3 autorisations d'appartements thérapeutiques et 3 autorisations de placement familial thérapeutique ont également été délivrées.

Les OQOS prévoyaient également 5 à 6 implantations supplémentaires pour les formes hospitalisation de nuit ou de jour, en psychiatrie générale et infanto-juvénile, afin de mettre en œuvre le virage ambulatoire par le renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète, dont 3 ont effectivement été délivrées.

La survenue de la crise sanitaire a conduit à un ralentissement de certains projets, de même que la pénurie de professionnels médico-soignants par la suite. Toutefois, grâce aux appels à projets nationaux (fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) et mesures nouvelles de renforcement de la psychiatrie infanto-juvénile et périnatale), le développement de l'offre ambulatoire a contribué à l'objectif de transformation de l'offre attendue en psychiatrie (dispositifs innovants et équipes mobiles).

En ce qui concerne la **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, bien qu'existante à travers les centres médico-psychologiques de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA), l'offre ambulatoire est à renforcer avec les dispositifs d'aller-vers et les prises en charge ambulatoire intensives. Dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations de crise, notamment aux urgences en dehors des 3 établissements de recours régional, l'offre a besoin d'être consolidée et la liaison aux urgences développée. En effet, la crise sanitaire a fragilisé la population infanto-juvénile avec pour conséquence un accroissement des besoins en santé mentale, et donc une nécessaire réponse à développer au plus proche des lieux de vie afin de limiter la rupture avec le milieu familial, social et scolaire. Les soins spécialisés demeurent encore difficiles d'accès pour une grande partie des enfants et adolescents alors que dans beaucoup de situations cela impacte leur bon développement.

S'agissant de la **psychiatrie périnatale**, la région dispose de trois unités parent-enfant d'hospitalisation à temps plein. Grâce à l'attribution de mesures nouvelles nationales au cours des 3 dernières années et des crédits régionaux, la Nouvelle-Aquitaine continue à mettre en place une gradation des soins psychiques en périnatalité. Des équipes mobiles ont été développées pour renforcer les prises en charge ambulatoire ainsi que des hospitalisations à temps partiel de jour.



Source : FINESS - ARHGOS au 15/06/2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, DDPSP, PES
Fonds de carte : IGN©

Principes généraux de détermination des implantations

Les OQOS sont fixés selon 4 mentions : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie périnatale et soins sans consentement.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont donc dorénavant définis par mention et non plus par formes de prise en charge. Les structures de prise en charge devront être détaillées dans le dossier de demande d'autorisation.

En résumé, les articulations entre les différentes mentions sont les suivantes :

Mentions socles :

- Mention « psychiatrie de l'adulte »
- Mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

Mention Psychiatrie périnatale :

Pour être autorisé pour la mention « Psychiatrie périnatale » :

- Nécessité des deux mentions « Psychiatrie de l'adulte » et « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »
- Par dérogation, possibilité pour un titulaire de la mention « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » de signer une convention avec un titulaire de la mention « Psychiatrie de l'adulte »

Mention Soins sans consentement :

- Pour prendre en charge des adultes en soins sans consentement, être titulaire des mentions :
 - « Psychiatrie de l'adulte »
 - « Soins sans consentement »
- Pour prendre en charge des enfants et des adolescents en soins sans consentement, être titulaire des mentions :
 - « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »
 - « Soins sans consentement »

Psychiatrie de l'adulte :

La mention « psychiatrie de l'adulte » permet aux établissements autorisés de dispenser une **offre de soins complète**, allant des soins ambulatoires aux soins dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet, en passant par les soins à domicile. Cette offre est à destination d'un public âgé de **plus de 18 ans**. En ce sens, elle doit permettre la mise à disposition de compétences spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées, avec des compétences de gériatrie et de neurologie.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Les OQOS prévoient le renforcement de la pédopsychiatrie dans chaque territoire, en prévoyant a minima une implantation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par territoire de santé, dans une logique de proximité.

Psychiatrie périnatale :

Le titulaire de l'autorisation doit proposer de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel et des soins ambulatoires. Si l'établissement de santé ne propose pas lui-même une ou deux de ces natures de prise en charge, il doit conclure avec un autre titulaire de l'autorisation de psychiatrie proche géographiquement afin de permettre de garantir la gradation des soins (selon l'article R. 6123-174 du CSP).

Eu égard aux besoins territoriaux, et selon la capacité des établissements à déployer l'ensemble des types de prise en charge, il est possible qu'un établissement déploie son offre progressivement, en consolidant dans un premier temps les prises en charge en ambulatoire, dans une logique de proximité, puis les prises en charge en hospitalisation à temps partiel, et enfin l'hospitalisation à temps complet, le tout dans une logique de gradation de l'offre territoriale, **en complémentarité avec les autres établissements autorisés**, et dès lors bien sûr que des conventions sont établies afin de proposer aux patients, conformément à ce que prévoit la nouvelle réglementation, l'ensemble des types prises en charge.

Soins sans consentement :

La mention « Soins sans consentement » permet aux établissements autorisés de prendre en charge les **personnes adultes hospitalisées sous contrainte**, sous réserve d'être également titulaires de la mention « psychiatre de l'adulte ». Elle permet également la **prise en charge d'enfants et d'adolescents hospitalisés sous contrainte**, sous réserve que l'établissement soit détenteur de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». De manière exceptionnelle et sous certaines conditions précisées dans le décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, un mineur âgé de plus de 16 ans pourrait être hospitalisé dans un service autorisé pour un public adulte.

Afin de garantir une offre sur tout le territoire, ce même décret précise que « *si les OQOS pour la mention « soins sans consentement » ne sont pas atteints, le DG de l'ARS désigne, parmi les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur, ceux qui doivent demander l'autorisation pour la mention "soins sans consentement" conformément au 3° du I de l'article L. 3221-3* ».

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	2
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	4 à 5
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4
Psychiatrie périnatale	1 à 2
Soins sans consentement	3

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	3
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	3

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	2
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	4
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Psychiatrie périnatale	2
Soins sans consentement	2 à 3

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	15
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	8
Psychiatrie périnatale	3
Soins sans consentement	3 à 4

TERRITOIRE DES LANDES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	5
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5
Psychiatrie périnatale	1 à 2
Soins sans consentement	2

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	1
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	2
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	4
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Psychiatrie périnatale	2
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	3
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Psychiatrie périnatale	1 à 2
Soins sans consentement	2

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	1
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Psychiatrie de l'adulte	2
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Psychiatrie périnatale	1
Soins sans consentement	1

Hospitalisation à domicile

Cadre juridique

L'hospitalisation à domicile (HAD) assure une offre à part entière, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés ainsi que d'agréger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet, dans une logique de proximité. Elle constitue une réponse au souhait croissant des Français d'être soignés chez eux.

La réforme des autorisations d'activités de soins a érigé l'hospitalisation à domicile, qui était jusqu'alors une forme de l'activité de soins de médecine, en **activité de soins à part entière**. Elle est désormais régie par les décrets n°2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation (CI) de l'activité d'hospitalisation à domicile et n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement (CTF) de l'activité d'HAD.

Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- **Socle** : assurer l'ensemble des prises en charge à domicile sauf celles entrant dans le périmètre des autres mentions.
- **Réadaptation** : assurer une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité. Ces prises en charge de réadaptation doivent répondre aux critères définis par le décret CTF (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes).
- **Enfants de moins de trois ans** : assurer des soins pour des enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie ainsi qu'une activité de conseil et d'expertise auprès des HAD assurant des soins à des enfants de 3 à 18 ans ou des enfants relevant de soins palliatifs et fin de vie.
- **Ante et post-partum** : assurer des soins pour des femmes avant et après l'accouchement. Cette prise en charge réalisée dans le cadre du suivi ante et postpartum doit intégrer une dimension pathologique.

Les mentions complémentaires ne peuvent être mises en œuvre que si la structure dispose d'une autorisation en HAD pour la mention socle, et nécessitent des équipes soignantes spécialisées.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

La Nouvelle-Aquitaine dispose de **27 HAD** dont l'activité a globalement progressé au cours de la période 2018-2021 :

- le nombre de journées en HAD a progressé de 8 % ;
- le nombre de séjours a augmenté de 15 % ;
- la durée moyenne de séjours a diminué, en passant de 27,9 à 25,7 jours.

L'**augmentation du nombre de séjours** a été particulièrement marquée entre 2019 (24 610 séjours) et 2020 (27 551). L'année 2020, qui a été fortement impactée par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, est celle où le nombre de journées en HAD a été le plus élevé : 729 442, contre 710 119 en 2019 et 707 462 en 2021.

Le **nombre de patients par jour pour 100 000 habitants s'établit à 32,4 en 2021**. Ce résultat, en légère progression par rapport à 2018 (30,4) est encore inférieur à l'objectif fixé dans le précédent SRS (seuil minimum de 35). En outre, on constate de fortes disparités entre les territoires avec une valeur pouvant aller, selon les départements, de 25 à 63 patients par jour pour 100 000 habitants.

Le nombre d'implantations de médecine sous forme d'HAD a diminué entre 2018 et 2023. Ainsi, le précédent SRS ne prévoyait pas d'implantations supplémentaires de médecine sous forme d'HAD, car

tous les territoires de la région Nouvelle-Aquitaine étaient couverts par une structure d'HAD polyvalente. Toutefois, pour faire en sorte que les structures autorisées atteignent, voire dépassent, le seuil de 35 patients par jour pour 100 000 habitants, il était nécessaire d'étendre le bassin de population d'intervention pour certaines d'entre elles.

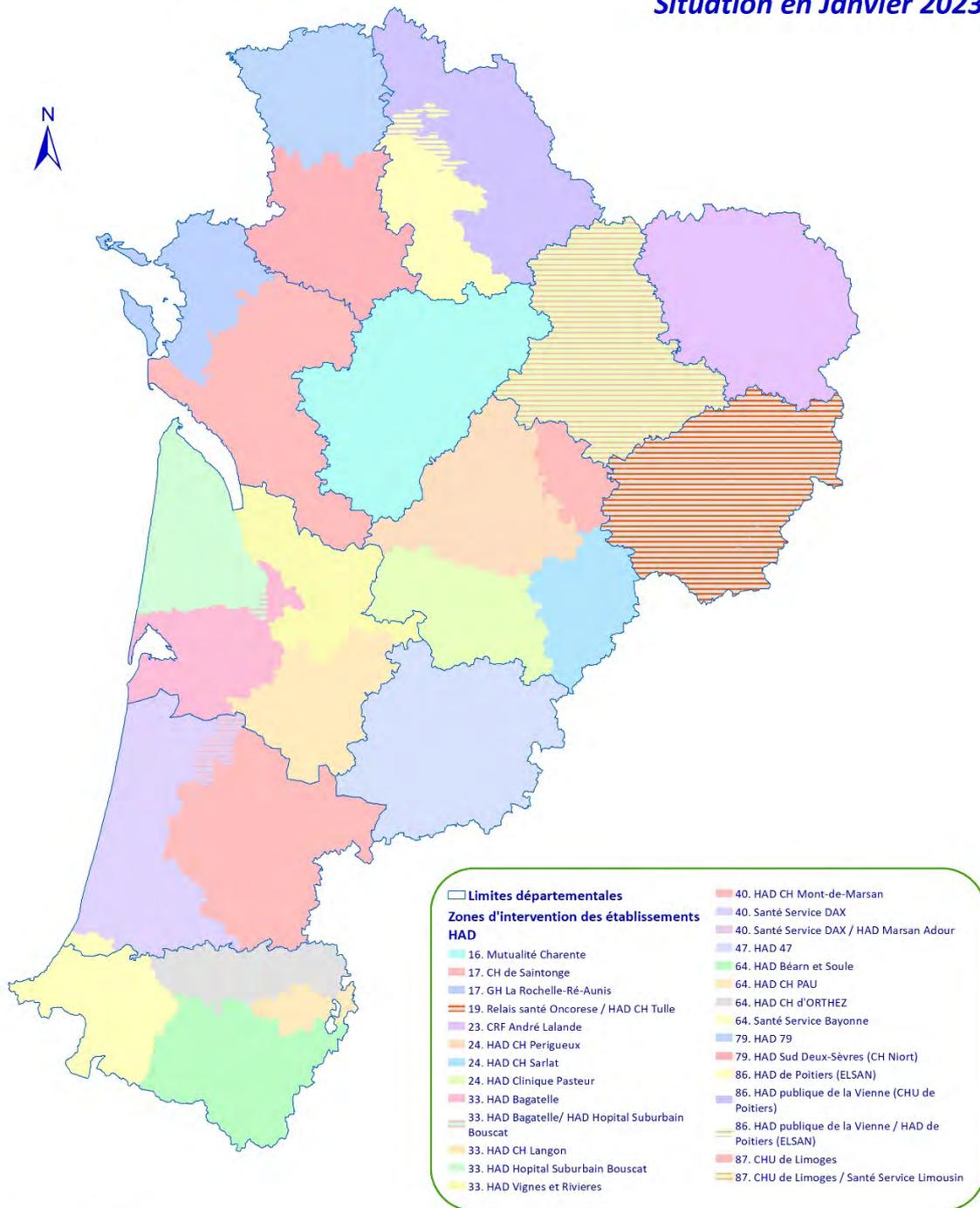
Ainsi, les OQOS prévoyaient des recompositions dans les territoires de santé suivants :

- dans le territoire de la Corrèze : -1 à 0 implantation (schéma cible 2023 de 1 à 2 HAD)
- dans le territoire de la Dordogne : -1 à 0 implantation (schéma cible 2023 de 4 à 5 HAD)
- en Navarre-Côte-Basque : -1 à 0 implantation (schéma cible 2023 de 1 à 2 HAD)
- dans les Deux-Sèvres : -1 à 0 implantation (schéma cible 2023 de 2 à 3 HAD)
- enfin en Vienne : -2 à -1 implantation (schéma cible 2023 de 2 à 3 HAD)

Entre 2018 et 2023, le schéma-cible a été atteint dans plusieurs territoires :

- en Dordogne, 4 HAD interviennent dans le département et l'ensemble des communes sont desservies. L'HAD Vignes et Rivières (implantée en Gironde) n'intervient plus dans ce département et l'HAD du CHU de Limoges couvre les communes du nord-est ;
- dans les Deux-Sèvres, le département est couvert par 2 structures, à la suite de la cession de l'autorisation détenue par le groupe hospitalier et médicosocial du Haut Val de Sèvre et du Mellois au profit de centres hospitaliers de Niort ;
- dans la Vienne, 2 HAD couvrent le département, à la suite de la cession de l'autorisation détenue par le groupe hospitalier Nord Vienne au profit du CHU de Poitiers.

En 2023, la région est majoritairement couverte par des HAD sans superposition d'offre. Toutefois, dans 2 départements (Corrèze et Haute-Vienne) et dans quelques zones infradépartementales, les territoires d'intervention des HAD se recoupent.



Source : ARS NA - DOS

Cartographie : Découpage géographique au 01/01/2022

Réalisation : ARS NA - DOS/DDPSP/PES - 11/01/2023

Principes généraux de détermination des implantations

La réforme des autorisations introduit une double nouveauté pour l'HAD :

- ▶ elle fait de l'hospitalisation à domicile une activité de soins à part entière soumise à autorisation ;
- ▶ elle prévoit 4 mentions possibles dans l'autorisation (une mention « socle » et trois complémentaires possibles : « réadaptation », « ante et post-partum » et « enfants de moins de 3 ans »).

Les mentions complémentaires ne peuvent être mises en œuvre que si la structure dispose d'une autorisation en HAD pour la mention socle.

La mise en œuvre de la réforme des autorisations suppose au moins une implantation par territoire pour chaque mention, en distinguant toutefois la mention socle des mentions complémentaires.

Mention socle :

Le maillage actuel des structures d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble de la région. Il permet en outre à chaque HAD d'intervenir sur un bassin de population suffisamment important pour développer son activité et assurer sa viabilité. C'est pourquoi **il n'est pas prévu de nouvelles implantations dans le cadre de la mention socle.**

Le développement de l'activité d'HAD doit toutefois se poursuivre. Ainsi, chaque structure d'HAD doit atteindre voire dépasser l'objectif de 35 patients/jour/100 000 habitants.

Par ailleurs, les coopérations entre les acteurs sont à encourager, afin notamment que chaque structure d'HAD constitue une filière d'aval effective pour tous les établissements. À titre d'exemple, il peut être envisagé que l'autorisation d'HAD soit portée par un GCS réunissant les établissements de santé publics et privés du territoire.

Mentions complémentaires :

Les mentions complémentaires reposent sur des ressources médicales/compétences pouvant être rares ou limitées. En outre, elles répondent à des besoins quantitativement moins importants que pour la mention socle. De ce fait, **le nombre d'implantations prévu pour ces mentions est moins important que pour la mention socle** ce qui suppose donc des zones d'intervention plus large, ainsi que des coopérations voire des mutualisations entre les acteurs.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	1
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	1
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	4
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	4
Mention "réadaptation"	2 à 3
Mention "ante et post-partum"	2
Mention "enfants de moins de trois ans"	3 à 4

TERRITOIRE DES LANDES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	1
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE NAVARRE-COTE BASQUE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	1
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	3
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028
Mention "socle"	2
Mention "réadaptation"	1
Mention "ante et post-partum"	1
Mention "enfants de moins de trois ans"	1

Zones infra-territoriales

Médecine

Cadre juridique

L'activité de soins de médecine a fait l'objet de modifications dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, et est désormais régie par les décrets n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine.

L'activité de médecine est définie par les nouveaux décrets comme consistant en la **prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel**. Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Le régime d'autorisation distingue désormais **l'activité pour les adultes de celle pour les enfants et adolescents**. Ainsi, le type de patients pris en charge, « adultes » ou « enfants et adolescents », devra être précisé dans la demande d'autorisation et mentionné dans la décision d'autorisation.

Le titulaire de l'autorisation de médecine a **l'obligation de proposer une activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, adaptés à l'âge et à l'autonomie du patient**. Par dérogation, l'autorisation peut être accordée à un titulaire disposant sur le site d'un seul mode de prise en charge :

- S'il détient une autre autorisation de médecine proposant la forme d'hospitalisation manquante sur un site à proximité,
- S'il conclut une convention avec un autre titulaire proposant la forme d'hospitalisation manquante situé sur le même site, ou à défaut, sur un site de proximité.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

En Nouvelle-Aquitaine, on compte, en 2021, **948 577 séjours en médecine (hors séjours nouveau-nés) :**

- l'hospitalisation pour pathologies digestives représente en 2021 la part la plus importante des hospitalisations en médecine (25 %), dont 152 364 séjours pour endoscopies digestives (63 % de ces séjours) ;
- les séjours de cardiologie représentent 10 % des séjours de médecine ;
- les cathétérismes cardiaques et activités exploratoires avec pose d'endoprothèses sont en progression (7 % des séjours) ;
- les séjours de pneumologie, qui représentent 9 % des séjours, ont progressé surtout en raison des affections respiratoires liées à la crise de Covid-19.

En 2021, le **taux d'occupation** des lits était de 84,4 %, avec un nombre de lits de 10 868, en diminution par rapport à 2018 (88,8 % et 11 002 lits). On recensait en moyenne **18,1 lits d'hôpital de médecine pour 10 000 habitants, taux d'équipement identique au niveau national** et qui a légèrement diminué par rapport à 2018 (18,5 en Nouvelle-Aquitaine et 18,8 au niveau national). Les taux les plus bas sont observés dans les départements des Landes (11,7) et des Deux-Sèvres (14,5) et les plus élevés en Haute-Vienne (26,1) et en Corrèze (23,7).

Le **taux de recours à la médecine** croît de 151 par 1 000 habitants en 2015 à **156 séjours en 2021, inférieur au taux national** (respectivement 156 et 159). On observe un sous-recours relativement important dans les départements de Corrèze (148,1), Haute-Vienne (147,9), Landes (143,6), Deux-Sèvres (136,5), Charente-Maritime (135,9) et Charente (135,4). En revanche, la Gironde confirme son "sur-recours" avec un taux de 178,1.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient des implantations supplémentaires de médecine sous la forme « hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit » pour chaque site autorisé en médecine sous la forme « hospitalisation complète ».

Entre 2018 et 2023, une grande majorité des schéma-cibles ont été atteints et la médecine sous la forme hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit a été déployée dans presque tous les territoires de santé.

La **filière d'addictologie hospitalière** a en outre été consolidée par la création d'unités d'hospitalisation complète de sevrage complexe, dont l'objectif demeure fixé à au moins une unité par département. De plus, le développement d'hôpitaux de jour en addictologie (instruction DGOS du 24 novembre 2016) dans les territoires, permet une réponse ambulatoire et de structurer le niveau 2, conformément à la circulaire N°DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.

Principes généraux de détermination des implantations

- Analyser la **pertinence des établissements** actuellement autorisés ayant de petites capacités au regard de leur situation géographique : soit maintien de l'offre de proximité garantissant un recours aux soins, notamment en matière de soins palliatifs et gériatriques et addictologie, soit suppression de l'offre jugée non viable compte tenu de la couverture existante des besoins et des conditions de fonctionnement ;
- Assurer, en ce qui concerne la **filière pédiatrique**, la continuité de l'offre existante, pour garantir un maillage territorial en adéquation avec les besoins et les ressources disponibles. Une offre publique et privé doit exister dans chaque territoire de santé sauf exception justifiée ;
- Renforcer la **filière gériatrique** en assurant une prise en charge adaptée et continue, en lien avec la médecine d'urgence, la médecine de ville, le secteur médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ;
- Promouvoir **l'hôpital de jour (HDJ) de médecine palliative** en disposant d'au moins un HDJ de médecine palliative dans chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) pour les établissements disposant d'une unité de soins palliatifs ;
- Renforcer **l'hospitalisation de jour en addictologie** et pour les troubles des conduites alimentaires ;
- Assurer une activité de médecine dans chaque établissement disposant d'une activité de **médecine d'urgence** ;
- Favoriser la fluidité des parcours avec les **soins médicaux et de réadaptation (SMR)** ;
- Renforcer les liens avec la **médecine de ville**, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Développer l'offre en **télé médecine** ;
- Renforcer **l'attractivité des carrières médicales et paramédicales et développer l'exercice multimodal.**

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	3	6

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	2	6 à 7

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	2	3

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	4	2

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	2	8

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	23	12

TERRITOIRE DES LANDES

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	6	3 à 5

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	3	4

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	6	6 à 7

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	6	3

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	2	4

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	3	4

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité	Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Médecine	6	5 à 7

Médecine d'urgence

Cadre juridique

Conformément aux dispositions prévues à l'article R.6123-1 du code de la santé publique, l'exercice par un établissement de l'activité de médecine d'urgence peut être réalisée selon une ou plusieurs des **trois modalités** suivantes :

- la régulation des appels adressés au **service d'aide médicale urgente (SAMU)** ;
- la prise en charge des patients par la **structure mobile d'urgences et de réanimation (SMUR)** et la possibilité d'une prise en charge spécialisée pour les enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR pédiatrique) ;
- la prise en charge des patients accueillis dans la **structure des urgences** ou dans la **structure des urgences pédiatriques**.

Les dispositions du code de la santé publique, et notamment les articles R.6311-1, R.6123-15 et R.6123-18, prévoient plusieurs obligations :

- pour les services d'aide médicale urgente, l'obligation d'assurer une réponse médicale aux situations d'urgence ;
- pour les structures d'urgence, l'obligation d'accueillir en permanence toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui est adressée notamment par le SAMU, ce qui suppose une présence médicale permanente en capacité d'assurer notamment une prise en charge des urgences vitales ;
- pour les SMUR, l'obligation d'assurer en permanence et en tout lieu la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et après régulation par le SAMU un transport de ce patient vers un établissement en capacité d'assurer sa prise en charge.

En complément des SMUR, des moyens hélicoptés (HéliSMUR) sont mobilisables par le SAMU pour assurer la prise en charge des patients en situation d'urgence.

Le **Service d'accès aux soins (SAS)** est un nouveau service d'orientation de la population dans son parcours de soins. Il est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière. Le SAS repose sur une régulation libérale associée à la régulation du SAMU, adossés à une plateforme nationale. Ce dispositif ne se substitue pas au médecin traitant, mais vient compléter la réponse à une demande de soins urgents ou non programmés en apportant une réponse aux patients ne relevant pas de la médecine d'urgence, mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures.

L'activité de soins de médecine d'urgence devrait être concernée par la réforme du régime des autorisations sanitaires d'ici la fin du PRS.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

L'accès aux soins non programmés, a fortiori dans le cadre de l'urgence vitale, constitue une priorité pour les pouvoirs publics. Depuis 2016, en Nouvelle-Aquitaine il est constaté une amélioration de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès aux soins urgents : service d'urgences (SU), services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), médecins correspondants du SAMU (MCS) et les moyens hélicoptés (HéliSMUR et hélicoptère de la sécurité civile). Cela a permis de **passer de 131 700 personnes, soit 2,2 % de la population régionale, se trouvant à plus de 30 minutes en 2016 à 0 % en 2022.**

Ces dernières années, **l'activité des services d'urgences a connu une augmentation continue** (en moyenne 3% par an) et de fortes tensions impactant la qualité de prise en charge des patients ainsi que les conditions de travail des professionnels des urgences.

La crise Covid-19 a eu un impact important sur l'activité des SU, qui a baissé de près de 17 % en 2020 par rapport à 2019 (source Observatoire régional des urgences - ORU). En 2021, il y a une reprise d'activité avec une augmentation de 13 % par rapport à 2020, soit 1 604 283 passages aux urgences (4 395 passages par jour).

En 2021, la part des CCMU 1 et 2 (patients pouvant relever sous certaines conditions d'une prise en charge en ville) dans les données des résumés de passages aux urgences (RPU) s'élève à 79 %, mettant en évidence la **nécessité d'organiser et de réguler les soins non programmés en amont des services d'urgence**.

Depuis la crise Covid-19, **l'activité des SAMU-Centre 15 est en constante augmentation** et particulièrement majorée par les tensions hospitalières, comme en témoignent les données suivantes : 1 947 779 appels sur la période janvier-août 2022, contre 1 662 027 en 2021, soit une augmentation de 17,2 %. Le niveau d'activité de la régulation libérale dans les SAMU-Centre 15 de la région est particulièrement important. Ainsi, en Gironde, cela représente 56 % des dossiers traités par la régulation au SAMU.

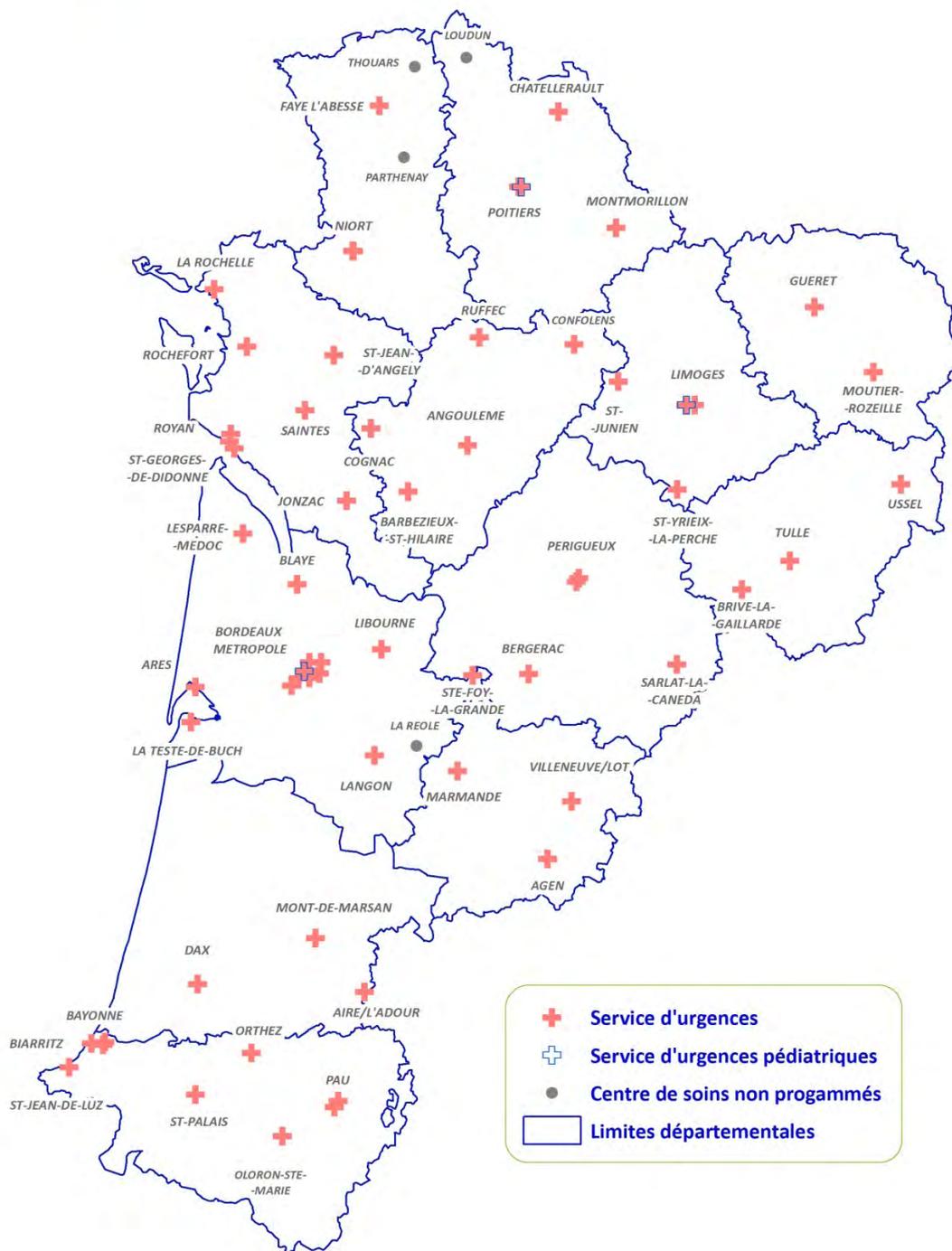
La réponse aux besoins de soins non programmés et urgents passe de plus en plus par une organisation territoriale. Dans ce cadre, **le Pacte de refondation des urgences mis en œuvre en Nouvelle-Aquitaine permet d'agir de façon systémique sur l'amont, l'aval et l'organisation des services d'urgences. Le service d'accès aux soins (SAS)**, en cours de déploiement dans la région et dont la généralisation est prévue en 2023, vise ainsi à garantir une réponse à une demande de soins urgents et non programmés à tout patient n'ayant pu accéder à son médecin traitant dans les 48 heures.

Le déploiement des équipes d'urgentistes de territoire au sein de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) permet de favoriser le recrutement de médecins urgentistes et contribue à améliorer le parcours des patients aux urgences en maintenant une haute qualité de prise en charge.

En aval des services d'urgence, l'amélioration de l'admission des patients hospitalisés est un axe fort en cours de déploiement au niveau régional, reposant sur des ressources et des organisations dédiées aux parcours patients dans le cadre des filières et de la gestion des lits.

Les OQOS de médecine d'urgence du précédent PRS prévoyaient :

- ▶ la création **d'1 nouvelle structure des urgences dans la métropole bordelaise, en Gironde**. L'autorisation a été délivrée à la Clinique du Tondu, à Floirac le 23 mars 2020 ;
- ▶ la création **d'un SMUR pédiatrique Sud Aquitain partagé entre le CH de Pau et le CH Côte Basque** dans les Pyrénées-Atlantiques. Ces 2 autorisations ont été délivrées, en coopération entre les CH de Pau et de la Côte Basque le 27 mars 2019 ;
- ▶ **la création d'un SMUR pédiatrique au CHU de Limoges** en Haute-Vienne. L'autorisation fera l'objet d'un passage en CSOS en juin 2023 ;
- ▶ **la transformation du SMUR de Loudun en antenne SMUR du CHU de Poitiers**. L'autorisation n'a pas été délivrée au CHU de Poitiers en l'absence de dépôt du dossier. Cette transformation devra être réalisée au cours du prochain PRS.

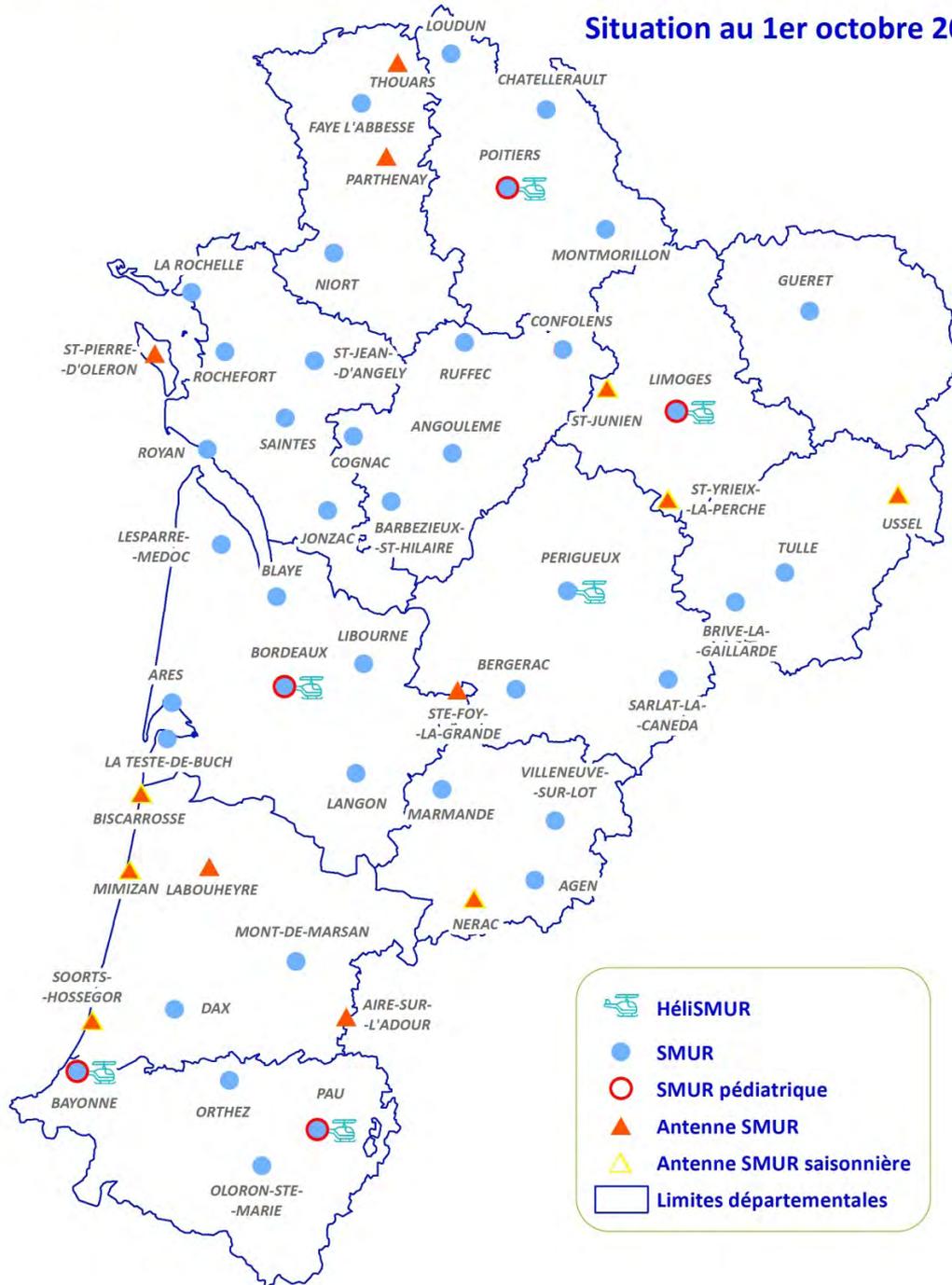


Données : FINESS / ARHGOS au 1er octobre 2022
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS / DPPSP / Pôle études et statistiques

Octobre 2022

Les Structures Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en Nouvelle-Aquitaine

Situation au 1er octobre 2022

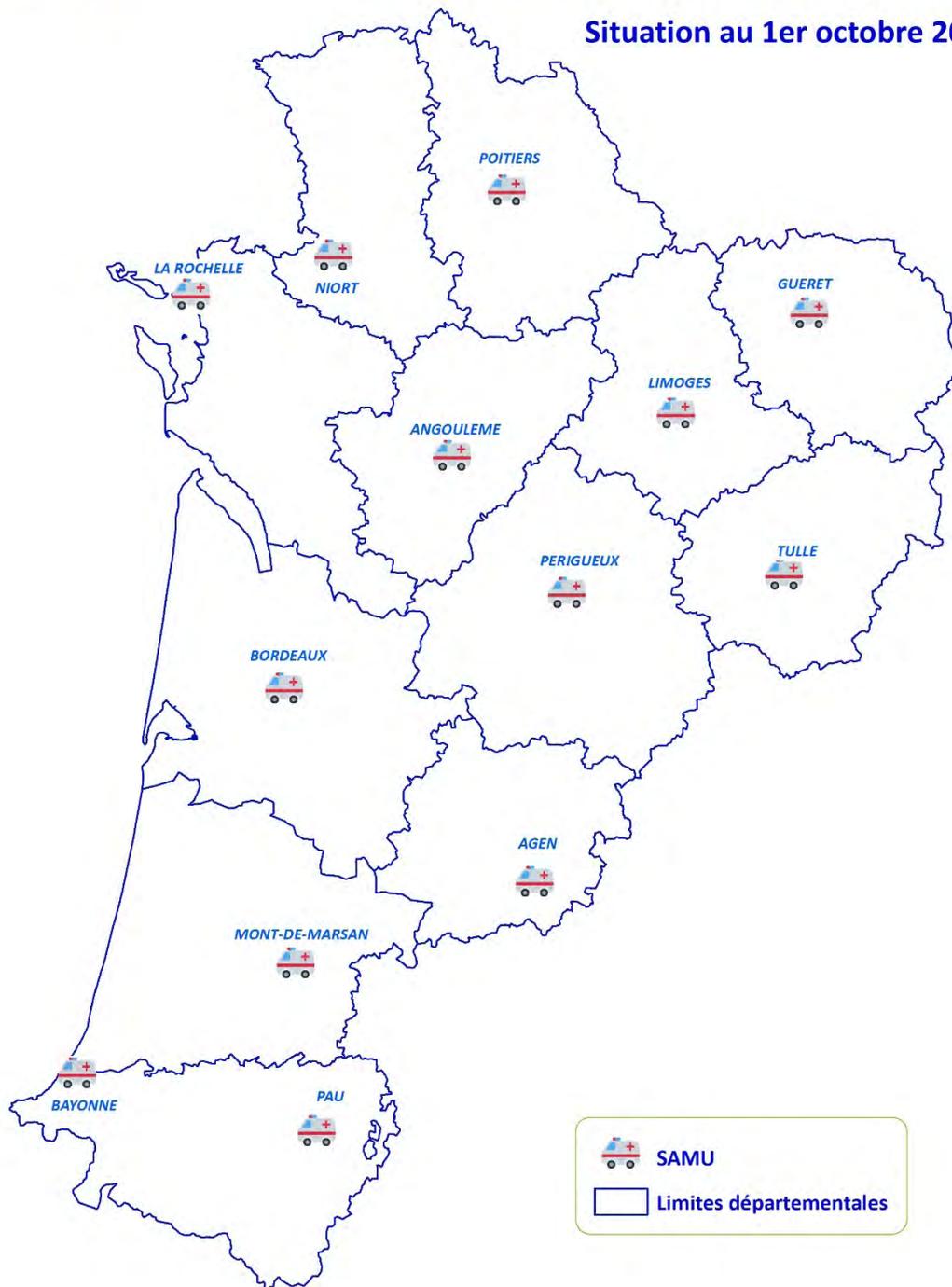


Données : FINESS / ARHGOS au 1er octobre 2022
 Réalisation : ARS NA - DOS / DPPSP / Pôle études et statistiques

Octobre 2022

Les Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) en Nouvelle-Aquitaine

Situation au 1er octobre 2022



Principes généraux de détermination des implantations

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

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

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	4			1	4
dont antenne SMUR non saisonnière						
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	1	4			1	4
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	2	4			2	4
dont antenne SMUR non saisonnière						
dont antenne SMUR saisonnière		1				1
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime	1				1	
HéliSMUR						
structure des urgences	2	6			2	6
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15		1				1
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	1		0 à + 1	1	1 à 2
dont antenne SMUR non saisonnière		1		-1 à 0		0 à 1
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	1	2			1	2
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1				1	
dont antenne SMUR non saisonnnière						
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	1	1			1	1
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	2			1	2
dont antenne SMUR non saisonnaire						
dont antenne SMUR saisonnaire						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	2	2			2	2
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	6			1	6
dont antenne SMUR non saisonnaire		1				1
dont antenne SMUR saisonnaire						
SMUR pédiatrique	1				1	
SMUR maritime						
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	8	7	-1 à 0		7 à 8	7
Structure des urgences pédiatriques	1				1	

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	2				2	
dont antenne SMUR non saisonnaire		2				2
dont antenne SMUR saisonnaire		3				3
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	2	1			2	1
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	2			1	2
dont antenne SMUR non saisonnière		1				1
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	2	2			2	2
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE NAVARRE-COTE BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime	1				1	
SMUR terrestre	1			+1	1	1
dont antenne SMUR non saisonnaire						
dont antenne SMUR saisonnaire						
SMUR pédiatrique Sud-Aquitaine	1*				1*	
SMUR maritime	1				1	
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	3	2			3	2
Structure des urgences pédiatriques						

* Coopération Pau / Bayonne pour SMUR pédiatrique commun en 64

TERRITOIRE DE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	2			1	2
dont antenne SMUR non saisonnière						
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique Sud-Aquitaine	1*				1*	
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	2	2			2	2
Structure des urgences pédiatriques						

* Coopération Pau / Bayonne pour SMUR pédiatrique commun en 64

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	1			1	1
dont antenne SMUR non saisonnaire		2				2
dont antenne SMUR saisonnaire						
SMUR pédiatrique						
SMUR maritime						
HéliSMUR						
structure des urgences	2	1			2	1
Structure des urgences pédiatriques						

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1	3		-1	1	2
dont antenne SMUR non saisonnaire				+1		1
dont antenne SMUR saisonnaire						
SMUR pédiatrique	1				1	
SMUR maritime						
HéliSMUR	1				1	
Structure des urgences	2	2			2	2
Structure des urgences pédiatriques	1				1	

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31/05/2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SAMU-Centre 15	1				1	
SAMU de coordination médicale maritime						
SMUR terrestre	1				1	
dont antenne SMUR non saisonnière		2				2
dont antenne SMUR saisonnière						
SMUR pédiatrique			+1		1	
SMUR maritime						
HéliSMUR	1				1	
structure des urgences	2	2			2	2
structure des urgences pédiatriques	1				1	

Chirurgie

Cadre juridique

L'activité de soins de chirurgie a été modifiée dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, et est désormais encadrée par les décrets n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

L'activité de soins de chirurgie est définie comme consistant en la prise en charge à visée diagnostique ou thérapeutique des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel quelle que soit la voie d'abord et la mise en œuvre d'une continuité des soins (à l'exception des actes relevant des activités mentionnées aux 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13° et 21° de l'article R. 6123-201 du CSP).

L'activité prévoit **trois modalités d'exercice : chirurgie adulte, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique. Elle permet d'englober en une seule autorisation la pratique de la chirurgie ambulatoire et la chirurgie en hospitalisation complète (HC).**

Pour l'activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes, **11 pratiques thérapeutiques** spécifiques sont énumérées :

- Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie plastique reconstructrice ;
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité de chirurgie cardiaque ;
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire ;
- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ;
- Chirurgie ophtalmologique ;
- Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;
- Chirurgie urologique.

Là où les pratiques thérapeutiques spécifiques mises en œuvre seront précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation.

L'activité de soins de chirurgie pédiatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des **enfants de moins de 15 ans. En cas de besoin**, le titulaire de l'autorisation sous la modalité « chirurgie pédiatrique » peut prendre en charge des enfants **entre 15 et 18 ans**.

Le titulaire de l'autorisation de la modalité « chirurgie adulte » peut, par dérogation, prendre en charge des enfants, dans 2 situations :

- **Lorsque l'activité de chirurgie porte sur l'une des pratiques thérapeutiques suivantes :**
 - Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
 - Chirurgie plastique reconstructrice ;
 - Chirurgie ophtalmologique ;
 - Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.
- **Lorsque l'activité de chirurgie porte sur l'une des pratiques thérapeutiques suivantes et pour des prises en charge urgentes d'enfants de plus de 3 ans :**
 - Chirurgie orthopédique et traumatologique ;

- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- Chirurgie urologique.

Cette réforme prévoit, en outre, un **dispositif spécifique régional (DSR) pour la chirurgie pédiatrique**, sur la base d'un cahier des charges national afin de rendre visible la filière pédiatrique.

L'activité de soins de chirurgie bariatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité au moyen des interventions chirurgicales fixées par arrêté du ministre en charge de la santé.

L'autorisation sous la modalité « chirurgie bariatrique » ne peut être accordée que si le titulaire dispose de :

- ▶ l'autorisation sous la modalité « chirurgie pratiquée chez des patients adultes »,
- ▶ et la pratique thérapeutique spécifique « chirurgie viscérale et digestive ».

Lorsque le titulaire de l'autorisation sous la modalité « chirurgie bariatrique » prend en charge des enfants, il dispose d'une autorisation sous la modalité « chirurgie pédiatrique ».

L'autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie bariatrique ne peut être accordée, maintenue ou renouvelée que si le titulaire de l'autorisation respecte, sur le site géographique autorisé, une **activité minimale annuelle fixée par arrêté du ministre en charge de la santé à 50 actes par an**.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

La région Nouvelle-Aquitaine comptabilise **85 établissements de santé titulaires d'une autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie** (en HC et/ou en ambulatoire) répartis sur l'ensemble du territoire. Le département de la Gironde concentre plus du tiers de l'activité chirurgicale.

L'activité de chirurgie a représenté environ 622 000 séjours en 2021, en globalité adultes et enfants, pour la région Nouvelle-Aquitaine.

Elle a connu une croissance d'environ 2,2 % entre 2016 et 2019, croissance interrompue par la crise sanitaire au SARS Cov 2 avec une baisse constatée de 1,2 % entre 2019 et 2021. Sur ces mêmes périodes, les prises en charge en hospitalisation complète ont fortement diminué, respectivement de -15 % et de -6,5 %.

Le **virage ambulatoire** est bien engagé en région Nouvelle-Aquitaine : la chirurgie ambulatoire a connu un développement soutenu ces dernières années, bien qu'inférieur au niveau national. Cela demeure un objectif national. En 2021, le taux de chirurgie ambulatoire est de 61,2 %, versus 62,3 % France entière. En 2022, le taux de chirurgie ambulatoire est de 62,1 %, versus 63,5 % France entière.

Le **taux de recours standardisé** régional sur l'âge et le sexe pour la région Nouvelle-Aquitaine est supérieur au taux de recours national, tant pour la chirurgie en hospitalisation complète qu'en chirurgie ambulatoire (29,37 séjours standardisés pour 100 000 habitants en région NA versus 27,91 au niveau national, soit un indice national à 1,05 pour l'année 2021 pour la chirurgie en hospitalisation complète - 47,01 séjours standardisés pour 100 000 habitants en région NA versus 45,78 au niveau national soit un indice national de 1,03 pour la chirurgie ambulatoire). Ces taux régionaux masquent des disparités territoriales : indice régional compris en 2021 entre 0,92 pour la Charente et 1,12 en Haute-Vienne pour la chirurgie en hospitalisation complète et entre 0,78 pour la Creuse et 1,19 dans Les Landes pour la chirurgie ambulatoire.

Les OQOS du précédent PRS prévoyaient un certain nombre de réductions d'implantations, en fourchettes la plupart du temps, visant à rendre possibles les recompositions en fonction du niveau de l'activité chirurgicale réalisée par les établissements.

Entre 2018 et 2023, on peut souligner les évolutions suivantes :

- en Charente-Maritime : cession de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie détenue par la Clinique du Mai, en HC et en ambulatoire, au profit de la Clinique de l'Atlantique ;
- en Béarn et Soule : cession de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie détenue par la SAS Polyclinique de Marzet, en HC et en ambulatoire, au profit de la SAS Polyclinique de Navarre ;
- en Deux-Sèvres : dans le cadre du projet du Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres, regroupement de l'activité de soins de chirurgie, en HC et en ambulatoire, sur le site de Faye-l'Abbesse.

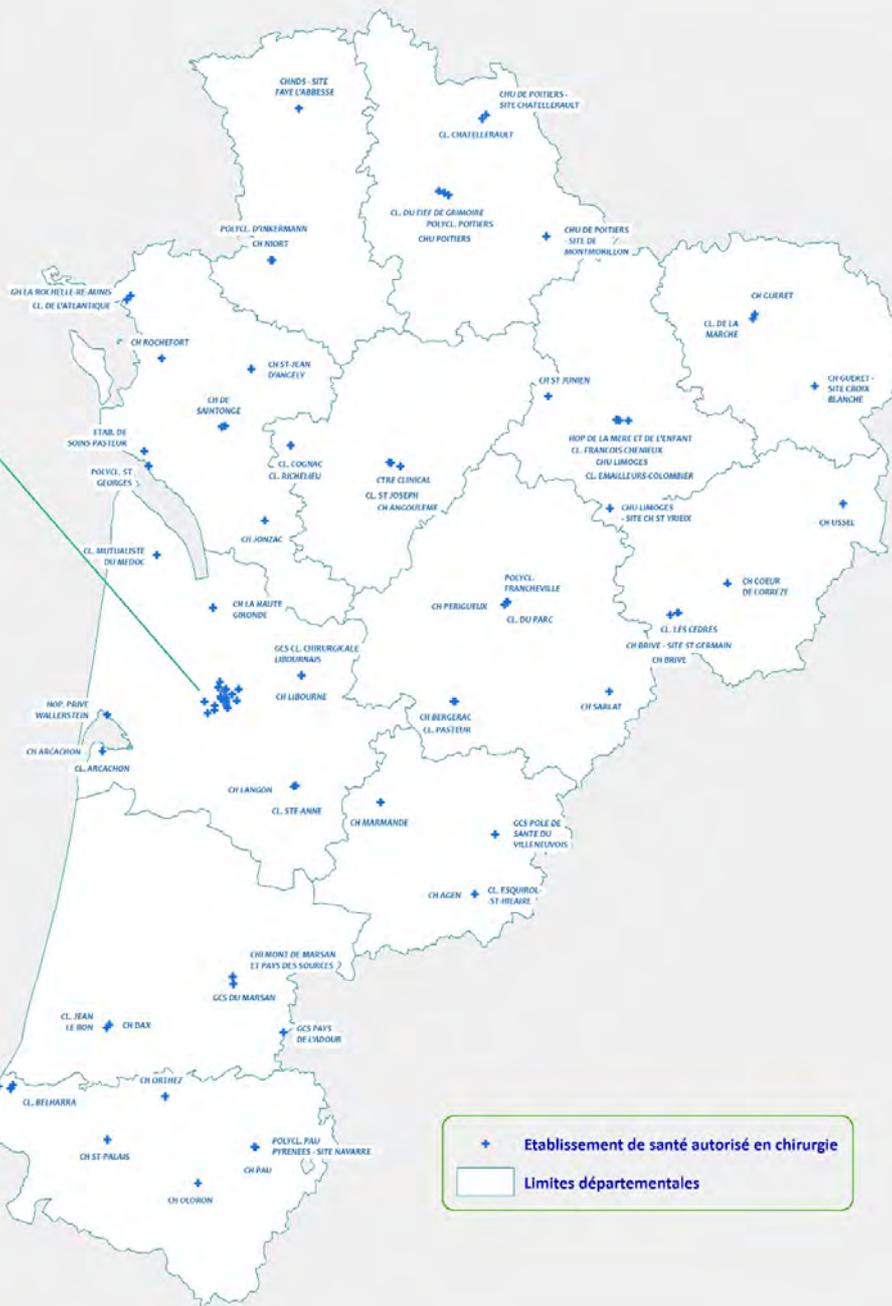
Les données d'activité pour la **chirurgie bariatrique** montrent une **légère augmentation** entre 2019 (2 897 séjours) et 2022 (2 975 séjours) en Nouvelle-Aquitaine, avec une baisse marquée en 2020 due à la crise sanitaire Covid-19. Seul le département de la Creuse ne dispose pas d'établissement ayant une activité de chirurgie bariatrique.

LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES AUTORISES EN CHIRURGIE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Mars 2023



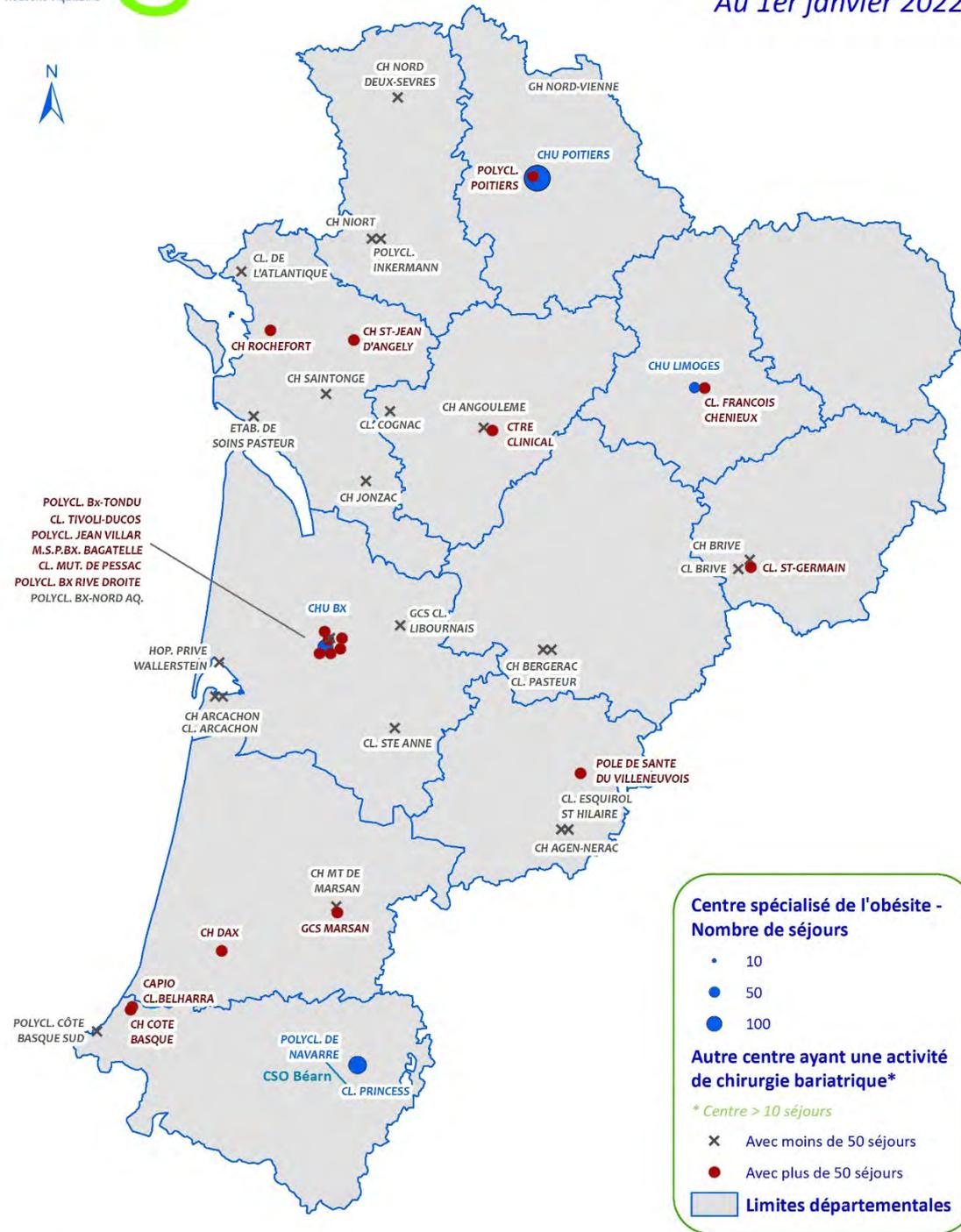
- BORDEAUX METROPOLIE**
- HOP. PRINCE ST MARTIN
 - CL. ST AUGUSTIN
 - POLYCL. JEAN VILLAR
 - POLYCLIN. DU NORD AQ.
 - HOP. SUBURBAIN DU BOSCQAT
 - NOUVELLE CL. BEL AIR
 - CL. TIVOLI DUKOS
 - POLYCL. DU BIVY DROITE
 - MSP. DE BAGATELLE
 - CL. OPHTHALMOLOGIQUE THIERS
 - INSTITUT BERGONIE
 - CL. MUTUALISTE DE PESSAC
 - CL. DU SPORT DU AERONAC
 - HYEL CL. DES TONDES
 - MSP. BAGATELLE - SITE ROBERT FICQUE
 - NIA ROBERT FICQUE
 - CH. PELLEGRIN - CHU
 - HOSPITAL ST ANDRE - CHU
 - HOSPITAL HAVY LEVEQUE - CHU



Source : FINESS/ARHQS au 10 mars 2023
 Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - D0S/DDPS/PES
 Mars 2023

L'offre de chirurgie bariatrique en Nouvelle-Aquitaine

Au 1er janvier 2022



Source : ATIH, base PMSI-MCO 2021
Cartographie : Découpage géographique au 1er janvier 2022
Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS/DSPSP/PES

Décembre 2022

Principes généraux de détermination des implantations

- ▶ **Chirurgie adultes : les implantations correspondant aux établissements actuellement autorisés en chirurgie sont maintenues** (en hospitalisation complète et en ambulatoire). Les établissements autorisés pour l'une ou l'autre des ex-modalités de l'autorisation de chirurgie devront respecter les conditions d'implantation (CI) et les conditions techniques de fonctionnement (CTF) telles que définies par les nouveaux textes.
- ▶ **Chirurgie pédiatrique** : afin de garantir une offre de soins de chirurgie pédiatrique sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, il est essentiel de disposer, pour chaque territoire de santé, **d'au moins un établissement de santé autorisé en chirurgie pédiatrique sur la zone territoriale de recours**. Les établissements qui souhaitent être titulaires de l'autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie pédiatrique devront respecter les CI et les CTF telles que définies par les nouveaux textes, et notamment les ratios en personnel médical et paramédical.
- ▶ **Chirurgie bariatrique** : afin de garantir l'accès aux soins pour tous les patients, dont les plus précaires, il est essentiel de **disposer d'une offre publique ou privée à but non lucratif, dans tous les territoires proposant une activité de chirurgie bariatrique**. Il est également essentiel de prendre en compte le projet médico-chirurgical, c'est-à-dire le projet de prise en charge préopératoire et de suivi post opératoire, en sus de l'atteinte du seuil d'activité fixé.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	3	1
Chirurgie Pédiatrique	1 à 3	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	0 à 1

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	4	4 à 5
Chirurgie Pédiatrique	2 à 3	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	1 à 3*	1 à 3*

* Maximum 4 implantations en 17, ZR et ZP inclus.

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	2	2
Chirurgie Pédiatrique	1 à 2	1
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	2	0 à 1
Chirurgie Pédiatrique	1	
Chirurgie Bariatrique		

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	3	2 à 3
Chirurgie Pédiatrique	2 à 3	1 à 2
Chirurgie Bariatrique	1	0 à 1

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	17 à 18	9
Chirurgie Pédiatrique	10 à 12	3 à 5
Chirurgie Bariatrique	8	0 à 2

TERRITOIRE DES LANDES

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	4	1
Chirurgie Pédiatrique	2 à 4	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	4	2
Chirurgie Pédiatrique	3	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	2	

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	3	2
Chirurgie Pédiatrique	1 à 2	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	2	2
Chirurgie Pédiatrique	2	0 à 2
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	1

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	2	1
Chirurgie Pédiatrique	1 à 2	0 à 1
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	0 à 1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	3	3
Chirurgie Pédiatrique	2	1 à 2
Chirurgie Bariatrique	1 à 2	0 à 1

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activités - Modalités	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie Adulte	4	1 à 2
Chirurgie Pédiatrique	2 à 3	0
Chirurgie Bariatrique	2	

Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Cadre juridique

L'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale n'a pas été modifiée par la réforme des autorisations d'activités de soins. Elle devrait toutefois être concernée par la réforme d'ici la fin du PRS.

En application du décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale, l'activité de soins comporte **4 modalités** :

- Gynécologie-obstétrique : maternités de type I
- Néonatalogie sans soins intensifs : maternités de type II A
- Néonatalogie avec soins intensifs : maternités de type II B
- Néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale : maternités de type III

Toutes les maternités assurent une prise en charge de grossesses physiologiques sans facteur de risque et des naissances à terme sans pathologie, quel que soit leur type, car elles sont des maternités de recours du territoire. Des prises en charge spécialisées sont en outre assurées selon le type de maternité :

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Caractéristiques des prises en charge réalisées pour les femmes	Caractéristiques des prises en charge réalisées pour les nouveau-nés
I Gynécologie-obstétrique	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant besoin de soins de puériculture
II A Néonatalogie sans soins intensifs	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses à risque avec possibilité que le nouveau-né nécessite de soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II B Néonatalogie avec soins intensifs	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III Néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses à fort risque, avec possibilité que le susceptible de le nouveau-né nécessite des soins dispensés en services de soins intensifs ou de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Le nombre d'accouchements s'élève à **53 830 accouchements en Nouvelle-Aquitaine en 2021 et à 53 464 accouchements en 2022** en incluant les accouchements en établissement, ou à domicile et pris en charge en établissement.

Ce chiffre est en baisse depuis 2014 : -7,9 % en Nouvelle-Aquitaine, -10,3 % en France métropolitaine. Une légère remontée est toutefois constatée en 2021 par rapport à 2020 : +1,2 % en Nouvelle-Aquitaine, +0,5 % en France métropolitaine.

En 2022, 33 % des accouchements de Nouvelle-Aquitaine sont réalisés en Gironde, 13 % dans les Pyrénées-Atlantiques, 8,8 % en Charente-Maritime, 7,3 % en Haute-Vienne, 7,9 % dans la Vienne, 5,6 % en Charente, 5,4 % dans le Lot-et-Garonne, 4,8 % dans la Dordogne, 4,6 % dans le Nord Deux Sèvres, 4,1 % dans les Landes, 4 % dans la Corrèze, et, 0,9 % en Creuse.

Le nombre de naissances par établissement varie, en 2022, de 143 (au CH d'Ussel, qui est la plus petite maternité de France) à 5 877 (au CHU Bordeaux, dont l'activité est la plus importante en France métropolitaine) :

Nombre d'accouchements en 2022	Nombre de maternités
Moins de 300	4
Entre 300 et 400	3
De 400 à 800	9
De 800 à 1 500	15
De 1 500 à 2 000	4
Plus de 2 000	7

Concernant les 5 années du précédent SRS, on peut dresser le bilan suivant :

Fermetures de maternités :

- Janvier 2018 : déménagement de la maternité de la clinique Saint-Germain au centre hospitalier de Brive.
- Décembre 2021 : La Polyclinique Inkermann de type 1 a souhaité mettre un terme à son activité de gynécologie obstétrique.
- Mai 2022 : La Clinique Esquirol Saint-Hilaire d'Agen (type 1) a souhaité mettre un terme à son activité de gynécologie obstétrique.

Evolution de la gradation de l'offre de soins dans certaines maternités :

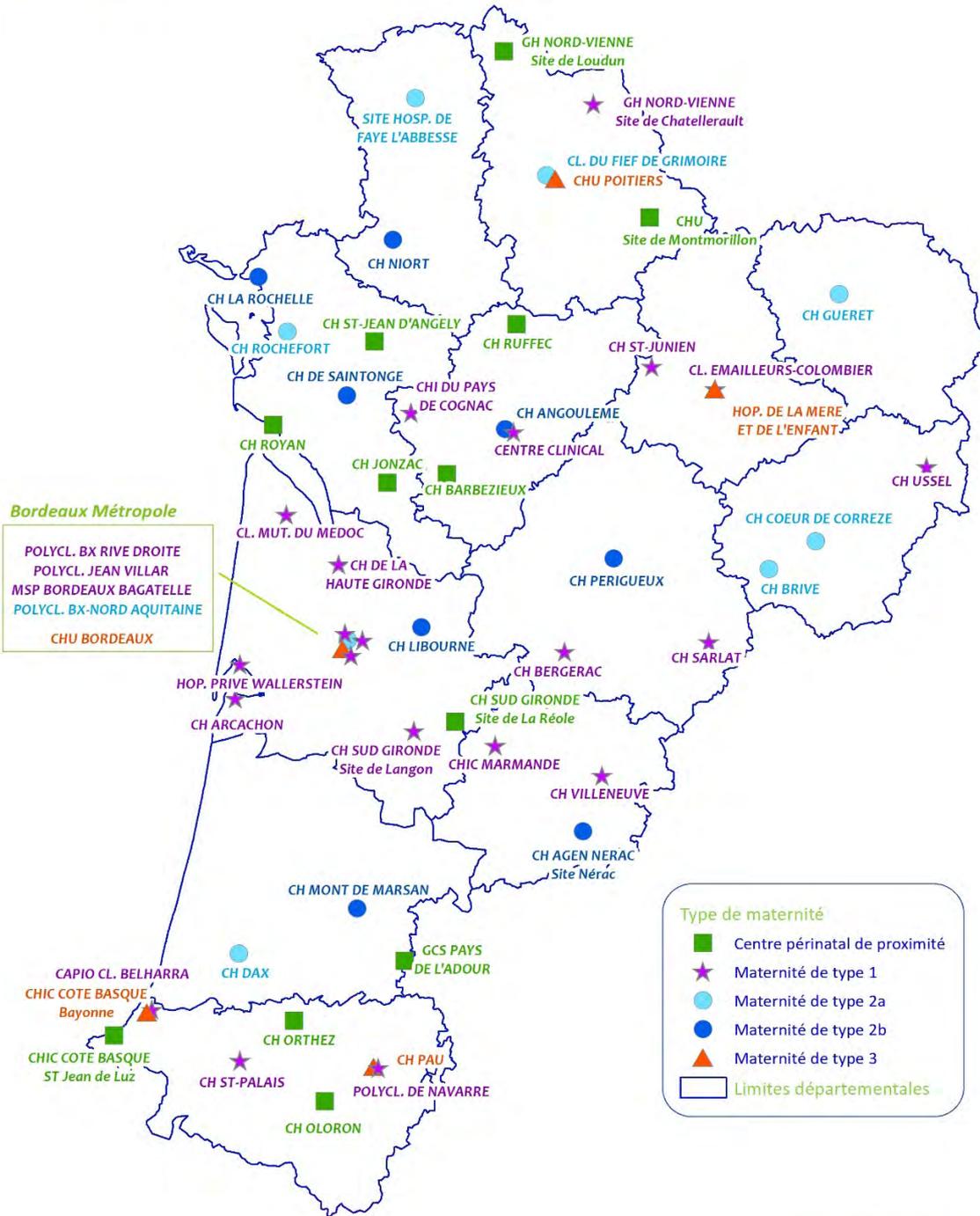
- Maternité d'Arcachon : autorisation d'exercer des soins de néonatalogie délivrée en septembre 2022 pour un passage de la maternité de type 1 à 2A.
- Maternité de la maison de santé protestante de Bagatelle (MSPB) : autorisation d'exercer des soins de néonatalogie délivrée en février 2023 pour un passage de la maternité de type 1 à 2A.

Le développement de l'activité de soins sous la forme de « l'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit » (HDJ) a été promu par l'ARS et le nombre d'établissements autorisés pour cette forme est sur le point de passer de 5 à 19.

Tous les établissements de santé de la région disposent d'un hébergement temporaire non médicalisé.

Maternités et Centres Périnataux de Proximité

Au 01 Août 2022



Source : Finess au 1er août 2022
Cartographie : ARS NA - DOS, Pôles études et statistiques
Août 2022

Principes généraux de détermination des implantations

Les établissements de santé assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés disposent, sur le même site :

- soit d'une unité d'obstétrique correspondant aux maternités de type 1 assurant au moins 300 accouchements, ou moins « à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population » comme le prévoit l'article R6123-50 CSP du Code de la Santé Publique ;
- soit d'une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie correspondant aux maternités de type 2A ;
- soit d'une unité d'obstétrique avec des soins intensifs de néonatalogie, correspondant aux maternités de type 2B ;
- soit d'une unité d'obstétrique, composée d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs et une unité de réanimation néonatale, correspondant aux maternités de type 3.

La gradation de la prise en charge selon les types de maternités dépend du nombre de naissances qu'elles réalisent et du niveau de maillage territorial existant sur chaque zone d'offre de soins (en proximité ou non d'une maternité de niveau de recours supérieur permettant les transferts périnataux).

Par zone d'offre, il est ainsi prévu, **a minima** :

- **1 maternité de type 3 par zone infrarégionale ;**
- **1 maternité de type 2B par zone territoriale pour 300 000 habitants** (en l'absence de maternité de type 3 sur la zone) ;
- **1 maternité de type 2A par zone territoriale comportant moins de 300 000 habitants.**

Les maternités développent progressivement 2 nouvelles offres de soins en proposant de **l'hospitalisation à temps partiel, appelé HDJ (Hôpital de Jour)**. Par ailleurs, dans le cadre des mentions prévues pour l'hospitalisation à domicile par la réforme des autorisations d'activités de soins, **l'HAD « ante et post partum » et l'HAD « enfants de moins de trois ans »** sont amenées à se développer.

Chaque maternité bénéficie d'un dispositif **d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM)** pour les femmes enceintes et leur accompagnant. Cette offre est à destination des femmes dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge et dont le domicile est éloigné de plus de 45 minutes de l'établissement de santé.

Le **Centre Périnatal de Proximité (CPP)** est une **structure relai de la maternité** et réalise des consultations en anténatal et post-natal, d'IVG, de santé mentale, d'addictologie, etc. Le CPP est ancré dans la gradation de l'offre de soins périnatale et il est en lien étroit avec sa maternité de référence. Au regard des difficultés de certaines maternités à maintenir ouvert leur plateau technique d'accouchement, le CPP est amené à faire évoluer son offre de soins pour s'adapter aux besoins du territoire avec de nouveaux moyens : éventail plus large des prises en charge des femmes enceintes, futures mères, couples, nouveau-nés, avec par exemple une possible extension de l'ouverture du CPP H24 (sage-femme de garde ou d'astreinte).

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète	1	1			1	1
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 2	+ 2	2	2

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète			0 à + 1		0 à 1*	
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	2		- 1 à 0		1 à 2*	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète		1				1
Maternité type 1						
Hospitalisation complète						
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 2	+ 4	2	4

* La fourchette doit se lire ainsi : soit 2 maternités de type 2B, soit 1 maternité de type 2B et 1 maternité de type 3

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète			0 à + 1		0 à 1*	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète	1	1	- 1 à 0		0 à 1*	1
Maternité type 1						
Hospitalisation complète		1				1
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 1	+ 2	1	2

* La fourchette doit se lire ainsi : soit 1 maternité de type 2B, soit 1 maternité de type 2A

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 1						
Hospitalisation complète						
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 1		1	

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète		2				2
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 1	+ 2	1	2

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète		1				1
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète	2	1		0 à +1	2	1 à 2*
Maternité type 1						
Hospitalisation complète	2	4		-1 à 0	2	3 à 4*
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
	1	1	+ 4	+ 6	5	7

* La fourchette doit se lire ainsi : soit 2 maternités de type 2A et 3 maternités de type 1, soit 1 maternité de type 2A et 4 maternités de type 1

TERRITOIRE DES LANDES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 1						
Hospitalisation complète						
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
			+ 2	+ 1	2	1

TERRITOIRE LOT-ET-GARONNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète		2				2
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit						
	1			+ 2	1	2

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète	1	1			1	1
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit			+ 2	+ 2	2	2

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète	1				1	
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit			+ 2	+ 2	2	2

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète		1				1
Maternité type 1						
Hospitalisation complète						
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1			+ 1	1	1

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité niveau 3						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité niveau 2 B						
Hospitalisation complète						
Maternité niveau 2 A						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité niveau 1						
Hospitalisation complète		1				1
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1		+ 1	+ 3	2	3

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Activité – Modalité	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations-suppressions-recompositions (/autorisés au 31 mai 2023)		Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Maternité type 3						
Hospitalisation complète	1				1	
Maternité type 2 B						
Hospitalisation complète						
Maternité type 2 A						
Hospitalisation complète						
Maternité type 1						
Hospitalisation complète	1	1			1	1
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit			+ 2	+ 1	2	1

Soins médicaux et de réadaptation

Cadre juridique

Le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) va connaître une profonde évolution à l'occasion de la mise en œuvre de deux réformes complémentaires : la réforme des autorisations qui change en premier lieu la dénomination en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et la réforme du financement.

Les décrets n° 2022-24 et n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement visent à conforter la place du SMR dans le parcours patient en améliorant l'accès à une offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire. La réforme financière vient compléter cette ambition grâce à un modèle financier mieux adapté au secteur et à ses enjeux.

L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de **prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales**. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

Les principales évolutions apportées par les décrets de 2022, et précisées dans l'instruction n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation, consistent en :

- le **changement de la dénomination de l'activité** qui devient activité de « soins médicaux et de réadaptation » afin de mieux rendre compte de l'activité effective des établissements et notamment des évolutions constatées dans les profils de patients accueillis ;
- la **création de la modalité « pédiatrie »**, exclusive pour la prise en charge des enfants, afin d'identifier la filière pédiatrique et répondre à l'exigence de qualité. Deux exceptions : mention brûlés et + de 16 ans. Permettre une scolarisation adaptée des enfants sur site ou par convention est un élément essentiel de la prise en charge des enfants en SMR pédiatrique ;
- la **création de la mention « polyvalent »**, pour en préciser les conditions techniques de fonctionnement, et ainsi permettre l'homogénéisation des prises en charge entre régions et entre établissements ;
- la **création de la mention « oncologie »**, pour faciliter l'accès des patients atteints d'un cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours ;
- la **description de l'organisation territoriale de l'offre**, qui permet notamment :
 - une mission de soutien des structures SMR aux autres acteurs du territoire en matière d'évaluation et d'orientation des patients. Dans ce cadre est prévu notamment le renforcement du SMR hors les murs via le déploiement de télésanté et des équipes mobiles pour la coordination du parcours patient avec le premier recours, les établissements médico-sociaux et autres établissements sanitaires ;
 - un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées. Dans ce cadre est prévue notamment la reconnaissance contractuelle et tarifaire par les ARS d'activités d'expertise (AE) et de plateaux techniques spécialisés (PTS) ;
- la mise en avant de la **prise en charge des pathologies chroniques** (prévention, éducation thérapeutique) aux côtés des soins de suite ;
- la création d'une obligation, sauf dérogation, pour le titulaire de l'autorisation, de **permettre une prise en charge en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation complète** ;
- l'obligation d'**au moins deux médecins compétents** dont les conditions de compétences sont renforcées dans le cas où ils ne sont pas spécialistes de la mention sollicitée ;
- un/une **psychologue** devient obligatoire dans la majorité des mentions ;

- un appui à l'intégration de l'**activité physique adaptée** (APA) dans les projets thérapeutiques pour reconnaître le rôle et le bénéfice de l'APA dans la prise en charge, en lien avec la stratégie nationale Sport Santé ;
- dans le cadre des conditions techniques de fonctionnement, la **spécification des prises en charge thérapeutiques et de l'organisation des soins** pour toutes les mentions, afin d'homogénéiser le niveau d'exigence entre spécialités et d'en faciliter la compréhension, pour les établissements comme pour les ARS.

L'ensemble de ces changements met en avant un **enjeu central de coordination/fluidification du parcours patient et de gradation de l'offre** : SMR polyvalent, SMR spécialisé, SMR « expert » et SMR « hors les murs » avec la possibilité d'allers-retours selon les besoins évolutifs du patient.

La **réforme du financement** quant à elle, prévoit plusieurs compartiments de financement, selon un modèle identique dans les secteurs privé et public, et notamment :

- 50% des recettes issues de l'activité afin de reconnaître en temps réel les dynamiques d'activité ;
- un compartiment dédié aux AE et PTS qui comprend une dotation pédiatrique ;
- un compartiment appelé « dotation populationnelle » dont le premier objectif est de réduire les inégalités territoriales. Ce mode d'allocation constitue un outil puissant pour structurer une offre de soin pérenne en réponse aux besoins, tout en laissant une liberté d'organisation importante aux acteurs. En remettant les besoins de santé au centre de la réflexion, la dotation populationnelle constitue un outil structurant et stratégique d'allocation des ressources.

Dans ce cadre, un **comité consultatif d'allocation de ressources** (CCAR) - section SMR devra être consulté sur :

- les critères de répartition du montant de la dotation populationnelle ;
- les modalités de répartition du montant de la dotation pédiatrie ;
- les thématiques et les modalités de choix sur lesquelles l'ARS souhaite procéder à des appels à projets ;
- les objectifs de transformation de l'offre de soins relatifs aux activités de SMR ayant vocation à être intégrés dans le CPOM conclu entre le directeur général de l'ARS et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

En Nouvelle-Aquitaine, on dénombre **185 établissements SSR, dont 50 % ont des capacités inférieures à 50 lits toutes spécialités confondues**. Les territoires les plus concernés, qui nécessiteront donc une vigilance particulière dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du fait de la spécialisation importante attendue sont :

- la Creuse (75 % des SSR avec une capacité inférieure à 50 lits) ;
- la Corrèze, la Dordogne, le Lot-et-Garonne (67 %) ;
- la Haute-Vienne (62 %) ;
- la Charente (60 %) ;
- les Deux-Sèvres (55 %).

Le taux d'équipement régional en SSR est de 1,46 lits pour 1 000 habitants toutes mentions confondues, contre 1,53 lits au niveau national (source SAE 2021, calcul réalisé sur la population générale régionale et France métropolitaine).

Ce taux varie selon les territoires :

- ▀ certains départements apparaissent sous dotés comme la Gironde (1 lit/1 000 hab) ;
- ▀ d'autres territoires sont en revanche sur dotés comme la Creuse (3,09 lits/1 000 hab) et les Pyrénées-Atlantiques (2,22 lits/1 000 hab).

La répartition des capacités régionales en lits SSR selon les mentions est la suivante :

Spécialités	Pourcentage des capacités régionales
SSR non spécialisés	39 %
SSR spécialisés - affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	25,4 %
SSR spécialisés - affections de l'appareil locomoteur	8,7 %
SSR spécialisés - affections du système nerveux	8,4 %
SSR spécialisés - affections cardio-vasculaires	4,8 %
SSR spécialisés - affections respiratoires	4,4 %
SSR spécialisés - affections liées aux conduites addictives	3 %
SSR spécialisés - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	2,5 %
SSR spécialisés - affections onco-hématologiques	1,2 %
SSR spécialisés - affections des brûlés	0,4 %
SSR autorisés à la modalité pédiatrique	2,2 %

Les filières SSR locomoteur et SSR système nerveux sont particulièrement déficitaires (en comparaison aux taux d'équipements nationaux par mention) ; de même pour l'offre de SSR pédiatrique.

A noter que, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement SSR, la dotation populationnelle devra être déployée en tenant compte des besoins de la population, par territoire et par filières. **La répartition des mentions SSR a donc vocation à évoluer afin de tenir compte de manière plus fine de l'état de santé de la population pour les pathologies concernées par chaque mention.** De plus, les SMR polyvalent auront vocation à prendre en charge des patients pour des pathologies n'entrant pas dans la catégorie SMR spécialisé et pouvant entraîner une baisse temporaire de l'autonomie (justifiant un séjour en SMR dit polyvalent non spécialisé). De ce fait, les patients relevant d'un SMR spécialisé de par la pathologie concernée n'auront plus vocation à être pris en charge en SMR polyvalent. **Il conviendra donc de développer les SMR spécialisés tout en gardant une offre socle de SMR polyvalent pour ces patients.**

Concernant les activités d'expertise (AE) qui devront faire l'objet d'une reconnaissance contractuelle de la part de l'ARS, et qui bénéficieront d'un financement spécifique (compartiment dédié dans le nouveau modèle), en Nouvelle-Aquitaine, **58 AE ont été identifiées sur 32 établissements de santé.** Les établissements identifiés comme « experts » prennent en charge les cas les plus complexes et animent l'enseignement et la recherche sur le sujet. Il s'agit bien d'une expertise au sein d'un établissement spécialisé (neurologique pour 6 AE, respiratoire, cardiologique, locomoteur, addictologie et obésité). L'offre de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) devra faire l'objet d'une attention particulière car aucune offre n'existe actuellement sur la région.

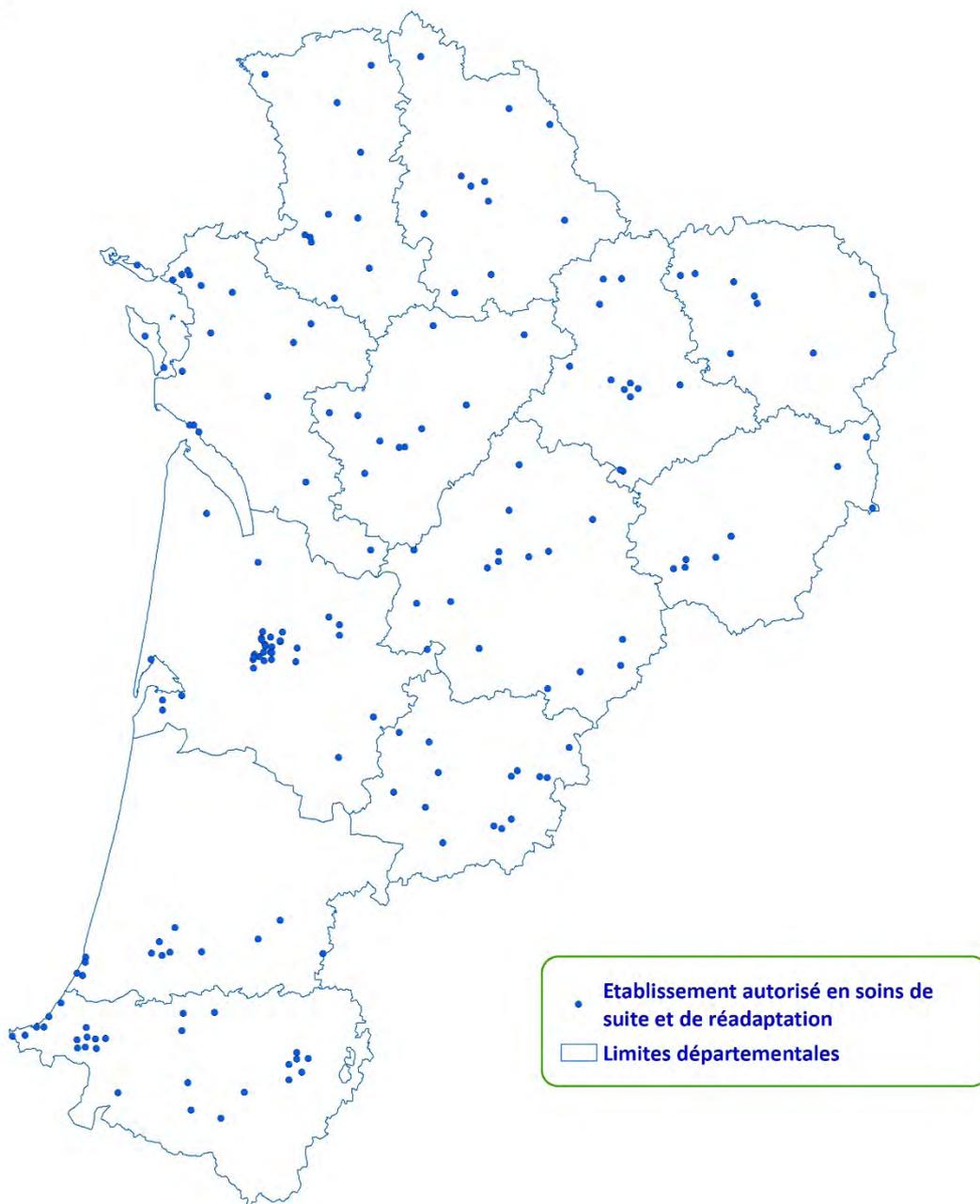
Dans le cadre de la réforme financière, le CCAR section SSR a été mis en place en novembre 2022.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient de nombreuses implantations supplémentaires dans diverses spécialités de SSR, et dans tous les territoires de santé, poursuivant un double objectif de :

- ▶ d'intensification du virage ambulatoire par transformation de lits en places ;
- ▶ de spécialisation de capacités de SSR polyvalent en particulier en SSR neurologique, locomoteur et cardiovasculaire ;
- ▶ et de renforcement de l'offre en établissements spécialisés en SSR pédiatriques.

Un nombre très important d'autorisations a été délivré dans la période 2018 - 2023, dans la grande majorité des cas par conversion capacitaire au sein d'un même établissement. Et parfois, lorsque les territoires étaient sous-dotés, par création nette de capacités. Il est ainsi à noter qu'en Gironde, conformément aux principes de déterminations des implantations du précédent SRS, 237 lits et 81 places ont pu être créés depuis 2019.

Implantation des établissements néo-aquitains ayant au moins une autorisation de soins de suite et de réadaptation



Source : ARHGOS / FINESS au 1er décembre 2022
Cartographie : Découpage géographique au 01/01/2022
Réalisation : ARS NA - DOS/DDPSP/PES - 24/05/2023

Principes généraux de détermination des implantations

- ▶ Renforcer la **gradation de l'offre territoriale et infrarégionale par filières** et fluidifier le parcours du patient dans le cadre du nouveau paysage de l'offre SMR : SMR polyvalent, SMR spécialisés, activités d'expertise et SMR hors les murs (équipe mobile de réadaptation (EMR), télésanté, HAD de rééducation), avec la possibilité de **conventionner afin de formaliser cette articulation**.
- ▶ Consolider les **SMR spécialisés** conformément aux nouvelles dispositions réglementaires* et améliorer les taux d'équipement dans le respect de la dotation populationnelle et de ses critères de répartition.
- ▶ Tout en conservant et en adaptant l'offre de **SMR polyvalent** pour les patients porteurs de pathologies n'entrant pas dans la catégorie SMR spécialisés et pouvant entraîner une baisse temporaire de l'autonomie.
- ▶ Déployer les **SMR mention pédiatrie** conformément aux nouvelles dispositions réglementaires* et améliorer le taux d'équipement dans le respect de la dotation populationnelle complétée de la dotation pédiatrique.
- ▶ L'effort en faveur du **rééquilibrage de l'offre régionale** doit être maintenu :
 - soit par transfert de capacités des territoires dont les taux d'équipement sont importants vers les territoires sous dotés (calcul réalisé au sein de l'enveloppe fermée de Nouvelle-Aquitaine en tenant compte des projections démographiques) ;
 - soit en priorisant la création de nouvelles capacités dans les territoires sous dotés, en particulier la Gironde, et pour certaines spécialités inexistantes au sein d'un territoire.
- ▶ **Dimensionner les établissements** de manière à répondre aux besoins de la population tout en veillant à l'attractivité des ressources médicales rares et permettre une pratique quotidienne suffisante pour garantir le maintien des compétences.

**décrets de janvier 2022 et instruction de septembre 2022.*

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE CHARENTE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	2 à 3	7
SMR gériatrique	1	4 à 5
SMR locomoteur	2	1
SMR système nerveux	2	1
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)		1
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE CHARENTE-MARITIME

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3 à 5	10 à 11
SMR gériatrique	4	5
SMR locomoteur	3	1 à 2
SMR système nerveux	2 à 3	1
SMR cardio-vasculaire	1	2
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1 à 2
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		1
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		1

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	4
SMR gériatrique	2	2
SMR locomoteur	1	1
SMR système nerveux	1	1
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	5
SMR gériatrique	1	2
SMR locomoteur		2
SMR système nerveux		1
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	0 à 1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives	1	
SMR cancer		
mention oncologie		
mention oncologie et hématologie		
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	11
SMR gériatrique	2	8
SMR locomoteur	2	1
SMR système nerveux	2	
SMR cardio-vasculaire	2	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	17 à 19	11
SMR gériatrique	8 à 9	6 à 7
SMR locomoteur	4 à 5	2
SMR système nerveux	4	2 à 3
SMR cardio-vasculaire	5 à 6	2
SMR pneumologie	5	2
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	4	
SMR brûlés	1	
SMR conduites addictives	1 à 2	1
SMR cancer		
mention oncologie	2	1
mention oncologie et hématologie	2	1
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus	2	
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans	2	

TERRITOIRE DES LANDES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	7 à 8
SMR gériatrique	2	3 à 4
SMR locomoteur	3	1
SMR système nerveux	3	
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	0 à 1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus	1	
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans	1	

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	7 à 9
SMR gériatrique	2	5 à 7
SMR locomoteur	1	1
SMR système nerveux	1	1
SMR cardio-vasculaire	1 à 2	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives	1	
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE BEARN ET SOULE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	4 à 5	2 à 4
SMR gériatrique	2	2 à 3
SMR locomoteur	1	1
SMR système nerveux	1	2
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives	1	
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus	1	
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans	1	

TERRITOIRE DE NAVARRE COTE-BASQUE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent		7 à 13
SMR gériatrique		4 à 5
SMR locomoteur		2
SMR système nerveux		4
SMR cardio-vasculaire	1	2
SMR pneumologie		5
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)		2
SMR brûlés		1
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie		1
mention oncologie et hématologie		1
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	1	7
SMR gériatrique	1	5
SMR locomoteur	1	
SMR système nerveux	2	1
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1 à 2	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)		1
SMR brûlés	1	
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus		
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans		

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	2 à 3	6
SMR gériatrique	2	2
SMR locomoteur	2	
SMR système nerveux	2	
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	1	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	2	
SMR brûlés		
SMR conduites addictives		1
SMR cancer		
mention oncologie	1	
mention oncologie et hématologie	1	
SMR pédiatrie		
mention enfants et adolescents (EA) : mineurs de 4 ans et plus	1	
mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) : mineurs y compris ceux de moins de 4 ans	1	

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
SMR polyvalent	3	6 à 8
SMR gériatrique	2	3
SMR locomoteur	3	
SMR système nerveux	3	
SMR cardio-vasculaire	1	
SMR pneumologie	2	
SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (E2DN)	1	2
SMR brûlés	1	
SMR conduites addictives	1	
SMR cancer		
mention oncologie	1	0 à 1
mention oncologie et hématologie	1	0 à 1
SMR pédiatrie		
<u>mention enfants et adolescents (EA) :</u> mineurs de 4 ans et plus	1	
<u>mention jeunes enfants, enfants et adolescents (2EA) :</u> mineurs y compris ceux de moins de 4 ans	1	

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Cadre juridique

Les conditions d'exercice de l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale n'ont pas été modifiées par la réforme des autorisations d'activités de soins, mais devraient l'être d'ici la fin du PRS.

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est traitée par deux méthodes qui se complètent ou alternent : l'épuration extra rénale par la dialyse du sang par voie extracorporelle (hémodialyse) ou par voie corporelle (dialyse péritonéale), et la greffe rénale.

Le Code de la Santé Publique définit 4 modalités de prise en charge pour l'épuration extra-rénale :

- ▶ **hémodialyse en centre** pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin, qui peut concerner les adultes ou les enfants ;
- ▶ **hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)** pour les patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en centre d'autodialyse ;
- ▶ **hémodialyse en unité d'autodialyse (UAD) simple** pour les patients formés à l'hémodialyse en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; hémodialyse en unité d'autodialyse **assistée** si l'assistance d'une infirmière est nécessaire pour certains gestes ;
- ▶ **dialyse à domicile**, soit **par hémodialyse**, soit par **dialyse péritonéale**, pour les patients en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à leur traitement, assistés ou non d'une tierce personne.

Les **unités de dialyse saisonnière** ne constituent pas une modalité de traitement à part entière mais peuvent venir compléter l'offre existante, en fonction des besoins.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

En 2019, en Nouvelle-Aquitaine, 963 nouveaux patients ont débuté un premier traitement de suppléance (dialyse ou greffe préemptive) pour insuffisance rénale chronique terminale, soit une incidence de 141 par million d'habitants (pmh) (inférieur au taux national de 169 pmh) : 893 ont débuté par la dialyse et 70 par une greffe rénale préemptive, sans dialyse auparavant, soit 7,3 %. Le territoire d'ex-Poitou-Charentes se démarque avec un taux de 8,4 %, en comparaison avec l'ex-Aquitaine : 7,5 %, l'ex-Limousin : 4 %, et la France entière : 4 %.

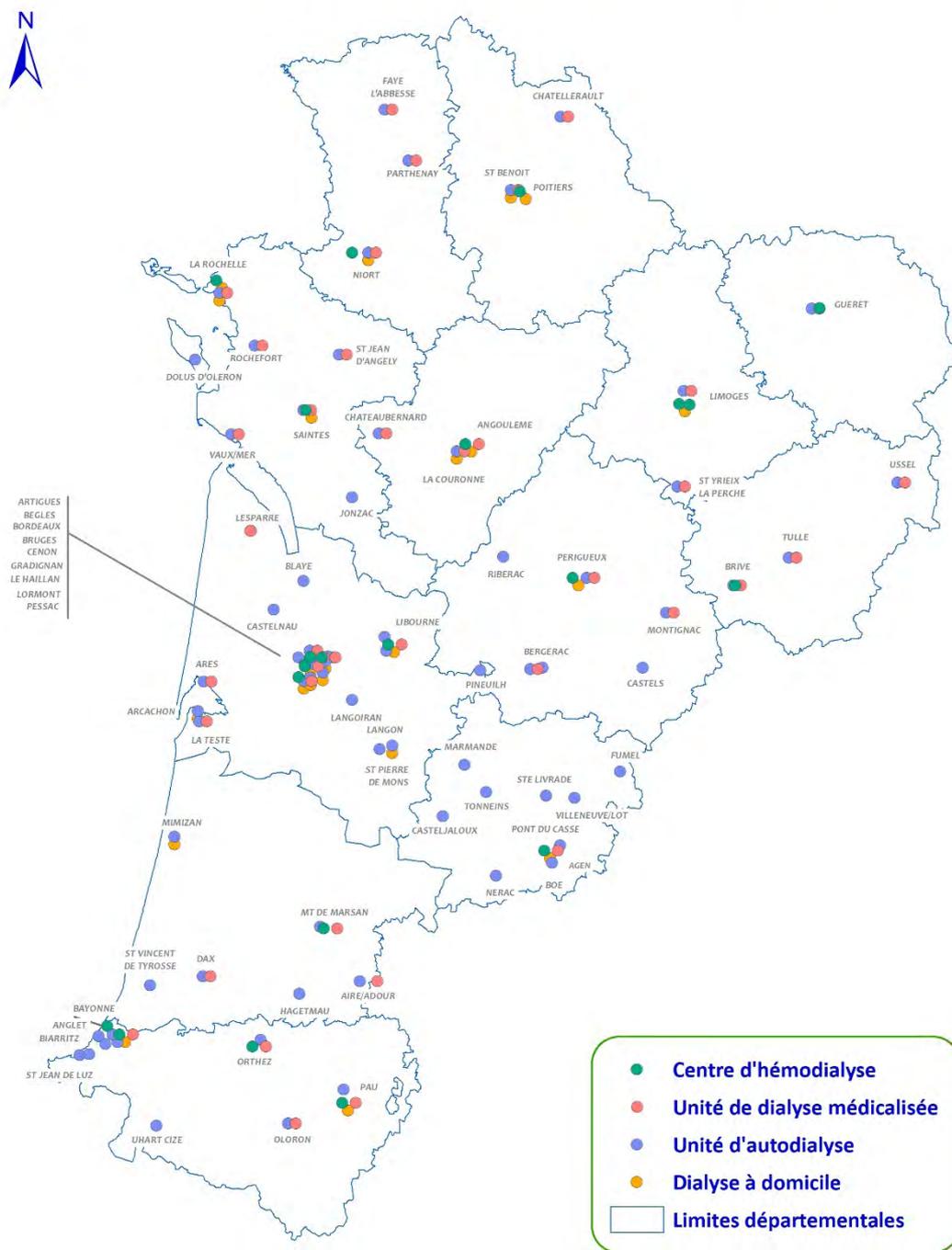
La fuite des patients ayant débuté la dialyse dans une région différente de celle de leur résidence est particulièrement marquée en ex-Poitou-Charentes (10,3 %) et en ex-Limousin (4 %) par rapport à l'ex-Aquitaine (1,2 %) et au niveau national (3,3 %). Le ratio hommes/femmes est proche de 2.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient, dans chaque territoire de santé :

- ▶ des implantations supplémentaires d'UDM et d'UAD en zone de proximité principalement, mais aussi en zone de recours quand un besoin avait été identifié ;
- ▶ des implantations supplémentaires de dialyse à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale à domicile).

Depuis 2018, 11 autorisations d'UDM et 7 autorisations d'UAD ont été délivrées, permettant une meilleure accessibilité pour les patients, et le désengorgement des centres lourds.

L'offre de soins pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) en Nouvelle-Aquitaine



Sources : ARHGOS/FINESS au 15/12/2022 - DRESS, SAE 2021 - ATIH, PMSI MCO 2021
 Cartographie : Découpage géographique au 01/01/2022
 Réalisation : ARS NA - DOS/DDPSP/PES - 15/12/2022

Principes généraux de détermination des implantations

Les principes généraux du précédent SRS sont encore d'actualité et sont reconduits, dans l'attente des éventuels nouveaux décrets fixant les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique :

- **garantir une offre mixte dans chaque zone territoriale de recours** (centre lourd + unité de dialyse médicalisée (UDM) + unité d'autodialyse (UAD) + hémodialyse à domicile).
- **privilégier le développement d'une offre de proximité** (UDM + UAD ou UAD seules ou dialyse à domicile) afin de limiter les transports longs et fatigants des patients, de désengorger les centres lourds et d'optimiser l'adaptation du niveau de prise en charge.
- **déployer des unités saisonnières si l'augmentation du besoin estival le justifie** et que des services d'urgence existent en proximité pour les UDM.
- **privilégier l'implantation d'unités mixtes**, UAD à proximité des établissements de santé existants, et sinon des maisons de santé pluri professionnelles (MSP).
- **favoriser le déploiement de la télémédecine** afin d'optimiser la ressource médicale rare que sont les néphrologues. Le déploiement de la télémédecine dans les unités mixtes, UAD permettra également le développement des téléconsultations néphrologiques hors dialyse.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	2	1			2	1
Autorisations UAD	1	1			1	1
Autorisations hémodialyse à domicile	1				1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	2				2	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	2	3		+1	2	4
Autorisations UAD	2	5		+1	2	6
Autorisations hémodialyse à domicile	1				1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	3				3	
Unités saisonnières UDM		1				1
Unités saisonnières UAD			+1		1	

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1	2			1	2
Autorisations UAD	1	2			1	2
Autorisations hémodialyse à domicile			+1		1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile			+1		1	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1				1	
Autorisations UAD	1				1	
Autorisations hémodialyse à domicile			+1		1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile			+1		1	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1	2			1	2
Autorisations UAD	1	5			1	5
Autorisations hémodialyse à domicile	1			+1	1	1
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	1			+1	1	1
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	5	1			5	1
Autorisations CENTRE enfants	1				1	
Autorisations UDM	5	4		+1	5	5
Autorisations UAD	10	15			10	15
Autorisations hémodialyse à domicile	6	3			6	3
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	6	3			6	3
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DES LANDES

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	2	1			2	1
Autorisations UAD	2	5			2	5
Autorisations hémodialyse à domicile	1	1			1	1
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	1	1			1	1
Unités saisonnières UDM				+1		1
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1			+2	1	2
Autorisations UAD	2	7			2	7
Autorisations hémodialyse à domicile	1				1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA COTE-BASQUE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	2				2	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1			+1	1	1
Autorisations UAD	3	3		+1	3	4
Autorisations hémodialyse à domicile	2				2	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD	1		-1			

TERRITOIRE DE BEARN ET SOULE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - recompositions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1		0 à +1		1 à 2	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1	2	0 à +1		1 à 2	2
Autorisations UAD	1	2	0 à +1	+1	1 à 2	3
Autorisations hémodialyse à domicile	2				2	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1				1	
Autorisations CENTRE enfants						
Autorisations UDM	1	1			1	1
Autorisations UAD	1	1		+1	1	2
Autorisations hémodialyse à domicile	1				1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	1				1	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - reconstitutions (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	1	1			1	1
Autorisations CENTRE enfants			+1		1	
Autorisations UDM	1	1			1	1
Autorisations UAD	1	1		+1	1	2
Autorisations hémodialyse à domicile	1				1	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Modalités/forme	Nombre de sites autorisés au 31 mai 2023		Créations - suppressions - reconfigurations (/ au 31 mai 2023)		Schéma - cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Autorisations CENTRE	2				2	
Autorisations CENTRE enfants			+1		1	
Autorisations UDM	1	1	+1	0 à +1	2	1 à 2
Autorisations UAD	1	1	+1	0 à +1	2	1 à 2
Autorisations hémodialyse à domicile	1		0 à +1		1 à 2	
Autorisation dialyse péritonéale à domicile	2				2	
Unités saisonnières UDM						
Unités saisonnières UAD						

Traitement du cancer

Cadre juridique

Les décrets publiés en avril 2022 (n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022- 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement) modifient les conditions d'exercice de l'activité de soins de traitement du cancer, et entrent en vigueur le 1er juin 2023, dans le cadre du nouveau PRS.

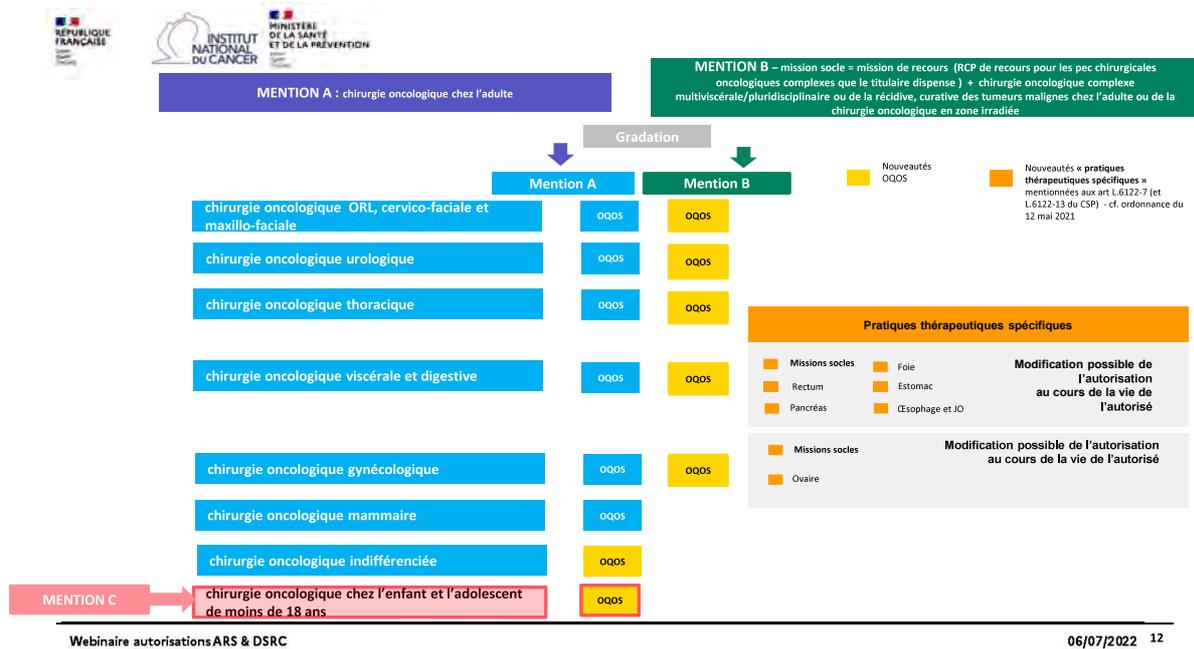
Les axes forts de la réforme des autorisations en traitement du cancer sont les suivants :

- ▶ un **renforcement des déterminants transversaux qualité en oncologie** tenant compte des évolutions de pratiques, techniques et organisations en oncologie, de l'intégralité du parcours de soins curatifs du cancer des patients jusqu'à l'amorce du suivi après traitement du cancer, et des enjeux de territorialisation et de proximité ;
- ▶ **instauration pour les adultes, d'une gradation de l'offre de chirurgie oncologique** (induisant une gradation des réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP) **et de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)**, dont les chimiothérapies intensives entraînant des aplasies prévisibles de plus de 8 jours ;
- ▶ Les nouveaux décrets renforcent les obligations opposables pour les **chirurgies oncologiques complexes** : RCP de recours, exigences en termes d'équipes pluridisciplinaires, exigences en termes de plateaux techniques et en soins critiques ;
- ▶ **instauration de seuils rénovés ou de nouveaux seuils en chirurgie oncologique et d'un seuil rénové en TMSC**. Les nouveaux seuils de chirurgie oncologiques pour des organes digestifs (foie, pancréas, œsophage, rectum, estomac) et gynécologiques (ovaire) sont accompagnés d'une nouvelle régulation de cette offre de soins via les **pratiques thérapeutiques spécifiques** créées par l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 qui permettra une souplesse quant à la gestion des autorisations ;
- ▶ la **régulation de l'offre de traitement du cancer pédiatrique par l'ARS** en remplacement de la régulation par les organisations hospitalières interrégionales (OIR) de cancérologie pédiatrique labellisées par l'INCa.

Les nouveaux décrets introduisent **3 modalités** :

- ▶ **chirurgie oncologique** : elle constitue un **traitement à visée curative de la tumeur cancéreuse réalisé dans un secteur interventionnel**. Elle comprend la chirurgie conservatrice, le curage ganglionnaire, la chirurgie radicale, la chirurgie de résection tumorale macroscopiquement complète en cas de carcinose péritonéale, la chirurgie des métastases, les techniques de destruction tumorale non percutanée, la chirurgie de reconstruction immédiate dans le même temps opératoire que l'exérèse, ainsi que la chirurgie de la récurrence ;
- ▶ **radiothérapie externe, curiethérapie** : la **radiothérapie externe** est une méthode de traitement des cancers utilisant des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses par des rayons produits par un accélérateur linéaire de particules, tout en épargnant le plus possible les tissus sains périphériques à l'aide d'un moyen d'imagerie. La **curiethérapie** est une technique de radiothérapie qui consiste en l'implantation, à l'intérieur du corps du patient atteint de cancer, de sources radioactives scellées soit directement au sein de la tumeur, soit à son contact ;
- ▶ **traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)** : la modalité de TMSC couvre l'ensemble des TMSC quelle que soit la voie d'abord (par voie intraveineuse, orale, sous-cutanée...). L'activité de soins de traitement du cancer selon la modalité de TMSC ne comprend pas l'ancienne modalité d'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, qui relèvera de l'encadrement réglementaire de la nouvelle activité de soins de médecine nucléaire.

Pour chacune de ces modalités, les décrets prévoient plusieurs mentions, dans une logique de gradation des soins. S'agissant de la chirurgie oncologique, il y a 3 mentions et des pratiques thérapeutiques spécifiques :



Les seuils, nouveaux ou rénovés, sont les suivants :

Localisation et pratiques thérapeutiques spécifiques de traitement du cancer	Seuils Chirurgicaux réglementaires selon mentions	
	Mention A	Mention B
1-Chirurgie oncologique viscérale et digestive	30 actes par an	30 actes par an, dont le cas échéant :
<i>œsophage ou jonction gastro-œsophagienne</i>		5 actes par an
<i>foie</i>		5 actes par an
<i>estomac</i>		5 actes par an
<i>pancréas</i>		5 actes par an
<i>rectum</i>		5 actes par an
2-Chirurgie oncologique thoracique	40 actes par an*	40 actes par an
3-Chirurgie oncologique sphère ORL, cervico-faciale, maxillo-faciale	20 actes par an	20 actes par an
4-Chirurgie oncologique urologique	30 actes par an	30 actes par an
5- Chirurgie oncologique gynécologique	20 actes par an	20 actes par an + le cas échéant
<i>ovaire</i>		20 actes par an
6- Chirurgie oncologique mammaire	70 actes par an*	

* seuils renforcés

Modalité	Seuils réglementaires
Radiothérapie externe adultes	600 patients
Radiothérapie externe enfants	12 mises en traitement
Traitement médicamenteux systémique du cancer	100 patients dont 65 en ambulatoire

Contexte régional et bilan de l'offre existante

On estime à 36 939 le nombre moyen de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année dans la région Nouvelle-Aquitaine sur la période 2007-2016, soit 9,7 % des nouveaux cas survenant en France métropolitaine, avec 56 % des cas chez l'homme et 44 % chez la femme. Les localisations les plus fréquentes et responsables de plus de la moitié des cas sont :

- La prostate (26,7 %), le poumon (13,7 %), le côlon-rectum-anus (12,3 %) chez l'homme
- Le sein (31,6 %), le côlon-rectum-anus (13,1 %) et le poumon (7 %) chez la femme.

Le cancer est la cause de 28 % des décès dans la région, avec un nombre moyen de décès annuel estimé à 16 218 cas, dont 59 % chez l'homme et 41 % chez la femme. Les cancers de mauvais pronostic représentent 21,5 % des cancers diagnostiqués (22 % au niveau national).

L'incidence et la mortalité par cancer présentent des disparités territoriales notables : par exemple en Charente-Maritime, Gironde, Landes, Pyrénées-Atlantiques et Deux-Sèvres, il est observé une surmortalité et une sur-incidence pour plusieurs cancers, système nerveux central, thyroïde, poumon et rein.

La Nouvelle-Aquitaine présente une situation défavorable vis-à-vis des principaux facteurs de risque de cancer avec des **prévalences supérieures à la moyenne nationale** : tabagisme quotidien, consommation d'alcool (notamment consommateurs quotidiens et jeunes consommateurs réguliers), surcharge pondérale.

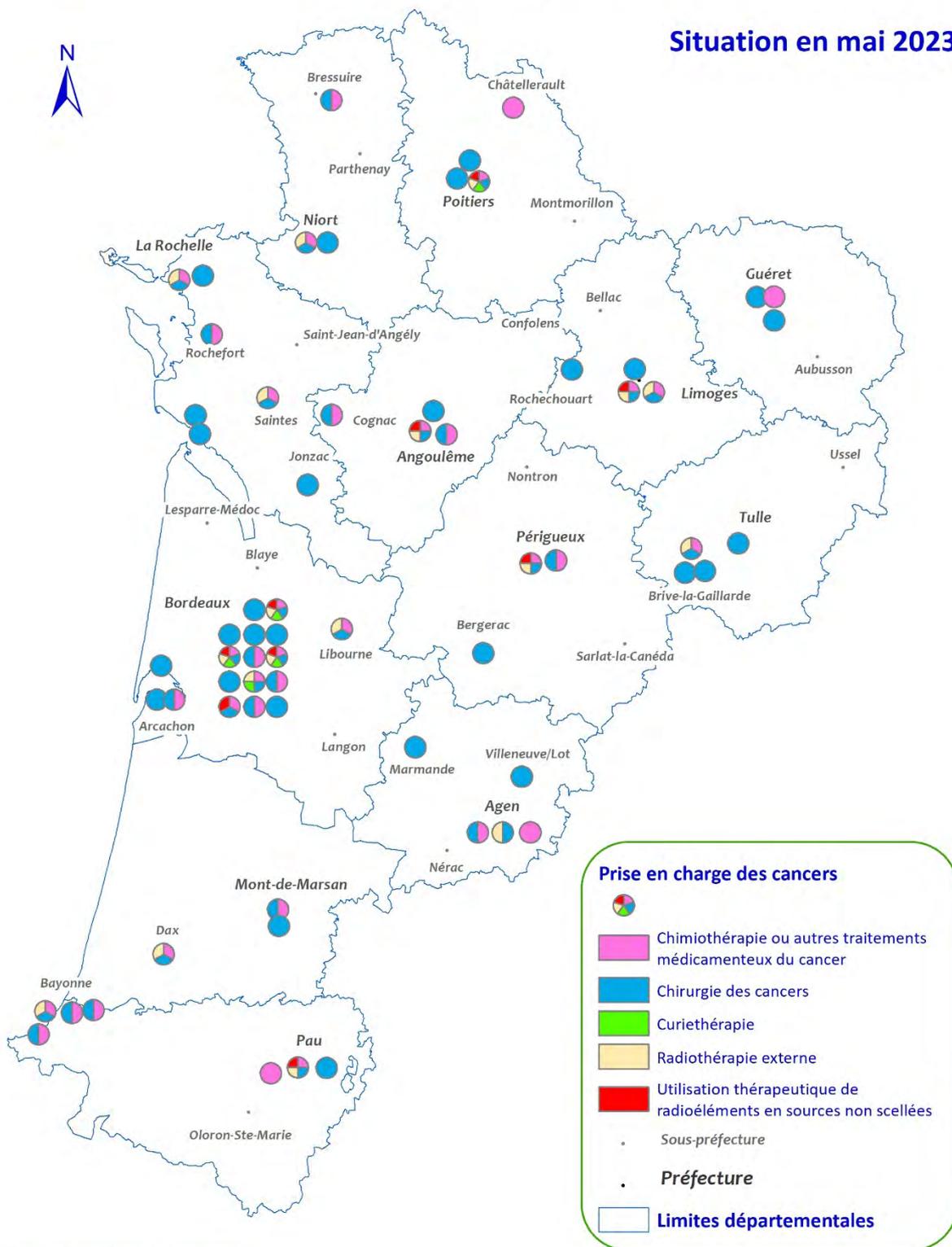
Parmi les trois cancers faisant l'objet d'un **dépistage organisé** en France, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus, les taux de participation de la population-cible en Nouvelle-Aquitaine sont respectivement de 54,6 %, 36,2 % et 61,7 %. On observe des disparités territoriales : par exemple, faible participation au dépistage du cancer du sein en Charente-Maritime, faible participation au dépistage du cancer colorectal en Corrèze et dans les Landes.

La **démographie médicale** en Nouvelle-Aquitaine se situe dans la moyenne nationale mais avec de grandes disparités territoriales et, de plus, le taux d'équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est inférieur à la moyenne nationale, ce qui devra être pris en compte dans le déploiement du PRS et de la feuille de route régionale cancer.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient plusieurs réductions d'implantations, dans l'optique de supprimer toutes les autorisations de chirurgie carcinologique des établissements n'atteignant pas les seuils réglementaires (fixés alors entre 20 et 30 actes par an minimum selon les organes). Cet objectif, qui visait à garantir la qualité de prise en charge des patients néo-aquitains, a été globalement atteint. En effet, sur les 19 autorisations qui étaient ciblées comme n'atteignant pas les seuils, 12 ont effectivement été retirées ou non renouvelées, dans une logique de qualité et sécurité. Toutefois certaines autorisations ont été conservées, en lien avec des déficits temporaires en ressources humaines, ou avec des baisses d'activité chirurgicale durant la période Covid-19, ou encore du fait de la prorogation des autorisations depuis 2021 conformément à la réglementation.

Prise en charge des Cancers en Nouvelle-Aquitaine

Situation en mai 2023



Source : ARHGOS, extraction au 23/05/2023
Cartographie : Découpage géographique au 01/01/2023
Réalisation : ARS NA - DOS/DDPSP/PES - 24/05/2023

Principes généraux de détermination des implantations

- ▶ tous les établissements de santé autorisés au traitement du cancer doivent être membres du **Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) ONCO Nouvelle-Aquitaine** ;
- ▶ **pas de suppression d'implantations actuellement couvertes par une autorisation et qui atteignent les seuils réglementaires imposés** (y compris les 80 % exigibles à l'exception des activités oncologiques de chirurgie viscérale complexe) si l'établissement souhaite la garder ;
- ▶ **optimisation de l'offre territoriale inter-établissements** au regard des activités existantes pour des établissements qui n'atteignent pas et ne sont pas en capacité d'atteindre les seuils et en prenant en considération l'incidence des cancers par organe sur les territoires ;
- ▶ les pratiques techniques spécifiques (PTS) d'organes de la **chirurgie oncologique complexe** digestive et viscérale (B1) ou gynécologique (B5) ne font pas l'objet d'OQOS.

Orientations spécifiques pour la chirurgie :

- ▶ **toutes les autorisations pour la chirurgie des cancers mammaires sont de mention A6** si elles disposent de techniques suivantes : repérage mammaire, ganglion sentinelle, imagerie de la pièce opératoire et reconstruction mammaire ;
- ▶ **seuls les titulaires d'une autorisation de chirurgie oncologique gynécologique complexe avec mention B5 et autorisés à la pratique spécifique ovaire pourront pratiquer la chirurgie oncologique de l'ovaire** (celles relevant du seuil et les autres exérèses des tumeurs de l'ovaire) ;
- ▶ l'autorisation de **chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe** (mention B1) peut permettre de demander une pratique technique spécifique relative à la chirurgie oncologique de l'œsophage, qui ne peut pas relever de l'autorisation de chirurgie oncologique thoracique (A2 ou B2) ;
- ▶ les localisations tumorales de mention A7 ou cancers indifférenciés ne concernent pas les localisations prévues aux mentions A1 à A6 à l'exception de la chirurgie du cancer de la thyroïde seule ;
- ▶ seuls les établissements disposant d'une technique de circulation extracorporelle pourront bénéficier d'une autorisation de **chirurgie oncologique thoracique B2**.

Orientations spécifiques pour le traitement médicamenteux systémique du cancer (TMSC) :

- ▶ pour les **autorisations en mention A** fixant la composition médicale de l'équipe TMSC, un site dispensera au moins les TMSC pour les patients atteints d'une tumeur cancéreuse et le cas échéant, également les cancers hématologiques ;
- ▶ les **autorisations avec TMSC de mention B** devront disposer d'une unité de soins intensifs hématologiques sur site permettant la prise en charge de patients atteints de tumeurs malignes hématologiques ou de tumeurs solides en situation d'aplasie entraînée par une chimiothérapie intensive.

Orientations spécifiques pour l'oncopédiatrie :

- ▶ respect du principe d'une **double autorisation TMSC pédiatrique et de chirurgie oncologique** pour être autorisé à la pratique de chirurgie oncologique pédiatrique (enfant et adolescent de moins de 18 ans) ;
- ▶ les titulaires d'autorisation doivent être **membres d'une organisation interrégionale (OIR)**.

La définition régionale d'un cahier des charges des filières pour les cancers les plus incidents (cancer du sein, gynécologique, digestif, ORL, etc.) ainsi que pour l'onco hématologie, permettra d'organiser la prise en charge graduée des patients (enfants, adolescents et adultes) en respectant les niveaux de proximité, de recours régional, inter-régional, voire national. L'ensemble des établissements qui seront autorisés à des activités de prise en charge des cancers devront s'inscrire dans ces filières.

Orientations spécifiques pour la radiothérapie :

- ▶ garantir un plateau technique comprenant sur le même site au moins deux accélérateurs de particules à l'exclusion de sites dérogatoires ;
- ▶ **favoriser le déploiement des techniques et des équipements/logiciels de radiothérapie de haute technicité** (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI], stéréotaxie) sur le territoire ;
- ▶ considérer que l'activité de neurochirurgie avec la pratique de radio chirurgie intracrânienne et extra crânienne en condition stéréotaxique, dès lors qu'aucune autre technique relevant de la radiothérapie n'est employée, est soumise à la seule autorisation de neurochirurgie ;
- ▶ autoriser l'exercice de la **radiothérapie sur un site dérogatoire pour exception géographique** oblige l'entité juridique associée et déjà titulaire de l'autorisation d'un site de radiothérapie de droit commun à respecter les seuils ;
- ▶ des **traitements à visée palliative chez l'enfant ou l'adolescent de moins de dix-huit ans** peuvent être assurés dans les centres de radiothérapie externe avec mention A ou avec mention B, après avis de la réunion de concertation pluridisciplinaire pédiatrique interrégionale.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive		1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	0 à 1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	1	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	1	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	1 à 2	
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 3	0 à 1
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	2	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe		
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	1	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	1 à 2*	1
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	0 à 1*	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* 2 implantations maximum en zone de recours, la cible est de 1 site en mention B et 1 site en mention A, la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	2 à 3
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	0 à 1**	0 à 1
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1 à 2***	1
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	2 à 3****	1
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	0 à 1	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	3	0 à 1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 3	0 à 4
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	2 à 3*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	0 à 1**	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1 à 2***	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	0 à 1****	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	2	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	2	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte		1
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	2	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	

* **3 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 2 sites en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'un site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **3 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

**** **3 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'un site en mention B, mais la fourchette permet 3 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	1 à 2
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	0 à 1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde		
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	2	0 à 1
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	0 à 1**	0 à 1**
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 3	0 à 2
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe		
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	0 à 1***	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	0 à 1***	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **1 implantation maximum en Corrèze, soit en zone de recours soit en zone de proximité**

*** **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité avec les CI/CTF**

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	1 à 2	
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique		
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde		
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	1	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	1	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	1	
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 2	
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe		
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe		
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe		
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe		
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte		
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	1 à 2*	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	0 à 1*	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

** 2 implantations maximum en zone de recours, la cible est de 1 site en mention B et 1 site en mention A, la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B*

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	1 à 2
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	0 à 1**	0 à 1***
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	1	0 à 1
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	1 à 2	0 à 1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	1 à 2	0 à 2
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1 à 2**	0 à 1***
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe		
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	0 à 1****	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1 à 2****	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **1 implantation maximum en zone de proximité, la cible est d'un site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

**** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins un site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A si les CI/CTF n'étaient pas atteints**

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 2*	2 à 4
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique		
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	3	2
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	3 à 5**	0 à 3***
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	2 à 3****	1 à 3
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	7	2 à 4
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	8 à 12	2 à 7
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	6 à 8*	1
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	2	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	2	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	3 à 7**	0 à 2***
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	4 à 5****	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	3	1
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	3	
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	4 à 6*****	2
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	3 à 4*****	1
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	

* **8 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 6 sites en mention B, mais la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **10 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 3 sites en mention B, mais la fourchette permet 5 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **3 implantations maximum en zone de proximité, la cible est de 2 sites en mention B, mais la fourchette permet 3 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

**** **7 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 4 sites en mention B, mais la fourchette permet 3 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

***** **9 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 3 sites en mention B, mais la fourchette permet 6 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DES LANDES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	1	
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	0 à 1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1 à 2	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	0 à 1*	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	0 à 1**	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	1 à 3	
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	2	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe		
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1 à 2*	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	1 à 2**	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	0 à 1***	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1 à 2***	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	1 à 2
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	1 à 2	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	2	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	0
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	2	1 à 2
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe		
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe		
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe		
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe		
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	1 à 2**	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	0 à 1**	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est de 1 site en mention B et 1 site en mention A, la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DE NAVARRE COTE-BASQUE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	1 à 2*	1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0 à 2**	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	0 à 1***	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique		
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	1 à 3	0 à 1
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	1	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0 à 2**	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1 à 2***	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	2	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	1 à 2	1
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	

* **3 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est de 2 sites en mention B, mais la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DE BEARN-SOULE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	0 à 1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique		
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	0 à 1**	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	1	
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	1 à 2	0 à 1
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	1	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	0 à 1**	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	1	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte	1	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	1	1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	0 à 1*	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0 à 1**	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	1	1
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	0 à 1	0 à 1
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	0 à 1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 2	0 à 1
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	0 à 1*	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0 à 1**	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	1	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte		0 à 1
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans		

* **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive	0 à 1*	1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique		
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	0 à 1**	1
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique	1	0 à 1
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 3	0 à 2
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1 à 2*	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	1	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1 à 2**	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	1	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte		
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte	0 à 1***	
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	0 à 1***	
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention A : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'adulte		1
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	

* **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

** **2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

*** **1 implantation maximum en zone de recours, la cible est d'1 site en mention C, mais la fourchette permet 1 site en mention B en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention C**

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Chirurgie oncologique :		
Mention A1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive		1
Mention A2 : chirurgie oncologique thoracique	1	
Mention A3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1	
Mention A4 : chirurgie oncologique urologique	1 à 2 *	
Mention A5 : chirurgie oncologique gynécologique		
Mention A6 : chirurgie oncologique mammaire	2	0 à 1
Mention A7 : chirurgie oncologique indifférenciée	0 à 3	0 à 1
Mention B1 : chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	2	
Mention B2 : chirurgie oncologique thoracique complexe	1	
Mention B3 : chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	1	
Mention B4 : chirurgie oncologique urologique complexe	1 à 2*	
Mention B5 : chirurgie oncologique gynécologique complexe	2	
Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	2	
Radiothérapie externe, curiethérapie :		
Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte	1	
Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte		
Mention C : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	1	
Mention C : traitements de curiethérapie chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	1	
Traitements médicamenteux systémiques du cancer :		
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans	0 à 1**	
Mention B : mention A + chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de + de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible	1 à 2**	
Mention C : traitements médicamenteux systémiques du cancer chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans	1	

*** 3 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 2 sites en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

**** 2 implantations maximum en zone de recours, la cible est d'au moins 1 site en mention B, mais la fourchette permet 1 site en mention A en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B**

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, en cardiologie

Cadre juridique

La réforme des autorisations sanitaires de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie (décrets n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation et n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie) porte pour principale évolution **l'élargissement du périmètre soumis à l'autorisation avec l'introduction de la pose de pacemakers, les activités diagnostiques en rythmologie, des coronarographies**, tout en conservant une structuration autour de **trois modalités** que sont la rythmologie interventionnelle, la prise en charge des cardiopathies congénitales et les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Cette réforme prévoit une **gradation de l'activité** au sein de chaque modalité afin de tenir compte de la complexité différenciée des techniques, des exigences en regard de la qualité et sécurité des soins et de l'inscription dans des filières de cardiologie des territoires.

La rythmologie interventionnelle, mentions A, B, C et D :

- **Mention A** comprenant, chez l'adulte, les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de pose de pacemakers mono et double chambre avec sonde ;
- **Mention B** comprenant, chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de pose de défibrillateurs et de stimulateurs multi-sites ;
- **Mention C** comprenant, en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe ;
- **Mention D** comprenant, en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.

Les cardiopathies congénitales hors rythmologie, mentions A et B :

- **Mention A** comprenant les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales ;
- **Mention B** comprenant, en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire.

Les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte :

Sont désormais concernés l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostic et thérapeutique, réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intra-luminale, en utilisant un moyen de guidage par imagerie.

La pratique des actes suivants est nouvellement soumise à autorisation :

- **les actes diagnostiques** que sont les coronarographies (modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte) et les explorations électrophysiologiques (modalité rythmologie interventionnelle) ;
- **les actes de stimulation cardiaque** classique, i.e. la pose de stimulateurs cardiaques simple et double chambre (modalité rythmologie interventionnelle).

Des seuils sont introduits ou revus à la hausse pour les différentes modalités.

En revanche, l'activité d'implantation transcathéter des bioprothèses valvulaires aortiques (TAVI) n'est pas incluse dans le périmètre de l'activité de cardiologie interventionnelle rénovée par les décrets de 2022. L'activité de TAVI demeure encadrée par l'application de l'article L. 1151-1 du CSP relatif aux

techniques innovantes. Les critères d'éligibilité des centres qui réalisent cette pratique sont valables jusqu'à la fin de l'année 2023 et la Haute Autorité de Santé (HAS) s'est autosaisie pour évaluer l'opportunité de les faire évoluer.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Selon les registres cardio-neuro-vasculaires (notamment le registre aquitain de cardiologie interventionnelle - ACIRA), il y a en Nouvelle-Aquitaine :

- ▶ 18 centres de cardiologie interventionnelle (CCI) ;
- ▶ 4 centres de chirurgie des artères coronaires (CCAC) réalisant des pontages aorto-coronariens (PAC).

Les cardiopathies ischémiques (CPI) représentent en France la deuxième cause de décès chez les hommes comme chez les femmes et constituent, selon le Global Burden of Disease, la première cause d'années de vie perdues en France. En 2014, 221 108 patients domiciliés en France ont été hospitalisés pour CPI, dont 119 015 pour un syndrome coronarien aigu (SCA) et 62 251 pour un infarctus du myocarde.

En Nouvelle-Aquitaine, **les maladies cardiovasculaires touchent près de 463 000 personnes** et sont responsables de 17 000 décès chaque année. La mortalité par CPI frappe près de 3 900 personnes chaque année en Nouvelle-Aquitaine et l'analyse des taux standardisés de mortalité souligne des disparités départementales importantes.

Entre 2012 et 2019, l'activité de coronarographie (+ 42 %) et d'angioplastie coronaire (+ 17 %) a eu tendance à augmenter dans les centres de cardiologie interventionnelle.

Entre 2018 et 2021, en région Nouvelle-Aquitaine, l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie a augmenté de 9,81 % (63 790 actes en 2018 et 70 054 en 2021).

S'agissant de l'activité cardiopathie ischémique et structurale de l'adulte, 24 640 coronographies ont été réalisées en 2018 et 25 795 en 2021, soit + 4,7 % d'activité supplémentaire. Concernant les angioplasties, 20 773 ont été réalisées en 2018 et 22 728 en 2021, soit + 9,4 % angioplasties supplémentaires – données PMSI.

L'année 2020 a été marquée par l'épidémie Covid-19. Cette épidémie a touché de plein fouet le système de santé français et l'organisation des soins. Pendant cette période, une diminution a été notée : -2 % pour l'ensemble de l'activité interventionnelle en cardiologie par rapport à l'activité 2019.

Les mouvements intra et extra territoriaux des patients pour leur prise en charge en centre de cardiologie interventionnelle (CCI) montrent une attractivité importante pour les CCI de Gironde, du Pays Basque et du Béarn et une attractivité faible pour les centres de cardiologie interventionnelle de Dordogne, des Landes et du Lot-et-Garonne.

Durant la période du précédent SRS, peu de modifications ont eu lieu s'agissant de cette activité de soins hautement spécialisée :

- ▶ le CHI Mont-de-Marsan et du Pays des Sources a été autorisé pour la modalité rythmologie interventionnelle dans les Landes, territoire qui était jusque-là dépourvu d'une telle offre ;
- ▶ le CH de Brive a été autorisé pour la modalité rythmologie interventionnelle, par redéploiement de l'offre au sein de l'ex-région Limousin.

Sites autorisés au 31/05/2023 :

	Rythmologie interventionnelle	Angioplastie	Centre de recours cardiopathie congénitale
Charente	1 <i>CH d'Angoulême</i>	1 <i>CH d'Angoulême</i>	
Charente-Maritime	2 <i>CH de Saintonge GH La Rochelle-Ré- Aunis</i>	2 <i>CH de Saintonge GH La Rochelle-Ré- Aunis</i>	
Corrèze	1 <i>CH de Brive</i>	1 <i>CH de Brive</i>	
Creuse			
Dordogne	1 <i>CH de Périgueux</i>	1 <i>CH de Périgueux</i>	
Gironde	3 <i>CH de Libourne Clinique St Augustin CHU de Bordeaux</i>	5 <i>CH Libourne Clinique St Augustin Polyclinique Bordeaux- Nord Aquitaine Hôpital Privé St Martin CHU Bordeaux</i>	1 <i>CHU de Bordeaux</i>
Landes	1 <i>CHI Mont-de-Marsan et Pays des Sources</i>	1 <i>CHI Mont-de-Marsan et Pays des Sources</i>	
Lot-et-Garonne	1 <i>Clinique Esquirol Saint- Hilaire</i>	1 <i>Clinique Esquirol Saint- Hilaire</i>	
Navarre-Côte-Basque	1 <i>GCS Centre de cardiologie du Pays- Basque</i>	1 <i>GCS Centre de cardiologie du Pays- Basque</i>	
Béarn-Soule	2 <i>CH de Pau Clinique Aressy</i>	2 <i>CH de Pau Clinique Aressy</i>	
Deux-Sèvres	1 <i>CH de Niort</i>	1 <i>CH de Niort</i>	
Vienne	1 <i>CHU de Poitiers</i>	1 <i>CHU de Poitiers</i>	
Haute-Vienne	1 <i>CHU de Limoges</i>	1 <i>CHU de Limoges</i>	

Principes généraux de détermination des implantations

- ▶ La cardiologie interventionnelle est une activité hautement technique, dont l'implantation doit être régulée pour assurer les seuils réglementaires et la qualité des soins.
- ▶ La nouvelle réglementation a introduit 3 modalités, que sont la rythmologie interventionnelle, la prise en charge des cardiopathies congénitales et les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.
- ▶ La gradation au sein de chaque type d'activité vise à tenir compte de la complexité différenciée et des exigences en termes de qualité / sécurité et d'inscription dans les filières de cardiologie des territoires.
- ▶ **Dans chaque département, une offre de cardiologie interventionnelle de proximité doit être autorisée** (cardiologie interventionnelle mention A).
- ▶ Concernant la rythmologie interventionnelle de mention C, les établissements de santé non titulaires d'une autorisation de chirurgie cardiaque sur le même site devront disposer, par dérogation, d'une compétence de chirurgie vasculaire ou thoracique adaptée à l'âge du patient sur le même site et d'une convention permettant l'accès des patients à un site autorisé pour l'activité de chirurgie cardiaque.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		1 à 2
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0 à 1*	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	1 à 2 *	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	2	

* sur le territoire de recours / rythmologie interventionnelle : la fourchette doit se lire ainsi : soit 1 site de mention B et 1 site de mention C, soit 2 sites de mention C

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	0 à 1*	1
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0 à 1*	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

* sur le territoire de recours / rythmologie interventionnelle : la fourchette doit se lire ainsi : soit 1 site de mention A, soit 1 site de mention B

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		1
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	1	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	2
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		1
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	2	
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	1	
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	3 à 4	1

TERRITOIRE DES LANDES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2	
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	1	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0 à 1*	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	0 à 1*	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

* sur le territoire de recours / rythmologie interventionnelle : la fourchette doit se lire ainsi : soit 1 site de mention B, soit 1 site de mention C

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde		
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	1	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	2	

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1	
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe		
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	0 à 1	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0 à 1	
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0 à 1	
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2013-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Rythmologie interventionnelle :		
<u>Mention A</u> - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1	1
<u>Mention B</u> - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites		
<u>Mention C</u> - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe	1	
<u>Mention D</u> - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe		
Cardiopathies congénitales hors rythmologie :		
<u>Mention A</u> - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales		
<u>Mention B</u> - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire		
Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	1	

Soins critiques

Cadre juridique

Les soins critiques constituent un maillon essentiel de notre système de santé car ils délivrent des soins parmi les plus complexes et techniques, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, pour les patients dont le pronostic vital est engagé.

En effet, l'activité de soins critiques consiste en la **prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.**

La terminologie de soins critiques a remplacé celle de réanimation, et l'activité a été modifiée par les décrets n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques et n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.

Cette réforme du régime d'autorisation des soins critiques s'inscrit dans le cadre du retour d'expérience de la crise Covid-19, ayant confirmé l'importante hétérogénéité des unités de surveillance continue (USC), notamment isolées, pouvant ne pas correspondre à des unités de soins critiques. De plus, de fortes tensions pèsent sur les effectifs médicaux et surtout paramédicaux, qui peuvent amener à des fermetures de lits perturbant les parcours des patients.

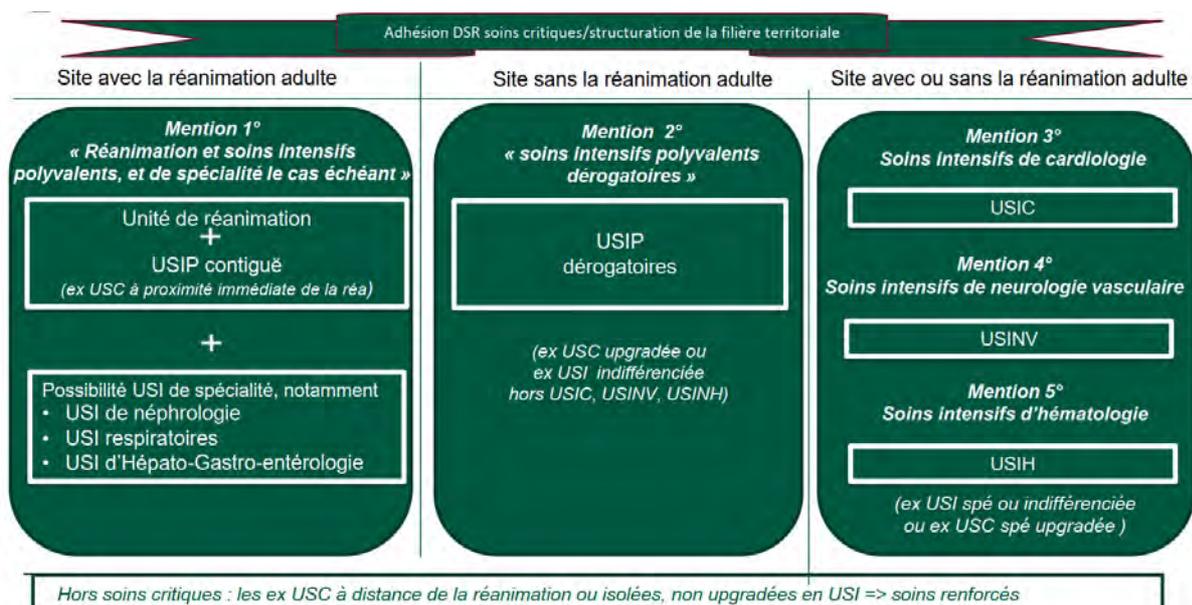
Ainsi, **cette réforme élargit le périmètre des autorisations de réanimation au champ des soins critiques pour une approche plus intégrée et plus qualitative incluant les unités de soins intensifs polyvalents ou spécialisés.**

L'objectif de cette réforme est :

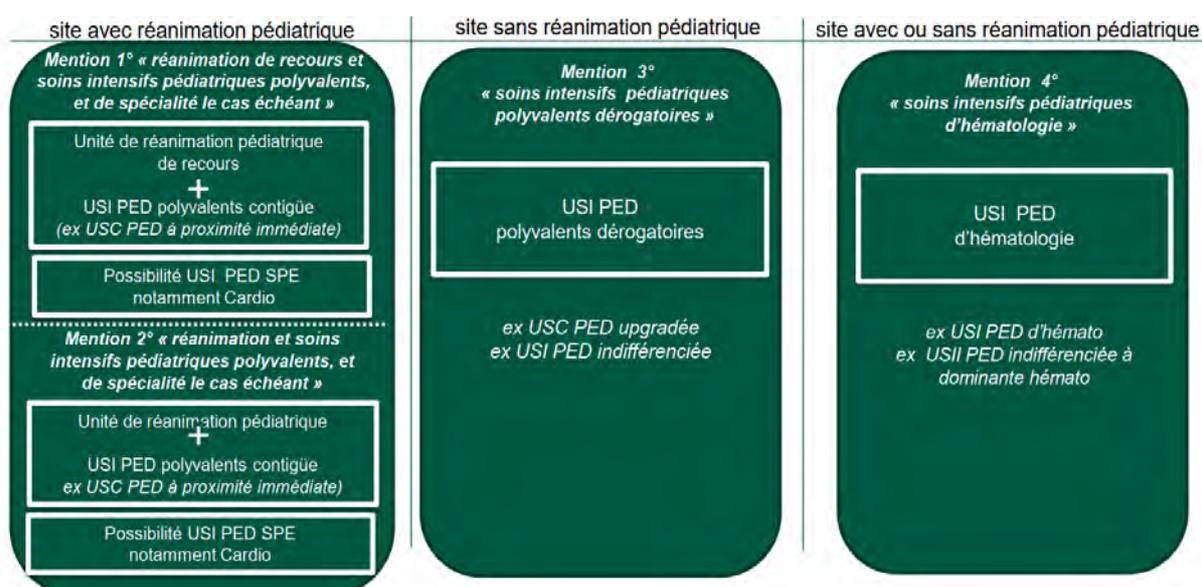
- d'assurer une gradation régionale et territoriale de l'offre de soins critiques ;
- de fluidifier les parcours de soins en amont et en aval des services de réanimation ;
- d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en soins critiques ;
- de disposer de plateaux techniques de taille suffisante et modulable pour répondre à des situations sanitaires exceptionnelles.

Les autorisations d'activité de soins critiques reposent sur deux modalités :

- les soins critiques adultes, avec 5 mentions :



- les soins critiques pédiatriques (patients âgés de moins de 18 ans), avec 4 mentions :



Contexte régional et bilan de l'offre existante

L'offre de **soins critiques adultes** en Nouvelle-Aquitaine est passée de 413 lits de réanimation adulte en 2018 (données DGOS SAE 2018) à 476 en 2022 (données ROR 9/11/2022). En 2018, le maillage régional reposait également sur 693 lits d'**unités de surveillance continue (USC) adultes** (données SAE DGOS 2018) et en 2022, 633 lits d'USC adultes (données ROR 01/03/2023), 22 **unités de soins intensifs de cardiologie** (USIC) et 16 **unités de soins intensifs neuro-vasculaires** (USINV). Certaines USC adultes (une soixantaine environ selon les données issues du ROR au 01/03/2023) sont encore upgradées en réanimation additionnelle depuis la crise Covid-19.

Concernant les **soins critiques pédiatriques**, la région est dotée de 17 lits de réanimation pédiatrique et 51 lits d'**unités de surveillance continue pédiatrique** (données ARS PMSI 2021 et 2022).

L'implantation et la densité des lits de réanimation adulte pour 100 000 habitants sont satisfaisantes au niveau régional, comme en témoigne le **taux d'équipement** moyen régional en réanimation de 8,41 lits /100 000 habitants en 2019, situé dans la moyenne nationale de 8,3 (*rapport IGAS 2021*). En 2022, le taux d'équipement régional moyen en réanimation adulte (plus de 19 ans) est de 9,9 lits pour 100 000 habitants (*données ARS PMSI 2022*).

De même, l'analyse des **taux d'occupation** (TO) et des **durées moyennes de séjour** (DMS) en réanimation attestent d'une organisation optimisée de ces unités. Ainsi, le taux d'occupation annuel moyen régional des lits de réanimation est de 87,4 % en 2019, situé dans la moyenne nationale (*rapport IGAS 2021*). En 2021, le taux d'occupation moyen régional est de 81 % (*données ARS PMSI 2021*). S'agissant de la DMS moyenne, elle est de 6,5 jours en réanimation adulte en 2021 (*données ARS PMSI 2021*).

Il est cependant constaté des **disparités territoriales** concernant la densité en lits de réanimation adulte pour 100 000 habitants avec plusieurs départements ayant un TO inférieur à la moyenne régionale : Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres, Charente, Dordogne, Landes. Ceci peut être en lien notamment avec la fermeture de lits par manque de ressources humaines.

Par ailleurs, **les soins critiques pédiatriques sont insuffisamment dotés en lits de réanimation**, comme en témoigne le taux d'équipement régional de 1,32 lits pour 100 000 habitants, inférieur à la recommandation nationale de 2 lits pour 100 000 habitants (*données ARS PMSI 2021*). Le TO moyen régional est de 132 % en 2021 et la DMS moyenne régionale en réanimation pédiatrique est de 6,1 jours (*données ARS PMSI 2021*).

De même, **les USC pédiatriques doivent être développées** car le maillage régional est insuffisant, attesté par des TO supérieurs à 100 % dans certains territoires : Dordogne, Gironde (Libourne), Haute-Vienne, Pyrénées-Atlantiques (Bayonne) (*données ARS PMSI 2019-2020-2021*).

De plus, l'épidémie de Covid-19 a mis en exergue la nécessité de renforcer les capacités de réanimation en upgradant les USC notamment. Dans ce cadre, il a été constaté **la grande hétérogénéité des USC** et l'impossibilité pour certaines d'entre elles de s'upgrader en réanimation.

En outre, 15 à 20 % de patients aux parcours complexes en soins critiques sont trop souvent confrontés à une impasse hospitalière à la sortie de services de médecine ou de rééducation. **Le développement des soins de rééducation post réanimation** (SRPR) dans la région permettra de prendre en charge exclusivement et directement les patients en sortie de réanimation ou de soins intensifs, sans passage par une autre unité MCO (médecine chirurgie obstétrique).

En Nouvelle-Aquitaine, afin d'accompagner la réforme des autorisations des soins critiques, la **feuille de route régionale soins critiques** vise à bâtir une filière davantage intégrée, homogène, optimisant la qualité de prise en charge et plus à même de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles.

Enfin, sous l'égide de l'ARS, un **dispositif spécifique régional** (DSR) « Soins critiques » sera mis en place en 2023, s'appuyant sur un comité de suivi composé d'experts. Ses missions seront d'accompagner le plan d'actions régional et départemental en lien avec la feuille de route soins critiques.

Durant les 5 années du précédent PRS-SRS, il y a eu **peu de changements relatifs aux implantations de réanimation** :

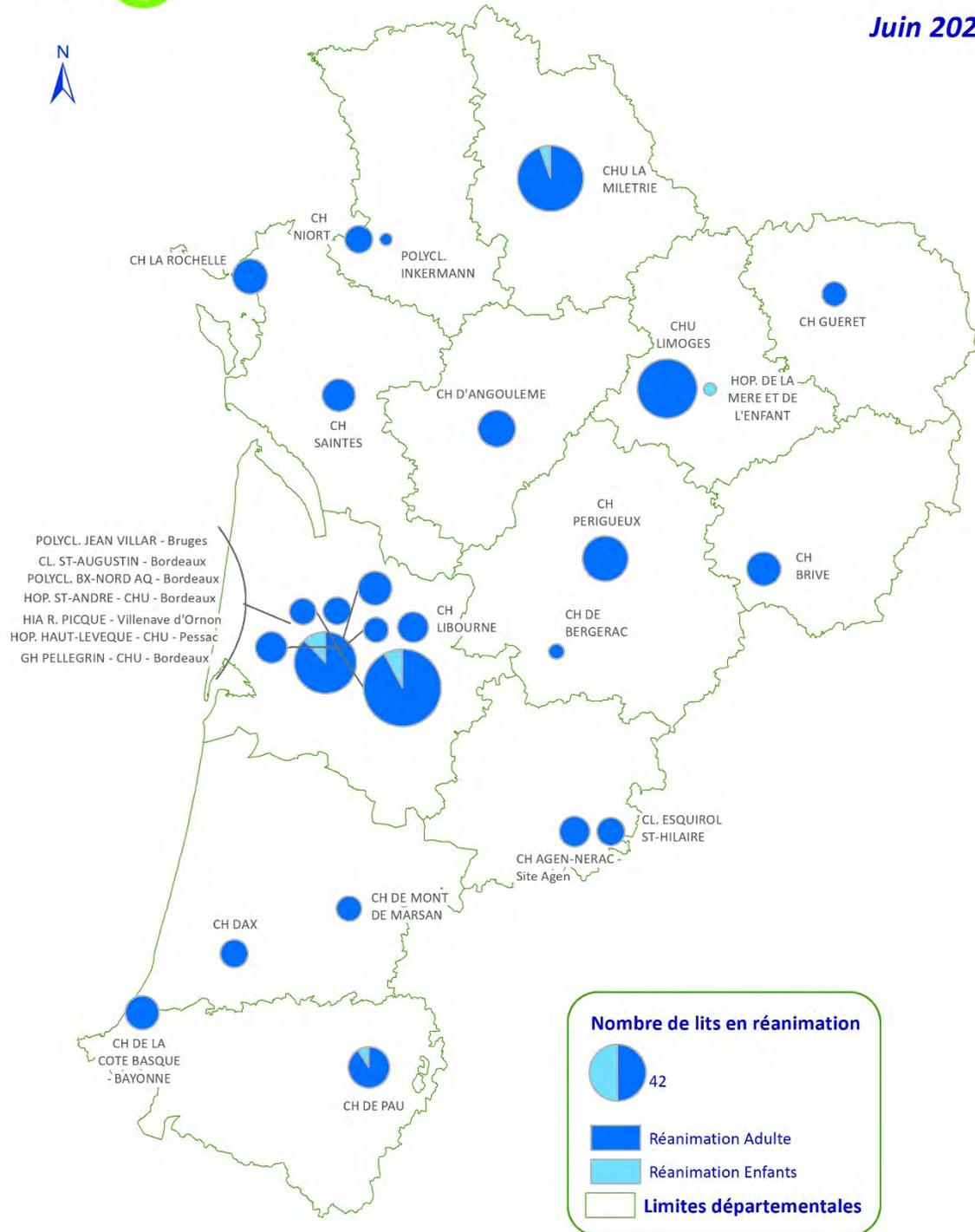
- ▶ l'autorisation de réanimation mise en œuvre par l'HIA Robert Piqué a été intégrée dans les OQOS du SRS Nouvelle-Aquitaine ;
- ▶ une autorisation de réanimation pédiatrique spécialisée a été délivrée le 4 mars 2022 au CHU de Bordeaux à la place de l'autorisation de réanimation pédiatrique.

Durant la période Covid-19, des **autorisations dérogatoires de réanimation** ont été délivrées pour répondre à l'accueil des patients en soins critiques. Ces autorisations se sont basées sur l'arrêté du 21 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19. Elles se sont intégrées dans une logique de gradation territoriale des soins et dans la coordination régionale mise en œuvre sous l'égide de l'ARS :

Etablissement	Territoire de santé
Centre Clinical Soyaux	16
CH de Bergerac	24
Polyclinique de Francheville	24
Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	33
MSP Bagatelle Bordeaux	33
Clinique Esquirol Saint Hilaire	47
Clinique Belharra	64 - NCB
Polyclinique de Navarre	64 - BS
CH Oloron-Sainte-Marie	64 - BS
Polyclinique Inkerman	79
CH Nord Deux Sèvres	79
Polyclinique de Poitiers	86
Polyclinique de Limoges	87

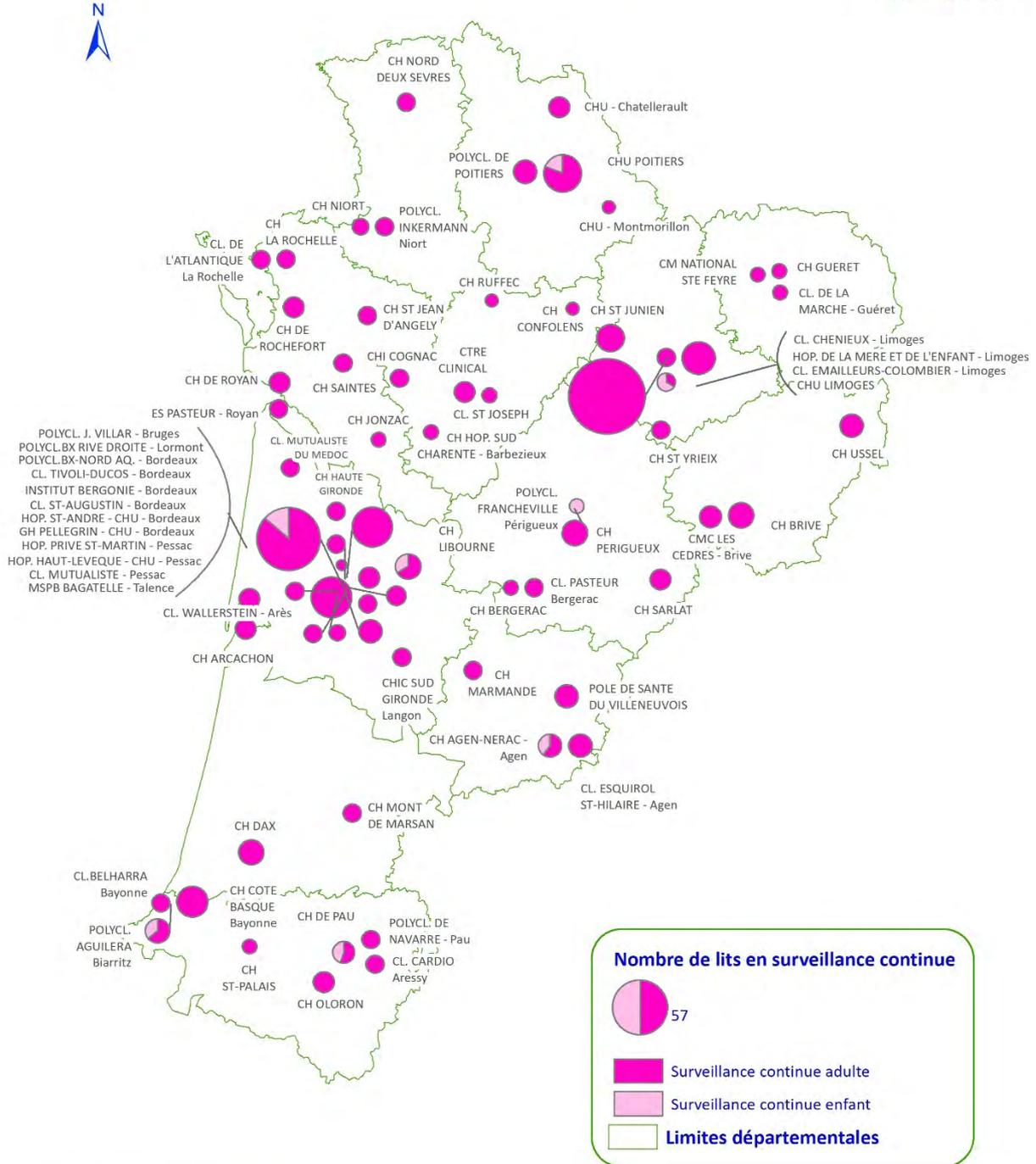
Etablissements de santé autorisés en Réanimation en Nouvelle-Aquitaine

Juin 2022



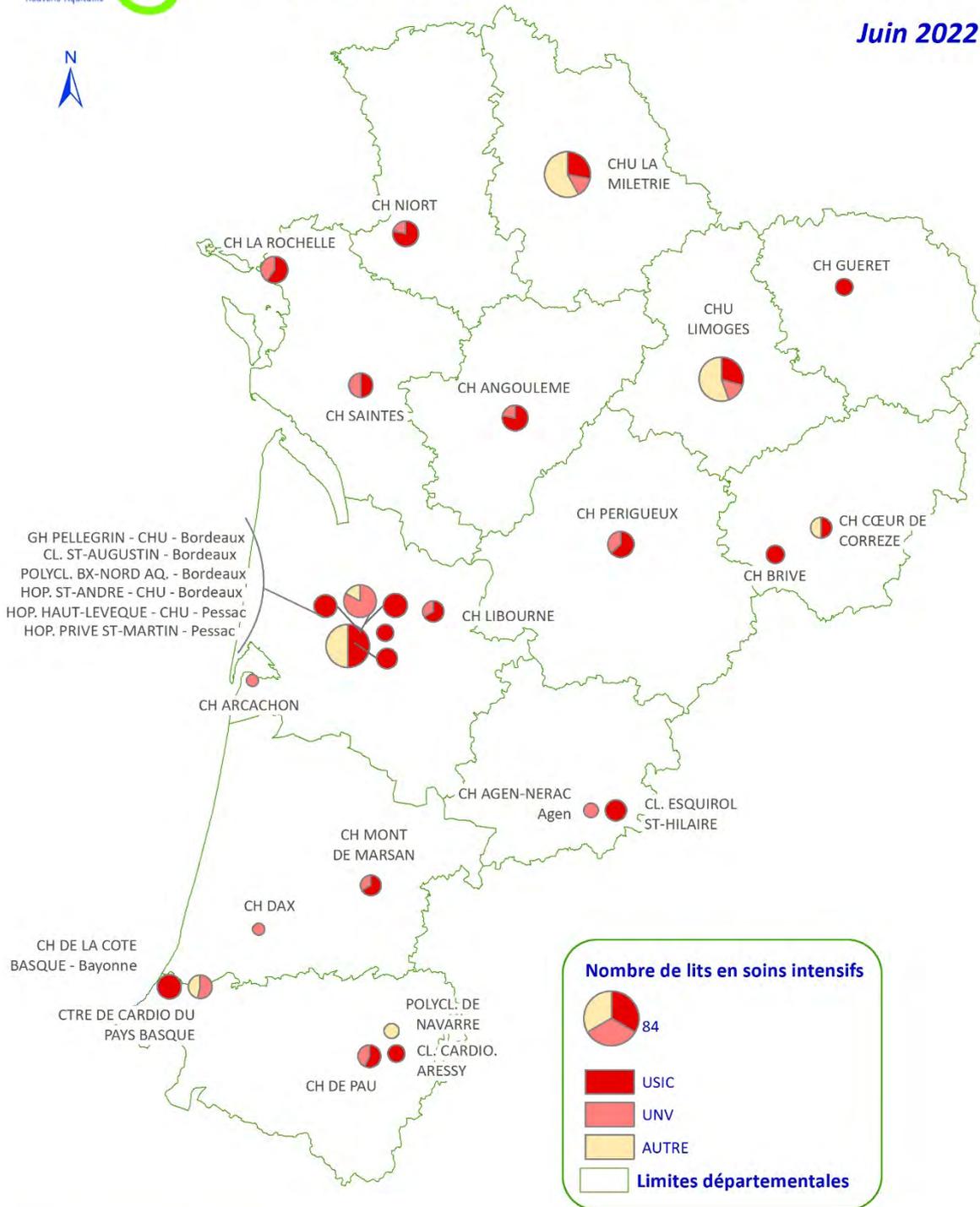
Etablissements de santé autorisés en Surveillance Continue en Nouvelle-Aquitaine

Juin 2022



Etablissements de santé autorisés en Soins Intensifs en Nouvelle-Aquitaine

Jun 2022



Source : DREES / ARS NA, Enquête SAE 2020
Cartographie : ARS NA - DOS / DDPSP / Pôle études et statistiques
Jun 2022

Principes généraux de détermination des implantations

Dans chaque territoire, la gradation de l'offre de soins critiques adulte et pédiatrique repose **sur une filière territoriale avec une activité de soins critiques référente**, dotée de réanimation et USIP contiguë **et les USIP dérogatoires dans des établissements sans réanimation**.

Les établissements exerçant les activités de réanimation et d'USIP dérogatoires adulte et pédiatriques doivent garantir la sécurité et la continuité des soins critiques en passant des conventions précisant les modalités de transferts des patients.

Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site **d'un plan de flexibilité de l'organisation de son capacitaire et de ses ressources humaines** permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Soins critiques adultes :

L'unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance

Les unités de soins intensifs polyvalents contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires en l'absence d'une unité de réanimation sur le site assurent la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.

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

Soins critiques pédiatriques :

L'unité de réanimation pédiatrique de recours assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

L'unité de réanimation pédiatrique assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques dérogatoires en l'absence d'une unité de réanimation sur le site assurent la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans, qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigue mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.

La réanimation pédiatrique :

- ▶ est présente au niveau de la zone territoriale de recours à l'instar des activités de réanimation ;
- ▶ mais son ressort est bien celui des zones infrarégionales avec un maillage reposant sur les 3 Centres Hospitaliers Universitaires et sur le CH de Pau pour la zone Sud-Aquitaine ;
- ▶ de plus, le CHU de Bordeaux dispose de deux unités de réanimation pédiatrique spécialisées, dont une dédiée à l'activité cardiologique.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0 à 1	1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	2	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires		1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	2	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	2	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0 à 1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0 à 1	1 à 2
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	1
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0 à 1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire		
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0 à 1	2
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	7	1
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	2 à 3	4
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	5	1
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	2
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie	1	
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant	2	
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		1
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DES LANDES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	2	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires		1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	2	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	2
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE NAVARRE COTE-BASQUE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	0 à 1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie	1	
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	0 à 1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	2	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires		1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie		
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0 à 1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1	1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie	1	
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Modalités - Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Soins critiques adultes :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation et soins intensifs polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0 à 1	1
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs de cardiologie	1	
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs de neurologie vasculaire	1	
<u>Mention 5</u> : Soins intensifs d'hématologie	1	
Soins critiques pédiatriques :		
<u>Mention 1</u> : Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalent, et de spécialité le cas échéant	1	
<u>Mention 2</u> : Réanimation et soins intensifs pédiatrique polyvalents, et de spécialité le cas échéant		
<u>Mention 3</u> : Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires		
<u>Mention 4</u> : Soins intensifs pédiatriques d'hématologie		

Equipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique

Cadre juridique

En droit des autorisations sanitaires, la radiologie n'était abordée jusqu'à présent qu'à travers l'utilisation d'équipements matériels lourds (EML) spécifiques : l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) et la scanographie. Ce système, contraignant, avec des plafonds d'équipements définis dans le Schéma Régional de Santé pouvait entraîner des retards dans la dotation de certains territoires, et donc un allongement des délais de prise en charge des patients. Dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins, des travaux ont été menés dans le but d'un **desserrement de la contrainte de cette gestion par équipement pour adapter le nombre d'équipements aux besoins de la population et réduire les délais d'attente.**

A l'issue de cette réforme, la radiologie se décompose en :

- autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique : maintien d'un régime d'autorisation d'EML selon un schéma d'acquisition d'équipements simplifié ;
- autorisation d'activité de radiologie interventionnelle : création d'une autorisation d'activité de soins.

L'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique s'applique aux équipements suivants :

- les **scanographes à utilisation médicale** ;
- les **appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale.**

La radiologie est désormais régie par les textes suivants :

- Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation (CI) des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions technique de fonctionnement (CTF) des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- Arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R.6123-161 du code de la santé publique.

Les principales évolutions introduites par la réforme consistent en :

- **l'instauration de CI / CTF** pour les titulaires d'autorisation réalisant des actes de radiologie diagnostique ;
- la **simplification de l'acquisition d'EML** avec la suppression des OQOS par EML et le maintien des OQOS implantation ;
- la **participation à la permanence des soins et aux prises en charge urgentes et non programmées.**

L'autorisation initiale est délivrée, par site géographique, pour un plateau allant jusqu'à 3 équipements. Dans la limite du seuil de 3 EML, l'ARS doit être simplement informée de toute acquisition d'équipement et de ses caractéristiques avant son installation (type : scanner ou IRM, caractéristique et puissance de l'équipement).

Pour une demande initiale, le titulaire de l'autorisation doit disposer soit d'un scanner soit d'un équipement IRM. S'il ne dispose que de l'un des deux équipements, une convention doit être établie avec un autre titulaire disposant de l'équipement manquant.

Dès lors que le titulaire dispose de 3 équipements sur site, il doit répondre à l'obligation de **mixité d'équipements** sur site, donc détenir au moins une IRM et un scanner.

Au-dessus du seuil de 3 équipements, et jusqu'à un nombre maximal d'équipements fixé à 18, l'acquisition d'un ou plusieurs équipements supplémentaires, devra être justifiée auprès de l'ARS qui examinera la demande au regard de critères fixés dans le décret relatif aux conditions d'implantation (volume des actes, nature, spécialisation de l'activité ou situation territoriale).

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Du fait de la crise sanitaire Covid-19, une forte diminution de l'activité d'imagerie en coupes a été constatée pendant le 1^{er} confinement, plus marquée encore pour les actes hors hospitalisation. Néanmoins, une dynamique de rattrapage continue et maintenue s'est établie pendant le 2^e confinement et par la suite.

En 2021, on observe un maintien d'une activité mensuelle supérieure à 2019 entre + 10 % et + 15 % pour les IRM et entre + 8 % et + 11 % pour les scanners.

Les OQOS du précédent SRS prévoyaient de nombreuses implantations supplémentaires d'IRM et de scanners. Deux révisions intermédiaires du SRS, en 2021 puis 2022, avaient été traduites par de nouvelles implantations supplémentaires, dans tous les territoires de santé de la région, et ce essentiellement afin de réduire les délais d'accès à l'imagerie, en particulier pour les examens liés aux pathologies cancéreuses.

Ainsi, au total, en Nouvelle-Aquitaine, le nombre d'EML est passé de 205 en 2017 à 250 en 2022, soit une **évolution de 45 EML supplémentaires** :

- Scanners : 108 en 2017 et 127 en 2022 (+ 19 scanners),
- IRM : 97 en 2017 et 123 en 2022 (+ 26 IRM).

Le taux d'équipement est passé de 3,4 EML/100 000 habitants en 2017 à **4,1 EML/100 000 habitants en 2022**.

L'ensemble des territoires de santé de la région Nouvelle-Aquitaine ont vu leur taux d'équipement augmenter sur cette même période.

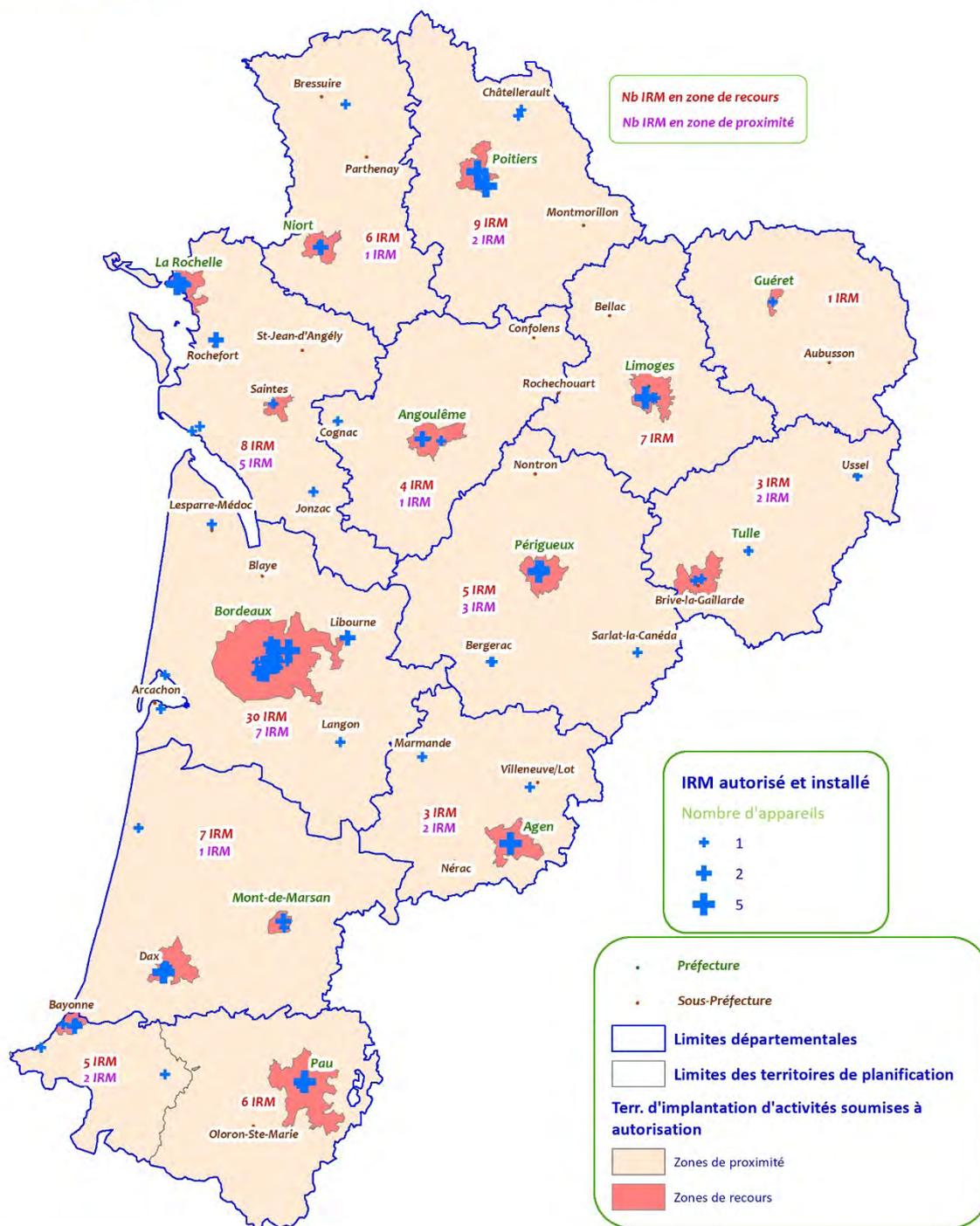
	Nombre d'EML			Taux d'équipement (EML/100 000 hab)		
	2017	2022	Evolution 2017/2022	2017	2022	Evolution 2017/2022
Scanner	108	127	+19	1,8	2,1	16,7%
IRM	97	123	+26	1,6	2,0	25,0%
Total	205	250	+45	3,4	4,1	20,6%

Par ailleurs, **3 plateaux d'imagerie médicale de proximité (PIMP)**, intégrant IRM, scanner et radiologie hors coupe (échographie, mammographie, table conventionnelle), ont été mis en place afin de lutter contre la désertification médicale et contre la diminution d'accès au dépistage du cancer (notamment au dépistage organisé du cancer du sein), dans certaines zones de proximité (1 en Dordogne, 1 dans les Landes et 1 dans les Deux-Sèvres).

Dans le cadre de la mise en place de la **filière endométriose**, l'accès à l'IRM interprétée par un radiologue référent est une étape essentielle du parcours, notamment dans le cadre des examens de 2^{ème} et 3^{ème} intention. Le précédent Schéma Régional de Santé avait ainsi prévu la possibilité, pour des équipes de soins spécialisées avec un projet de santé centré sur la prise en charge de l'endométriose, d'autoriser la mise en place d'IRM majoritairement dédiées à l'exploration des endométrioses, afin de faciliter l'accès à cet examen. 4 IRM dédiées à l'exploration des endométrioses ont été autorisées, situées à Bayonne, Bordeaux, Limoges et Poitiers. Elles doivent prévoir au moins 50 % de leurs plages pour l'intervention des radiologues spécialistes de l'endométriose et inscrits dans la filière endométriose.

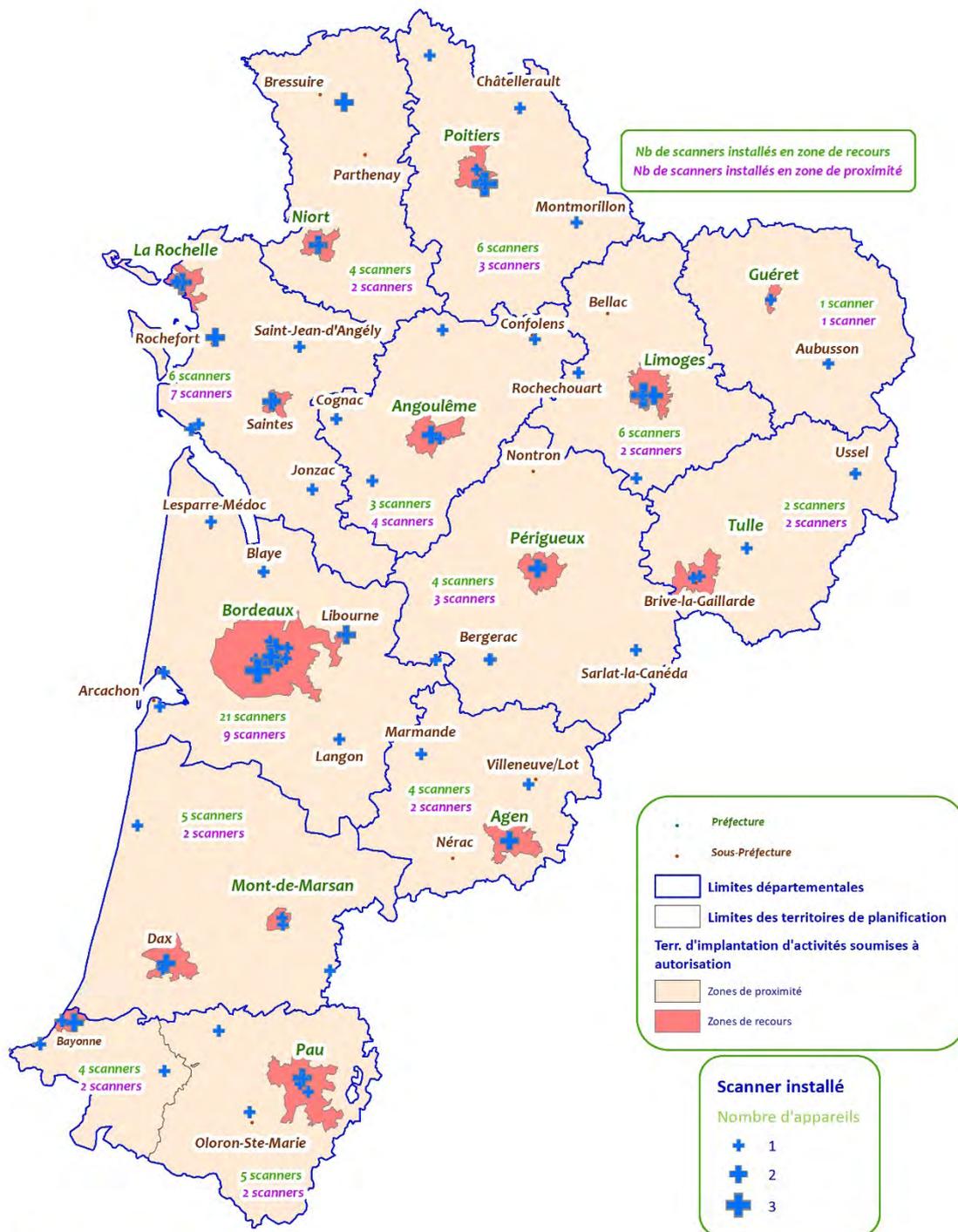
Enfin, **2 plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM)** sont actuellement autorisés sur la Nouvelle-Aquitaine (PIMM Sud Nouvelle-Aquitaine et PIMM Agen-Nérac) et permettent une mutualisation des équipements et des organisations sur ces territoires.

LES IRM EN NOUVELLE-AQUITAINE AU 01 AOÛT 2022



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - ARHGOS au 1er Août 2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, PES
Fonds de carte : IGN© - Août 2022

LES SCANNERS EN NOUVELLE-AQUITAINE AU 01 AOUT 2022



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - ARHGOS au 1er Août 2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, PES
Fonds de carte : IGN© - Août 2022

Principes généraux de détermination des implantations

Concernant les premières demandes d'autorisation (lors de la 1^{ère} fenêtre de dépôt) :

- Dans le cadre des travaux de révision générale du PRS-SRS, **les titulaires des autorisations d'exploitation d'équipements matériels lourds (scanner et IRM) ont été invités à s'organiser entre eux lorsqu'ils sont situés sur un même site géographique, en vue de solliciter en commun l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique.** Ceci afin de limiter la démultiplication des OQOS implantations, et le développement non contrôlé d'EML, qui pourraient occasionner des tensions accrues sur les ressources humaines, et des problématiques de pertinence des actes.
- **Dans chaque territoire de santé, les schémas cibles prévoient une seule implantation (donc un seul titulaire juridique) par site géographique.** Toutefois, si plusieurs titulaires ne parvenaient pas à trouver d'accord pour solliciter en commun l'autorisation sur un même site géographique, la fourchette permet de prévoir un nombre d'implantations correspondant au nombre de titulaires juridiques différents sur le même site géographique.
- En Gironde, compte-tenu du nombre élevé de titulaires d'autorisations d'exploiter des EML, **la borne haute de la fourchette ne correspond pas au nombre total de titulaires juridiques différents présents sur le territoire de santé.** Elle est volontairement réduite et prévoit moins d'implantations qu'il n'y a de titulaires juridiques, en zone territoriale de proximité comme en zone territoriale de recours.
- **Ainsi, en termes d'implantations géographiques, la borne basse de la fourchette est considérée comme permettant de répondre aux besoins du territoire.** Lorsque plusieurs titulaires s'organisent pour solliciter en commun l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique sur un même site géographique, la borne haute de la fourchette devra être considérée comme désormais sans objet, les besoins étant couverts.
- **Les titulaires de scanners en environnement de bloc qui ont une activité exclusivement dédiée à la radiologie interventionnelle** devront détenir uniquement l'autorisation de radiologie interventionnelle et en faire mention dans leur demande d'autorisation. **Pour ceux qui ont une activité mixte, interventionnelle et diagnostique, l'autorisation de radiologie interventionnelle et l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique seront nécessaires.**

Par ailleurs, il convient de prendre en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation :

- la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ;
- la participation à l'activité d'urgence hors PDSSES ;
- la prise en charge des patients hospitalisés ;
- l'activité de dépistage du cancer (notamment de dépistage organisé du cancer du sein) ;
- la prise en compte des exigences universitaires pour accueillir des internes ;
- la participation au maillage territorial de l'accès à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie ;
- l'accessibilité des équipements : horaires d'ouverture, accès aux personnes en situation d'obésité, aux personnes en situation de handicap, aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, ainsi qu'aux femmes (endométriose) ;
- la conclusion d'une convention avec les établissements dotés d'une unité neurovasculaire (UNV) et les SAMU pour prévoir les conditions d'accès en urgence pour les patients neurovasculaires ;
- l'implication des titulaires des autorisations dans tout système d'échange et de partage d'images et de données avec l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients ;
- leur implication dans la qualité et la pertinence des actes de télé radiologie, qui comme les actes de télé médecine sont des actes médicaux à part entière ;
- les coopérations ou partenariats existants ou en projet avec les autres structures de soins ;

- ▶ le fait qu'ils disposent d'équipements d'imagerie conventionnelle (échographie, mammographie, table conventionnelle), ou interviennent sur de tels équipements ;
- ▶ le fait qu'ils disposent de ressources médicales et paramédicales en capacité de réaliser l'activité.

Bien qu'elles ne soient plus désormais fléchées en tant que telles dans les OQOS du SRS, mais intégrées dans les OQOS implantations, **les 4 IRM dédiées à l'exploration des endométrioses, situées à Bayonne, Bordeaux, Limoges et Poitiers, doivent prévoir au moins 50 % de leurs plages pour l'intervention des radiologues spécialistes de l'endométriose et inscrits dans la filière endométriose.**

Dans le cadre de la **filière psychiatrie**, le Schéma régional de santé prévoit 3 implantations en établissement de santé psychiatrique (1 en Gironde, 1 en Vienne et 1 en Haute-Vienne) afin de permettre la mise en place d'IRM majoritairement dédiées à l'exploration des pathologies psychiatriques.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	2 à 4	5

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	5 à 7	5 à 8

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	2 à 3	2 à 3

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	1 à 2	1

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	3 à 5	4 à 5

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	19 à 24*	9 à 11

* dont 1 implantation en établissement de santé psychiatrique pour une IRM dédiée

TERRITOIRE DES LANDES

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	4	4

TERRITOIRE DU LOT-ET-GARONNE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	2 à 3	2

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	5 à 8	2

TERRITOIRE DE BEARN ET SOULE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	4 à 5	2 à 4

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	3 à 6	3 à 4

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	5*	4

* dont 1 implantation en établissement de santé psychiatrique pour une IRM dédiée

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Equipements matériels lourds	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Equipements d'imagerie en coupes comprenant les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou les scanographes à utilisation médicale à l'exception des équipements d'imagerie hybrides	6*	3

** dont 1 implantation en établissement de santé psychiatrique pour une IRM dédiée*

Radiologie interventionnelle

Cadre juridique

La réforme du régime d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds a introduit l'activité de soins de radiologie interventionnelle. La reconnaissance de l'activité de radiologie interventionnelle comme une activité de soins soumise à autorisation permet de mieux encadrer la pratique de cette activité en y associant des exigences de qualité et sécurité des soins nécessaires.

Cette activité est désormais régie par les textes suivants :

- Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle ;
- Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions technique de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle.

L'activité de radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique, réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Les décrets instaurent une logique globale de **gradation de l'offre de radiologie interventionnelle** :

- la **mention A** comprenant, à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions B, C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens ;
- la **mention B** comprenant, en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle. Par ailleurs, le titulaire de la mention B peut être autorisé à réaliser les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique, uniquement si cette pratique est mentionnée dans l'autorisation ;
- la **mention C** comprenant, en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle ;
- la **mention D** comprenant l'ensemble des actes, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Les scanographes et les appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire dédiés exclusivement à la radiologie interventionnelle font l'objet d'une mention spécifique dans la demande d'autorisation. Dans le cadre d'une nouvelle installation, ils doivent faire l'objet d'une déclaration au préalable après de l'agence régionale de santé.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

Lors de la révision intermédiaire du précédent SRS en 2021, les OQOS prévoyaient la transformation des scanners dédiés salle hybride en scanners en environnement de bloc, afin d'optimiser l'utilisation de ces équipements et favoriser le développement d'appareils dédiés à l'activité interventionnelle.

Au total, en Nouvelle-Aquitaine, 5 scanners en environnement de bloc ont été autorisés (1 en Gironde, 1 en Navarre-Côte Basque, 1 en Béarn et Soule, 1 en Vienne et 1 en Haute-Vienne).

L'activité de soins de radiologie interventionnelle n'existant pas alors, il est difficile de dresser un bilan de l'offre en la matière. L'attribution de nouvelles autorisations en application du présent SRS va permettre de suivre cette activité de manière très précise.

Principes généraux de détermination des implantations

Concernant les premières demandes d'autorisation (lors de la 1^{ère} fenêtre de dépôt) :

- ▶ les fourchettes permettent de prévoir la mention inférieure (pour les mentions B, C et D) en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets ne permettant pas au demandeur d'obtenir la mention supérieure ;
- ▶ les titulaires de scanners en environnement de bloc qui ont une activité exclusivement dédiée à la radiologie interventionnelle devront détenir uniquement l'autorisation de radiologie interventionnelle et en faire mention dans la demande. Pour ceux qui ont une activité mixte, interventionnelle et diagnostique, l'autorisation de radiologie interventionnelle et l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique seront nécessaires.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation :

- ▶ la nécessité d'assurer la **continuité des soins post interventionnels** ;
- ▶ la nécessité d'assurer la **permanence des soins pour les titulaires de mention D, en lien avec le service d'aide médicale d'urgence** ;
- ▶ la nécessité de la **présence sur site d'un médecin spécialisé en radiologie et imagerie médicale** ;
- ▶ la nécessité de la **présence sur site d'un radiologue compétent en radiologie interventionnelle avancée ou justifiant d'une expérience dans la pratique des actes de radiologie interventionnelle avancée pour les titulaires de mention B, C ou D** ;
- ▶ la nécessité de disposer des autorisations de soins critiques nécessaires selon la mention envisagée.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D		2
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2 à 3*	0 à 1
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 1*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **3 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 2 implantations de mention B et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	2	3 à 5
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	0 à 2*	1
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 2*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **2 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 1 implantation de mention C et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	0 à 1	2
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1 à 2	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques		

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1	0 à 1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques		

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1	1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2 à 3*	1
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 1*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques		

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **3 implantations maximum entre les mentions B et C. Le schéma cible est de 2 implantations de mention B et 1 implantation de mention C**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1 à 2	3
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	3 à 13*	5 à 6
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 10*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **13 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 3 implantations de mention B, 9 implantations de mention C et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DES LANDES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	2 à 3	0 à 1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques		

TERRITOIRE DU LOT ET GARONNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D		1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	0 à 2*	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 2*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **2 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 1 implantation de mention C et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1 à 2	1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	2 à 4*	0 à 1
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 2*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 2*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **4 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 2 implantations de mention B et 2 implantations de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1	1 à 2
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1 à 3*	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 2*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **3 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est de 1 implantation de mention B, 1 implantation de mention C et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	1	1
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1 à 2	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle		
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques		

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D	0 à 1	
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1 à 2*	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 1*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **2 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est d'1 implantation de mention B et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes des mentions B, C et D		2
<u>Mention B</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception des actes relevant spécifiquement des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle	1 à 3*	
<u>Mention C</u> : en sus des actes autorisés au titre de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle	0 à 2*	
<u>Mention D</u> : ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques	0 à 1*	

* Dans la zone de recours, les fourchettes doivent se lire ainsi : **3 implantations maximum entre les mentions B, C et D. Le schéma cible est d'1 implantation de mention B, 1 implantation de mention C et 1 implantation de mention D**, mais la fourchette permet de prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.

Médecine nucléaire

Cadre juridique

La réforme du régime d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds a introduit l'activité de soins de médecine nucléaire. La reconnaissance de l'activité de médecine nucléaire comme une activité de soins soumise à autorisation permet de mieux encadrer la pratique de cette activité et permettra aux professionnels de mettre en avant l'approche « parcours » des prises en charge dans laquelle s'inscrit cette discipline.

L'activité de médecine nucléaire est désormais régie par les textes suivants :

- Décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire ;
- Décret n° 2022-114 du 1^{er} février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire ;
- Arrêté du 1^{er} février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R.6123-136 du CSP.

L'activité de médecine nucléaire consiste en l'utilisation dans un but diagnostique ou thérapeutique d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission de positons (TEP) ou à tomographie d'émission mono photonique (TEMP) pouvant intégrer d'autres systèmes d'imagerie.

Une gradation de l'activité en deux mentions est introduite :

- **Mention A**, lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques prêts à l'emploi ou préparés conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;
- **Mention B**, lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés en mention A, les actes suivants :
 - les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques préparés selon un procédé aseptique en système ouvert ;
 - les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
 - Les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
 - les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques.

L'autorisation initiale est délivrée, par site géographique, pour un plateau allant jusqu'à 3 équipements. Au-dessus de ce seuil, et jusqu'à un nombre maximal d'équipements fixé à 9, l'acquisition d'un ou plusieurs équipements supplémentaires devra être justifiée auprès de l'ARS qui examinera la demande au regard de critères fixés dans le décret relatif aux conditions d'implantation (volume des actes, spécialisation de l'activité ou situation territoriale). Dans tous les cas, l'acquisition d'un EML supplémentaire devra répondre à l'exigence de mixité (TEP et TEMP) sur le site géographique.

Contexte régional et bilan de l'offre existante

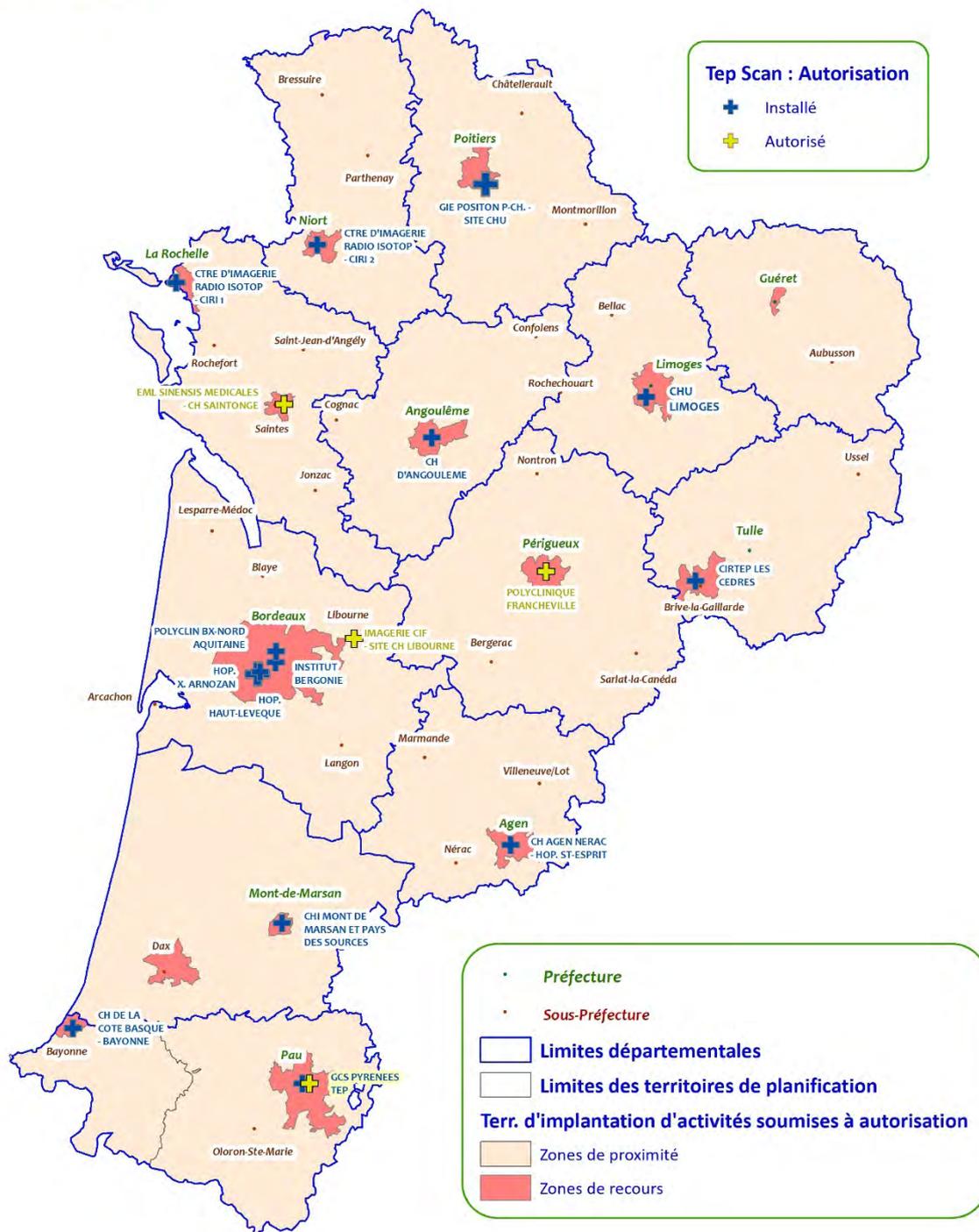
En Nouvelle-Aquitaine, le nombre d'EML (TEP-Scan et caméra à scintillation) est passé de 58 en 2017 à 73 en 2022, soit une **évolution de 15 EML supplémentaires** :

- Caméras à scintillation : 43 en 2017 et 53 en 2022 (+ 10 caméras),
- TEP-Scan : 15 en 2017 et 20 en 2022 (+ 5 TEP-Scan).

Le taux d'équipement en médecine nucléaire est passé de 1 EML/100 000 habitants en 2017 à **1,2 EML/100 000 habitants en 2022** :

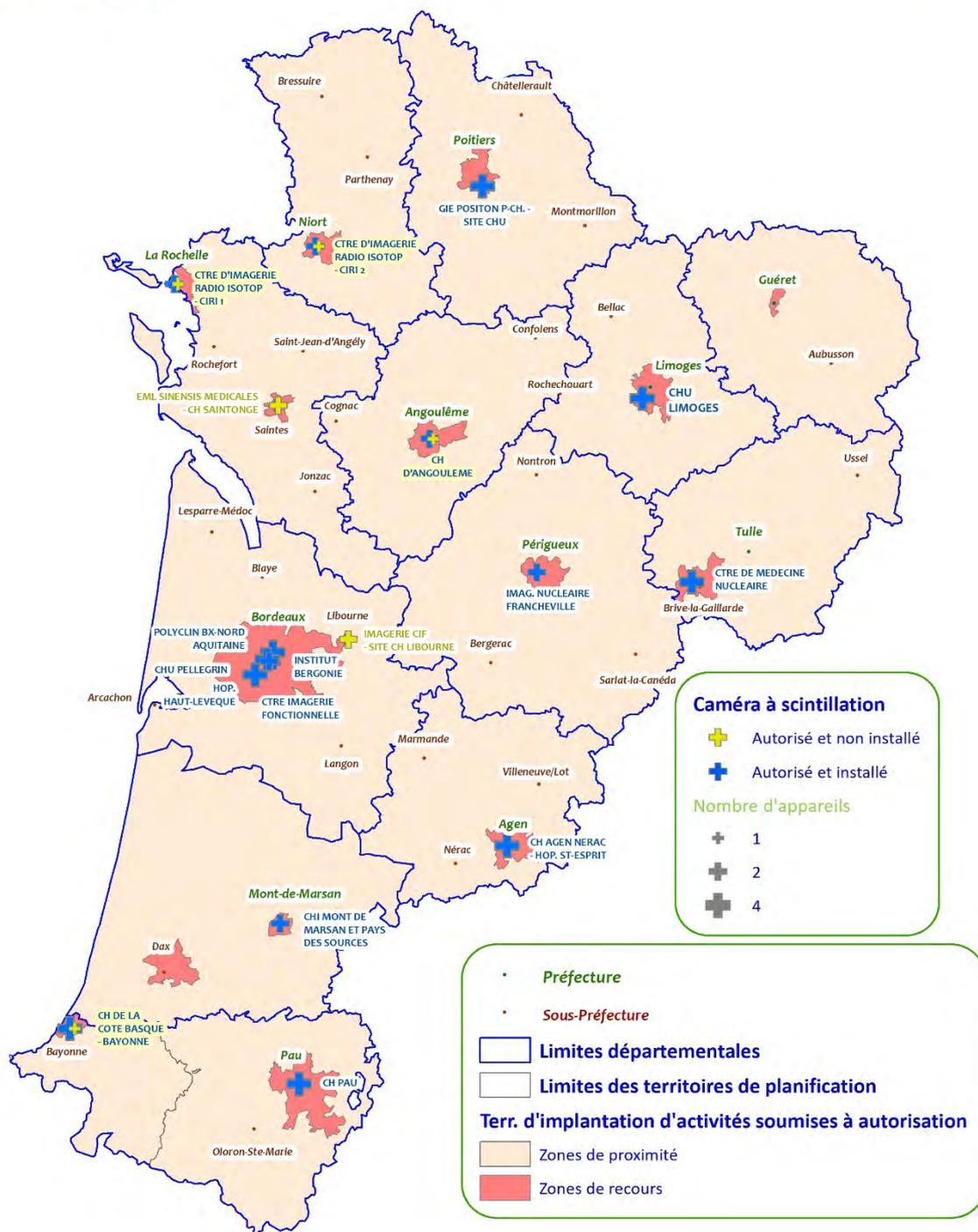
	Nombre d'EML			Taux d'équipement (EML/100 000 hab.)		
	2017	2022	Evolution 2017/2022	2017	2022	Evolution 2017/2022
Caméra à scintillation	43	53	+10	0,7	0,9	28,6%
Tomographe	15	20	+5	0,3	0,3	0,0%
Total	58	73	+15	1	1,2	20,0%

LES TEP SCAN EN NOUVELLE-AQUITAINE AU 01 AOÛT 2022



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - ARHGOS au 1er Août 2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, PES
Fonds de carte : IGN© - Août 2022

LES CAMERAS A SCINTILLATION EN NOUVELLE-AQUITAINE AU 01 AOUT 2022



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine - ARHGOS au 1er Août 2022
Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DOS, PES
Fonds de carte : IGN© - Août 2022

Principes généraux de détermination des implantations

Concernant les premières demandes d'autorisation (lors de la 1^{ère} fenêtre de dépôt) :

- Dans le cadre des travaux de révision générale du PRS-SRS, **les titulaires des autorisations d'exploitation d'équipements matériels lourds (TEP-Scan et caméra à scintillation) ont été invités à s'organiser entre eux lorsqu'ils sont situés sur un même site géographique, en vue de solliciter en commun l'autorisation de médecine nucléaire.** Ceci afin de limiter la démultiplication des OQOS implantations, et le développement non contrôlé d'EML, qui pourraient occasionner des tensions accrues sur les ressources humaines, et des problématiques de pertinence des actes.
- Dans chaque territoire de santé, les schémas cibles prévoient une seule implantation (donc un seul titulaire juridique) par site géographique.
- Les fourchettes laissent la possibilité aux titulaires d'exploitation d'équipements matériels lourds (TEP-Scan et caméra à scintillation) de se positionner en mention A ou en mention B selon l'activité réalisée et la conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement fixées par les décrets.
- Afin de garantir l'accès aux soins pour tous les patients, **chaque zone territoriale de recours devrait être dotée d'au moins un plateau de médecine nucléaire de mention B.** Ainsi, une implantation est ajoutée en Creuse.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation :

- la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDES) ;
- la participation à l'activité d'urgence hors PDES ;
- la prise en charge des patients hospitalisés ;
- la prise en compte des exigences universitaires pour accueillir des internes ;
- l'accessibilité des équipements : horaires d'ouverture, accès aux personnes en situation d'obésité ou de handicap ;
- l'implication des titulaires des autorisations dans tout système d'échange et de partage d'images et de données avec l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients ;
- leur implication dans la qualité et la pertinence des actes de télé imagerie, qui comme les actes de télé médecine sont des actes médicaux à part entière ;
- les coopérations ou partenariats existantes ou en projet avec les autres structures de soins ;
- le fait qu'ils disposent de ressources médicales et paramédicales en capacité de réaliser l'activité.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

TERRITOIRE DE LA CHARENTE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Mention A : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
Mention B : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DE LA CHARENTE-MARITIME

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Mention A : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 2*	
Mention B : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 2*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 2 implantations disponibles** : soit 1 mention A et 1 mention B, soit 2 mentions A, soit 2 mentions B

TERRITOIRE DE LA CORREZE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
Mention A : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
Mention B : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DE LA CREUSE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DE LA DORDOGNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DE LA GIRONDE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 6*	0 à 1**
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 6*	0 à 1**

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 6 implantations disponibles** : soit 1 mention A et 5 mentions B, soit 2 mentions A et 4 mentions B, soit 3 mentions A et 3 mentions B, soit 4 mentions A et 2 mentions B, soit 5 mentions A et 1 mention B, soit 6 mentions A, soit 6 mentions B

** La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de proximité, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention, soit 1 mention B

TERRITOIRE DES LANDES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DU LOT ET GARONNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE NAVARRE-COTE-BASQUE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE BEARN ET SOULE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B

TERRITOIRE DES DEUX-SEVRES

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 2*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 2*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 2 implantations disponibles** : soit 1 mention A et 1 mention B, soit 2 mentions A, soit 2 mentions B

TERRITOIRE DE LA VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 3*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 3*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 3 implantations disponibles** : soit 1 mention A et 2 mentions B, soit 2 mentions A et 1 mention B, soit 3 mentions, soit 3 mentions B

TERRITOIRE DE LA HAUTE-VIENNE

Mentions	Schéma-cible 2023-2028	
	Zone territoriale de recours	Zone territoriale de proximité
<u>Mention A</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos	0 à 1*	
<u>Mention B</u> : Actes diagnostiques ou thérapeutiques y compris pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de mrp en système clos ouvert	0 à 1*	

* La fourchette doit se lire ainsi : **en zone de recours, 1 seule implantation disponible** : soit 1 mention A, soit 1 mention B



LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



Permanence des soins en établissements de santé

Définition et principes généraux

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

Pour rappel, la permanence des soins en établissement de santé est à distinguer de la continuité des soins, qui est évoquée page 52 du présent schéma régional de santé.

Le schéma régional de la PDES repose sur la gradation des soins suivante :

- ▶ Niveau de recours territorial :
Anesthésie adulte, chirurgie traumatologique, chirurgie viscérale, médecine interne, polyvalente, ou gériatrique, cardiologie (avec possibilité d'accueillir les patients dans une unité de surveillance continue ou de soins intensifs de cardiologie), cardiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire, urologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, pneumologie, gastro-entérologie (endoscopie), gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie dédiée maternité, neurologie (unités neuro-vasculaires), néphrologie, réanimation adulte ;
- ▶ Niveau de recours infrarégional :
Chirurgie thoracique, chirurgie de la main, chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique, hématologie, radiologie interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, chirurgie pédiatrique traumatologique, chirurgie pédiatrique viscérale, anesthésie pédiatrique, réanimation néonatale et/ou pédiatrique, neurologie (thrombectomie et gardes mutualisées entre plusieurs UNV), neurochirurgie/rachis.
- ▶ Niveau de recours régional :
Rythmologie, endocrinologie, dermatologie, maladies infectieuses (recours zonal), chirurgie rétinienne, cardiologie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, hématologie pédiatrique, gastro-entérologie pédiatrique, néphrologie pédiatrique, neurochirurgie pédiatrique, chirurgie cardiaque, caisson hyperbare, chirurgie des brûlés, pharmacie du centre antipoison.

Périmètre et éligibilité

Le présent schéma de la PDES ne concerne que le seul champ médecine chirurgie obstétrique (MCO). Les établissements éligibles au titre de la mission de permanence des soins sont expressément désignés par le Directeur général de l'ARS. Tous les établissements sont par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de leur établissement.

A ce titre, les établissements de santé peuvent bénéficier d'un financement ayant pour objet de participer aux indemnités versées aux praticiens y concourant. Cette indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de PDSSES visera ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. La participation au dispositif régional de PDSSES implique l'inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chaque établissement des engagements pris au titre de la PDSSES en application du schéma.

Les établissements de santé, aussi bien privés que publics, autorisés à pratiquer certaines activités de soins doivent respecter des exigences en matière de PDSSES fixées par les textes réglementaires en vigueur. Sont notamment assorties d'une telle précision réglementaire les activités suivantes :

- La périnatalité (gynécologie-obstétrique / pédiatrie) ;
- La réanimation néonatale ;
- Les soins critiques, adultes et pédiatriques ;
- Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- La chirurgie cardiaque ;
- La neurochirurgie ;
- Les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- Le traitement des grands brûlés.

Pour les maternités de niveau 1, l'astreinte de gynécologie-obstétrique pourra être doublée par une astreinte de chirurgie viscérale et digestive (lorsqu'elle n'existe pas déjà) quand les gynécologues-obstétriciens n'ont pas la qualification chirurgicale délivrée par le conseil de l'ordre des médecins. Dans ce cas, la demande d'astreinte de chirurgie viscérale doit être accompagnée d'un engagement écrit de chaque chirurgien viscéral y participant à respecter l'article 70 du code de déontologie médicale qui précise que tout médecin ne doit pas entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Au-delà des obligations réglementaires liées aux autorisations, les établissements publics et privés ont vocation à garantir la continuité des prises en charge au niveau territorial. Pour ce faire, plusieurs leviers doivent être mobilisés : continuité des soins étendue au sein des établissements, mise en place d'une gestion territoriale des lits, coordination inter-établissements dans une logique de gradation des soins, développement de filières de soins non programmés spécialisés (exemple : trauma center, SOS œil, etc.). Les professionnels libéraux sont également encouragés à intervenir en appui de l'hôpital notamment sur les filières en tension.

Les tableaux ci-après recensent, par zones, les lignes d'astreinte et de garde retenues dans le cadre du schéma régional cible de la PDSSES, en reprenant la gradation des soins définie précédemment. Pour certaines lignes, le financement alloué aux établissements par l'ARS est déterminé en fonction du niveau de mobilisation de ces lignes en nuit profonde, au regard notamment du nombre d'hospitalisations constatées suite à un passage aux urgences.

Au regard du contexte actuel, notamment de la mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la PDSSES, dont les conclusions sont attendues prochainement, et de la réforme des autorisations sanitaires toujours en cours, les travaux entamés pour réviser le schéma régional de la PDSSES dans le cadre de la révision générale du Projet Régional de Santé ont été suspendus. Ces derniers seront repris prochainement dans l'objectif d'une révision intermédiaire du présent schéma.



Zones infra territoriales



Spécialités		CHARENTE RECOURS		CHARENTE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	2	1	1	
	Chirurgie traumatologique	1		1	
	Chirurgie viscérale	1		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		4		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		17	5	10	0

		CHARENTE-MARITIME RECOURS		CHARENTE-MARITIME PROXIMITE	
Spécialités		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	3	1
	Chirurgie traumatologique	2		4	
	Chirurgie viscérale	2		4	
	Chirurgie vasculaire	1		1	
	Urologie	2			
	ORL	2			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	2			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		4		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		2	1	
	Pédiatrie		2	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	2			
	Cardiologie USIC		2		
	Neurologie UNV	2			
	Néphrologie	2			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		24	10	19	1

Spécialités		CORREZE RECOURS		CORREZE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte		1	2	
	Chirurgie traumatologique	1		2	
	Chirurgie viscérale	1		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		1	2	
	Pédiatrie	1		2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		13	4	13	0

Spécialités		CREUSE RECOURS		CREUSE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte		1		
	Chirurgie traumatologique	1			
	Chirurgie viscérale	1			
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)				
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		1		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1			
	Pédiatrie	1			
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle				
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		12	3	1	0

Spécialités		DORDOGNE RECOURS		DORDOGNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	1	1
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		1	2	
	Pédiatrie		1	2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		16	5	11	1

		GIRONDE RECOURS		GIRONDE PROXIMITE	
Spécialités		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	10	2	4	2
	Chirurgie traumatologique	5	1	7	
	Chirurgie viscérale	5	1	7	
	Chirurgie vasculaire	3		1	
	Urologie	3		1	
	ORL	3		1	
	Ophtalmologie	1		1	
	Cardiologie (si USC ou USIC)	3		6	
	Pneumologie	2		1	
	Gastro-entérologie (endoscopie)	2,5		1,5	
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	8		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2	5	5	1
	Pédiatrie	3	4	5	1
	Anesthésie dédiée maternité	1	4		
	Cardiologie Interventionnelle	3		1	
	Cardiologie USIC		5		1
	Neurologie UNV			2	
	Néphrologie	1		1	
	Réanimation adulte		15		1
TOTAL		47,5	38	52,5	6

Spécialités		LANDES RECOURS		LANDES PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte		2	1	
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		1		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2			
	Pédiatrie	1	1		
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	2			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		21	6	5	0

Spécialités		LOT-ET-GARONNE RECOURS		LOT-ET-GARONNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	2	
	Chirurgie traumatologique	2		2	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		2	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	2		2	
	Pédiatrie	1	1	2	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		19	4	14	0

		NAVARRRE COTE BASQUE RECOURS		NAVARRRE COTE BASQUE PROXIMITE	
Spécialités		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	4		2	
	Chirurgie traumatologique	4		2	
	Chirurgie viscérale	4		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	2		2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		25	5	10	0

Spécialités		BEARN RECOURS		BEARN PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	3	1	2	
	Chirurgie traumatologique	2		2	
	Chirurgie viscérale	2		2	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique		2		
	Pédiatrie	1	1		
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		2		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		18	8	8	0

Spécialités		DEUX-SEVRES RECOURS		DEUX-SEVRES PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	1	1	1	
	Chirurgie traumatologique	2		1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	1		1		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité				
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV	1			
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		1		
TOTAL		18	5	6	0

Spécialités		VIENNE RECOURS		VIENNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	4	1	1	1
	Chirurgie traumatologique	1	1	2	
	Chirurgie viscérale	1	1	2	
	Chirurgie vasculaire	3			
	Urologie	1		1	
	ORL	1		1	
	Ophthalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	1		1	
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1		1	
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	3		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	2			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		4		
TOTAL		20	12	14	1

Spécialités		HAUTE-VIENNE RECOURS		HAUTE-VIENNE PROXIMITE	
		Astreinte	Garde	Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	3	1	1	
	Chirurgie traumatologique	1	1	1	
	Chirurgie viscérale	2		1	
	Chirurgie vasculaire	1			
	Urologie	1			
	ORL	1			
	Ophtalmologie	1			
	Cardiologie (si USC ou USIC)	2			
	Pneumologie	1			
	Gastro-entérologie (endoscopie)	1			
Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales		1	2		
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	1	1	1	
	Pédiatrie	1	1	1	
	Anesthésie dédiée maternité		1		
	Cardiologie Interventionnelle	1			
	Cardiologie USIC		1		
	Neurologie UNV				
	Néphrologie	1			
	Réanimation adulte		2		
TOTAL		19	9	7	0

Zones infrarégionales



INFRA-REGION NORD-AQUITAINE

Spécialités		Astreinte	Garde
PDSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	2	
	Chirurgie de la main	2	
	Chirurgie du rachis	2	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	2	
	Hématologie	2	
	Radiologie Interventionnelle	2	
	Neuroradiologie Interventionnelle	2	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	2	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	2	
	Anesthésie pédiatrique	2	
PDSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		2
	Neurochirurgie	2	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total		22	4

INFRA-REGION SUD-AQUITAINE			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDSSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	1	
	Chirurgie de la main	1	
	Chirurgie du rachis	1	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	1	
	Hématologie	1	
	Radiologie Interventionnelle	1	
	Neuroradiologie Interventionnelle	1	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique		
	Chirurgie pédiatrique viscérale	1	
	Anesthésie pédiatrique	1	
PDSSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		2
	Neurochirurgie	1	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		2
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total		10	5

INFRA-REGION EX-LIMOUSIN			
Spécialités		Astreinte	Garde
PDSSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	1	
	Chirurgie de la main	1	
	Chirurgie du rachis	1	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	1	
	Hématologie	1	
	Radiologie Interventionnelle	1	
	Neuroradiologie Interventionnelle	1	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	1	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	1	
	Anesthésie pédiatrique	1	
PDSSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		1
	Neurochirurgie	1	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		
Total		11	2

INFRA-REGION EX-POITOU-CHARENTES			
Spécialités	Astreinte	Garde	
PDSSES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	2	
	Chirurgie de la main	2	
	Chirurgie du rachis	2	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	2	
	Hématologie	2	
	Radiologie Interventionnelle	2	
	Neuroradiologie Interventionnelle	2	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique		
	Chirurgie pédiatrique viscérale	2	
	Anesthésie pédiatrique	2	
PDSSES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		1
	Neurochirurgie	2	
	Neurologie AVC (thrombectomie)		1
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)		1
Total	20	3	

Zone régionale



Zone REGIONALE			
Spécialités	Astreinte	Garde	
PDESES de recours régional	Rythmologie	3	
	Endocrinologie	1	
	Dermatologie	1	
	Maladies infectieuses	3	
	Chirurgie rétinienne	1	
	Cardiologie Pédiatrique	1	
	Pneumologie Pédiatrique	1	
	Hématologie pédiatrique	1	
	Gastro-entérologie pédiatrique	1	
	Néphrologie pédiatrique	1	
	Neurochirurgie pédiatrique	1	
PDESES régionale liées aux autorisations et reconnaissances contractuelles	Chirurgie cardiaque	4	
	Caisson Hyperbare	1	
	Chirurgie des brûlés	1	
	Pharmacie Centre Antipoison	1	
Total	22	0	

Synthèse à titre d'information

TOTAL NOUVELLE-AQUITAINE

Spécialités		Astreinte	Garde
PDES de recours territorial	Anesthésie adulte	51	19
	Chirurgie traumatologique	52	3
	Chirurgie viscérale	54	2
	Chirurgie vasculaire	19	
	Urologie	18	
	ORL	18	
	Ophthalmologie	14	
	Cardiologie (si USC ou USIC)	31	
	Pneumologie	15	
	Gastro-entérologie (endoscopie)	18	
	Gériatrie ou médecine interne ou polyvalente ou autres spécialités médicales	47	3
PDES territoriale liée aux autorisations ou reconnaissances contractuelles	Gynécologie-Obstétrique	29	17
	Pédiatrie	30	16
	Anesthésie dédiée maternité	1	9
	Cardiologie Interventionnelle	17	
	Cardiologie USIC		20
	Neurologie UNV	10	
	Néphrologie	15	
	Réanimation adulte		34

Spécialités		Astreinte	Garde
PDES de recours infra-régional	Chirurgie Thoracique	6	
	Chirurgie de la main	6	
	Chirurgie du rachis	6	
	Chirurgie maxillo-faciale et/ou plastique	6	
	Hématologie	6	
	Radiologie Interventionnelle	6	
	Neuroradiologie Interventionnelle	6	
	Chirurgie pédiatrique traumatologique	3	
	Chirurgie pédiatrique viscérale	6	
	Anesthésie pédiatrique	6	
PDES Infra-régionale liées aux autorisations	Réanimation néonatale et/ou pédiatrique		6
	Neurochirurgie	6	
	Neurologie AVC (thrombectomie)	0	5
	Neurologie AVC (mutualisation entre plusieurs UNV)	0	3
PDES de recours régional	Rythmologie	3	
	Endocrinologie	1	
	Dermatologie	1	
	Maladies infectieuses	3	
	Chirurgie rétinienne	1	
	Cardiologie Pédiatrique	1	
	Pneumologie Pédiatrique	1	
	Hématologie pédiatrique	1	
	Gastro-entérologie pédiatrique	1	
	Néphrologie pédiatrique	1	
	Neurochirurgie pédiatrique	1	
PDES régionale liées aux autorisations et reconnaissances contractuelles	Chirurgie cardiaque	4	
	Caisson Hyperbare	1	
	Chirurgie des brûlés	1	
	Pharmacie Centre Antipoison	1	
Total		524	137

Glossaire



3C	Centre de coordination en cancérologie
AAH	Allocation adulte handicapé
ABM	Agence de la biomédecine
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACIRA	Registre aquitain de cardiologie interventionnelle
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AE	Activité d'expertise
AFENA	Association filière endométriose en Nouvelle-Aquitaine
AHI	Accueil, hébergement, insertion
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
AMAVI	Accueil massif de victimes
AME	Aide médicale d'Etat
AMP	Aide médicale à la procréation
AMU	Aide médicale urgente
ANESM	Agence nationale de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (aujourd'hui HAS)
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APA	Activité physique adaptée
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARM	Assistant de régulation médicale
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Atelier santé ville
ATSU	Association de transports sanitaires urgents
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVEC (santé)	Avenir des équipes coordonnées
BASE	Besoin attachement et sécurité de l'enfant
BHRe	Bactérie hautement résistante
BJML	Besoin journalier minimal en lits
BMR	Bactérie multirésistante
BRIQUES	Bulletin régional d'information pour la qualité et la sécurité en santé
CA	Chirurgie ambulatoire
CAARUD	Centre d'accueil, d'accompagnement à la réduction des usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocation familiale
CAMSP	Centre d'action médico-psychosociale précoce
CAPalliatif	Cellule régionale d'animation des soins palliatifs
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAC	Centre de chirurgie des artères coronaires
CCAR	Comité consultatif d'allocation de ressources
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCB	Centres clinico-biologiques
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine

CCI	Centre de cardiologie interventionnel
CCMR	Centre de compétence maladies rares
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme
CeGGID	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CESP	Contrat d'engagement de service public
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CFA	Centre de formation d'apprentis
CFPPA	Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
CI	Condition d'implantation
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant
CIRDA	Cellule d'information et de recueil des directives anticipées
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CMEI	Conseiller médical en environnement intérieur
CMP	Centre médico-psychologique
CMPEA	Centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
CMPP	Centre médico psycho-pédagogiques
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COCON	Parcours précoce et coordonné des Nouveau-nés
COREADD	Coordination régionale addiction Nouvelle-Aquitaine
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CPCA	Centres de prise en charge des auteurs de violences
CPI	Cardiopathie ischémique
CPIAS	Centre de prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Centre périnatal de proximité
CPS	Compétences psychosociales
CPSI	Centre de preuves société inclusive
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRAG	Centre régional addictions grossesse
CRATB	Centre régional en antibiothérapie
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CRHR	Centre ressources handicap rare
CRIV	Cellule régionale d'identitovigilance
CRM	Centre ressources maladies rares
CROI	Conseil régional de l'ordre des infirmiers
CRRRAED	Cellule régionale de recours et d'appui à l'enfance en danger
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
CSNP	Centre de soins non programmés
CSO	Centre spécialisé d'obésité
CSP	Code de la santé publique

CTB	Centre de traitement des brûlés
CTF	Conditions techniques de fonctionnement
CTS	Conseil territorial de santé
CTSM	Contrat territorial en santé mentale
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
CV	Couverture vaccinale
CVAGS	Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire
CVN	Carnet de vaccination numérique
CVS	Conseil de la vie sociale
DAC	Dispositifs d'appui à la coordination
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DDEETS	Direction départementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DDETSPP	Direction départementale de l'économie, de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIME/IME	Dispositif/ institut médico éducatif
DiRPJJ	Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DITEP	Dispositif intégré thérapeutique, éducatif et pédagogique
DMP	Dossier médical partagé
DPI	Diagnostic préimplantatoire
DPN	Diagnostic prénatal
DPNI	Dépistage prénatal non invasif
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DRAD	Dispositifs renforcés pour le soutien à domicile des personnes âgées dans l'attente d'une place en ESMS
DRAJES	Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
DRDFE	Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (aujourd'hui DRAJES /DREETS)
DSDEN	Direction des services départementaux de l'Education Nationale
DSR	Dispositif spécifique régional
DU /DIU	Diplôme universitaire / Diplôme interuniversitaire
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
EFS	Etablissement français du sang
E-ETP	Education thérapeutique à distance
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EHPAD PRP	EHPAD - Pôle de ressources de proximité
EIGS	Evénements indésirables graves associés aux soins
EIS	Evaluation d'impact sur la santé
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMAS	Équipe mobile d'appui à la scolarisation
EMH	Équipe mobile d'hygiène
EMIZDS	Etat-major interministériel de zone de défense et de sécurité
EML	Équipements matériels lourds
EMOG	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMR	Équipe mobile de réadaptation
EMR	Équipe mobile ressource

EMSP	Équipe mobile santé précarité
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
EMT	Équipe médicale de territoire
EN	Education nationale
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPI-CIIM	Epidémiologie et Climatologie
EPMU	Équipe paramédicale d'urgence
EPNP	Entretien post natal précoce
EPoP	Empowerment and participation of persons with disabilities” - Pouvoir d'agir et participation des personnes en situation de handicap
EPP	Évaluations des pratiques professionnelles
EPP	Entretien prénatal précoce
EQLAAT	Équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques
ERENA	Espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine
ERHR	Équipe relais handicap rare
ERRSPP	Équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques
ES	Établissements de santé
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ESEA	E-santé en action Nouvelle-Aquitaine
ESMS	Etablissement et services médico- sociaux
ESP	Équipe de soins primaires
ESPE	Ecole supérieure du professorat et de l'éducation
ESR	Etablissement de santé de référence
ESS	Équipe de soins spécialisés
ESSIP	Équipe spécialisée de soins infirmiers
ESSMS	Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
ETHNA	Education thérapeutique du patient en Nouvelle-Aquitaine
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	France asso santé
FeDAC	Fédération des DAC de Nouvelle-Aquitaine
FIR	Fond d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEM	Groupes d'entraide mutuelle
GES	Gaz à effet de serre
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDJ	Hospitalisation de jour
HP	Hébergement permanent
HPV	Human papilloma virus ou papillomavirus humain
HSA	Halte soins addictions
HT	Hébergement temporaire
HTNM	Hébergement temporaire non médicalisé
HTU	Hébergement temporaire d'urgence

IA	Intelligence artificielle
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IAS	Infections associées aux soins
ICAPS	Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
ICOPE	Soins intégrés pour les personnes âgées
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier de coordination en cancérologie
IFAC	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IME	Institut médico éducatif
IMG	Interruption médicale de grossesse
INCA	Institut national du cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmier de pratique avancée
IQSS	Indicateur qualité et sécurité des soins
IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IRC	Insuffisance rénale chronique
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRP	Instances représentatives du personnel
ISPED	Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Krypton	Service régional d'échange et de partage d'images médicales
LAM	Lits d'accueil médicalisé
LAST	Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac
LAV	Lutte anti vectorielle
LBM	Laboratoires de biologie médicale
LGBTQIA+	Lesbienne, Gay, Bisexuel(le), Trans, Queer, Intersexe et Asexuel
LHSS	Lits halte soins santé
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
LLST	Lieux de santé sans tabac
LUSP	Lits d'unités de soins palliatifs
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MCS	Médecins correspondants du SAMU
MDA	Maison des adolescents
MDO	Maladies à déclaration obligatoire
MEDICO-PSY	Médoco-psychologique
MES	Mon espace santé
MFR	Maison familiales et rurales
MIVILUDES	Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
MMG	Maison médicale de garde
MND	Maladie neurodégénérative
MOOC	Massiv open online courses (Cours d'enseignement diffusé sur Internet)
MPH	Mission périgourdine humanitaire
MRP	Médicament radio pharmaceutique
MSA	Mutualité sociale et agricole

MSAP	Mise sous accord préalable
MSP	Maisons de santé pluri professionnelle
NA	Nouvelle-Aquitaine
NRC	Nucléaire radiologique et chimique
NRI	Neuroradiologie interventionnelle
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPCO	Opérateurs de compétences
OQOS	Objectifs quantitatifs de l'offre de soins
ORDPS	Observatoire régional de la démographie des professionnels de santé
ORSAN	Organisation de la réponse sanitaire
ORSE	Observatoire régional santé environnement
ORU	Observatoire régional des urgences
PAACO-Globule	Service « e-parcours » régional de communication et de coordination
PAEJ	Point accueil écoute jeune
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PANJO	Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents
PAPRAPs	Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PAT	Projet alimentaire de territoire
PCDS	Personnes confrontées à des difficultés spécifiques
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation TND
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PDLHI	Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDESES	Permanence des soins en établissements de santé
PEPS	Paiement en équipe des professionnels de santé de ville
PEPS	Prescription d'exercice physique pour la santé
PFMG	Plan France médecine génomique
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PIMM	Plateau d'imagerie médicale mutualisée
PIMP	Plateau d'imagerie médicale de proximité
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PMP	Projet médical partagé
PMSP	Projet médico-soignant partagé
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PNST	Pla national santé travail
PPAC	Programme personnalisé de l'après-cancer
PPS	Prévention, promotion de la santé
PPSMJ	Personnes placées sous main de justice
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRAQSS	Programme régional d'actions pour la qualité et la sécurité des prises en charge
PRGDRESS	Programme régional de gestion du risque et d'efficience du système de santé
PRIA	Prévention du risque infectieux et de l'antibiorésistance
PROCTEFA	Programme de coopération transfrontalière Espagne Franque Andorre
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional en santé environnement
PRST	Plan régional santé travail

PS	Professionnels de santé
PSP	Programme de soins personnalisés
PSSM	Premier secours en santé mentale
PSYCOM	Acteur national et régional sur l'information en santé mentale
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTS	Plateau technique spécialisé
PTS	Projet territorial de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUMP	Poste d'urgence médico-psychologique
PZMRS	Plan zonale de mobilisation des ressources sanitaires
QAI	Qualité de l'air intérieur
QPV	Quartier prioritaire de la ville
QVCT	Qualité de vie et des conditions de travail
QVT	Qualité de vie au travail
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RDRD	Réduction des risques et des dommages
REB	Risque émergent biologique
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
RÉPPOP	Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie
RFE	Recommandations formalisées d'experts
RH	Ressources humaines
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RPNA	Réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine
RREVA-NA	Réseau régional de vigilances et d'appui de la Nouvelle-Aquitaine
RS	Réseaux sociaux
RTU	Réseau territorial des urgences
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Service d'aide à domicile
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAFE-Li	Programme d'accompagnement en 5 étapes (Sensibiliser, Auditer, Fédérer, Essayer, Lier)
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAPPH	Service d'appui à la parentalité des personnes en situation de handicap
SAS	Structures d'accompagnement vers la sortie
SAS	Service d'accès aux soins
SAU	Service d'accueil d'urgence
SDC	Structures douleur chronique
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI	Systèmes d'information
SIOS	Schéma interrégional d'organisation des soins
SHD / STHD	Séquençage à haut débit / séquençage à très haut débit
SLD	Soins de longue durée
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SMUR	Structures mobiles d'urgence et de réanimation
SNANC	Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat

SNSSBE	Stratégie nationale sport santé bien-être
SNP	Soins non programmés
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPF	Santé publique France
SPTA	Service public territorial de l'autonomie
SQVT	Santé et qualité de vie au travail
SRA	Structure régionale d'appui
SRADDET	Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
SRS	Schéma régional de santé
SRPPSE	Stratégie régionale de prévention et de promotion de la santé environnementale
SRSSBE	Stratégie régionale sport santé bien être
SSA	Services de santé des armées
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
SSES	Service sanitaire des étudiants en santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSU	Services de santé universitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SU	Service d'urgences
SUMPPS	Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
TCA	Troubles des conduites alimentaires
TCA	Traitement en cure ambulatoire
TEMP	Tomographie d'émission mono photonique
TEP	Tomographie d'émission de positons
TIHH	Transports infirmiers inter hospitaliers
TM	Thrombectomie mécanique
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TMSC	Traitements médicamenteux systémiques du cancer
TNC	Troubles neurocognitifs
TND	Troubles du neuro-développement
TO	Taux d'occupation
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSN	Territoire santé numérique
TSU	Transports sanitaires urgents
UAD	Unité d'autodialyse
UAPED	Unité d'accueil pédiatrique enfant en danger
UDM	Unité de dialyse médicalisée
UE/JEE	Unité d'enseignement/unité d'enseignement externalisée
UEEA	Unité d'enseignement élémentaire autisme
UEMA	Unité d'enseignement maternelle autisme
UFR	Unité de formation et de recherche
UHR	Unités d'hébergement renforcé
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée inter-régionale
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UMJ /UMJP	Unité médico judiciaire / de proximité
UNV	Unité neurovasculaire
UPH	Urgences pré-hospitalières
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URPS-ML	Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux
USC	Unité de surveillance continue
USIC	Unité de soins intensifs en cardiologie
USIN	Unité de soins intensifs neuro-vasculaire

USLD	Unité de soins de longue durée
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
USP	Unité de soins palliatifs
USPC	Unité de soins prolongés complexes
UTEP	Unité transversale d'éducation pour le patient
UTTEP	Unité transversale et territoriale d'éducation du patient
VAD	Visite à domicile
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VFF	Violences faites aux femmes
VIGILANS	Dispositif de veille et de maintien du contact avec les personnes suicidaires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VT	Via-trajectoire
ZAC	Zone d'accompagnement complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire
ZRR	Zone de revitalisation rurale
ZSRS	Zone du schéma régional de santé



PRS
NOUVELLE
AQUITAINE
2018-2028

POUR EN SAVOIR + SUR LE PRS
NOUVELLE-AQUITAINE
2018-2028
nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr