

Schéma régional de santé

Activités soumises à autorisation - permanence des soins en établissement - Schéma de biologie

Projet Régional
de Santé Pays de la Loire
2018-2022



Ce document établi par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire présente le Schéma Régional de Santé dans sa partie consacrée au schéma d'implantations des Activités Soumises à Autorisation opposable aux établissements de santé, au Schéma de Biologie et au Schéma de Permanence des Soins en Etablissement.

L'évaluation des besoins pour chacune des activités est succinctement présentée dans les fiches de ce document et développée dans les livrets du PRS, correspondant à chaque activité, parties intégrantes du PRS.

Il constitue, avec les 'livrets du PRS' correspondants, l'un des documents du Projet Régional de Santé prévu à l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique.

Cette version en date du 2 février 2018 est soumise durant 3 mois à la consultation réglementaire prévue à l'article R1434-1 du Code de la Santé Publique.

Table des matières

Médecine.....	5
Chirurgie.....	9
Gynécologie-Obstétrique.....	13
Psychiatrie.....	18
Soins de suite et de réadaptation	30
Unités de Soins de Longue Durée	36
Cardiologie interventionnelle	39
Médecine d'urgence	43
Soins critiques (réanimation, unité de soins continus, soins intensifs)	48
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	51
Assistance médicale à la procréation (AMP)	57
Diagnostic prénatal.....	63
Traitement du cancer.....	68
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales	72
Equipements et matériels lourds	75
Biologie médicale	82
Permanence des soins en établissements de santé	84
Les livrets du PRS.....	98

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Médecine
----------	----------

Zonage

Le zonage retenu est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département. Il se justifie par un accès à la médecine organisé à l'échelle départementale avec un temps de parcours médians des patients pour séjour médical correspondant à la moyenne nationale (20 à 30 minutes). On note également que 85 % des ligériens se font hospitalisés en proximité de leur domicile. Seuls les départements de la Mayenne et de la Vendée, limitrophe avec des départements dont les structures sanitaires sont attractifs, ont un taux d'hospitalisation inférieur.

Etat des lieux / contexte

Dans chaque département la population peut avoir accès à des services de médecine polyvalente et de médecine spécialisée pour des prises en charge relevant de cardiologie, pneumologie, neurologie, gastroentérologie, rhumatologie et endocrinologie.

La région dispose d'un taux d'attractivité neutre par rapport à son taux de fuite (5,3 vs 5,3) ce qui démontre une reconnaissance par la population de la qualité des soins pratiquée. Les fuites concernent essentiellement les zones géographiques se situant à proximité des régions limitrophes proposant une offre de médecine.

En 2015, le taux de recours se stabilise autour de 143 séjours cliniques pour 1 000 habitants (139 en 2011), ce qui positionne la région à un niveau inférieur au taux de recours national (156 en 2015).

Depuis la mise en place du plan triennal 2015-2017, l'ARS a contractualisé avec l'ensemble des structures sanitaires de la région afin de fixer une évolution positive annuelle de 2 % pour développer les prises en charges alternatives à l'hospitalisation. Le taux moyen régional atteint est de 49 %. Néanmoins, cet objectif est remis en question en raison des difficultés d'application de la circulaire frontière. Malgré des progrès conséquents les établissements peinent à s'organiser autour de l'ordonnancement des examens complémentaires en lien avec les plateaux techniques.

Par ailleurs, le PRS 1 préconisait le développement des HAD (Cf. chantier HAD). On constate une forte hausse du recours (+15 à +30 %) depuis 5 ans ce qui est un progrès notable. En 2016 les modes de prises en charges principaux en HAD en Pays de la Loire sont les soins palliatifs, les pansements complexes, les soins de nursing lourds. L'analyse de l'activité d'hospitalisation à domicile en Pays de la Loire en 2016 révèle des marges de progression parfois très importantes. De plus, les missions de l'HAD sont encore mal connues du premier recours et des centres hospitaliers/cliniques.

L'expérimentation « hôtel hospitalier » a permis de développer un nouveau dispositif qui favorise le virage ambulatoire en évitant les nuits coûteuses à l'hôpital et en améliorant le « confort » des patients. Parmi les 41 établissements nationaux autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients, figure le CHU de Nantes.

La qualité des soins, la pertinence au sein de chaque établissement de santé est globalement satisfaisante comme l'atteste le bilan des différentes campagnes de certification HAS. Cependant certains points restent à améliorer :

- le document de sortie et les délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, éléments clés de la continuité des soins,
- la prise en charge médicamenteuse et plus précisément les documents de liaison contenant le traitement,
- le respect des bonnes pratiques des blocs opératoires : Check-list de sécurité du patient au bloc opératoire, sortie trop rapide de la salle de réveil après anesthésie et parfois sans avis médical,
- les problèmes d'effectifs et l'inadaptation des locaux et des équipements,
- l'identification du patient : La HAS ne recense en 2016 que 7 patients sur 10 identifiés correctement dans le dossier en MCO ou dans la lettre de liaison.

Enfin, lancé en 2016 dans le cadre du plan régional de déploiement de la démarche palliative, un appel à candidatures « innovation en soins palliatifs » a retenu un projet dans le département de la Loire Atlantique. Il s'agit d'un projet expérimental et innovant qui n'est pas en concurrence avec l'offre en USP du territoire et de la région. Ce projet ouvert à l'ensemble de la population de la région devant être adossé à un établissement autonome doit disposer de sa propre autorisation de médecine.

Fort de ces constats, il apparaît qu'il est nécessaire d'adapter le système pour le rendre compatible aux enjeux de demain, à savoir :

- accompagner le virage ambulatoire
- organiser la prise en charge des maladies chroniques
- améliorer l'accès aux avis spécialisés
- éviter les hospitalisations non pertinentes

Objectifs

1. **Objectif 1 : Qualité/sécurité :**

- Veiller à garantir la qualité et la sécurité des soins
- Assurer la permanence et la continuité des soins
- Tendre vers des unités de 30 lits en médecine, sauf pour les services de médecine des Hôpitaux de proximité dont les capacités peuvent être mutualisées avec celle de l'autorisation de SSR
- Développer les alternatives à hospitalisation en médecine permettant de poursuivre le virage ambulatoire engagé en région
- Prévoir une convention de site associé avec un établissement autorisé en chimiothérapie pour toute structure qui réaliserait de la chimiothérapie via son autorisation de médecine.

2. **Objectif 2 : Améliorer le parcours de soins:**

- Renforcer les parcours de soins des patients atteint de maladie chronique
- Améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation en veillant à une meilleure coordination des soins en sortie d'hospitalisation
- Veiller à une meilleure articulation ville hôpital pour éviter notamment les hospitalisations non pertinentes
- Confirmer la dynamique d'évolution des HAD en diversifiant les modes de prise en charge, en veillant à leur efficience et en organisant de façon précoce le recours à l'HAD en relais d'une hospitalisation complète.

3. **Innovation :**

- Renforcer le déploiement de la télémédecine
- Développer une stratégie territoriale d'accès au recours spécialisé

4. **Prévention :**

- Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Développer les actions de préventions au sein des établissements de santé :
 - o pour prévenir les récurrences et/ou aggravation d'une pathologie
 - o pour identifier au cours d'un séjour la présence de facteurs de risques (hypertension, diabète,...) ou de comportements à risques (addictions).

Indicateurs

- Taux de réhospitalisation à 30 jours
- Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivi d'un séjour en HAD ou SSR

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Création d'une implantation de médecine afin d'y adosser une structure innovante dédiée aux soins palliatifs en Loire Atlantique.

Implantations

Tout établissement détenteur d'une autorisation de médecine en HC peut solliciter une autorisation de médecine en HTP. Cette demande doit s'inscrire dans le cadre de la procédure de demande de création d'activité de soins définie par le code de santé publique et disponible sur le site internet de l'ARS des Pays de la Loire.

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

Territoire de santé	Activité	Implantations cibles
Loire-Atlantique	20	21
Maine et Loire	19	19
Mayenne	8	8
Sarthe	11	11
Vendée	10	10

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Chirurgie
----------	-----------

Zonage

Le zonage retenu est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département ce qui est justifié par un accès à la chirurgie organisé à l'échelle départementale pour la plupart des spécialités chirurgicales avec un temps d'accès satisfaisant pour les gestes devant être effectués en urgence, grâce à un maillage d'au moins 2 sites géographiques distincts par département. Le temps d'accès est compris entre 20 et 30 minutes (correspondant à la moyenne nationale) sauf pour la Vendée où le temps est compris entre 30 et 40 minutes.

Etat des lieux / contexte

L'activité de chirurgie traitée dans ce volet recouvre les actes de :

- chirurgie orthopédique dont la chirurgie de la main,
- chirurgie viscérale,
- chirurgie vasculaire,
- chirurgie urologique,
- chirurgie thoracique,
- chirurgie ophtalmologique,
- chirurgie ORL,
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
- chirurgie gynécologique.

La chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la chirurgie pour les greffes d'organes sont traitées dans le schéma inter régional d'organisation des soins (SIOS).

La chirurgie pour les cancers, quant à elle, est traitée dans le volet « traitement du cancer ».

La région des Pays de la Loire compte 40 établissements disposant d'au moins une autorisation de chirurgie. Dans les grandes agglomérations de la région, l'offre de chirurgie privée s'est réorganisée autour de regroupements de cliniques.

Le maillage du territoire régional pour la chirurgie permet de répondre aux besoins de la population dans une logique de gradation de l'offre permettant un accès à la chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologique en proximité, à la chirurgie urologique, vasculaire, ophtalmologique, ORL dans chaque département et à la chirurgie la plus spécialisée dans 2 à 3 établissements de la région (la chirurgie infantile à titre d'exemple). Néanmoins, on constate une forte dispersion des actes qui fragilise les enjeux de qualité.

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

La région dispose d'un taux d'attractivité supérieur à son taux de fuite (8,3 vs 4,8) ce qui démontre une reconnaissance par la population de la qualité des soins pratiquée. Les fuites concernent essentiellement les zones géographiques se situant à proximité des régions limitrophes proposant une offre de chirurgie.

En 2015, le taux de recours a augmenté pour atteindre 105 séjours cliniques pour 1000 habitants (100 en 2011), ce qui positionne la région à un niveau supérieur au taux de recours national (98 en 2015). Les actes de stomatologie, chirurgie du rachis et ORL participent à ce niveau élevé de recours.

Le volume total des séjours de chirurgie a progressé de **+9,9 %** sur la période 2011-2016, tandis que le volume des séjours de chirurgie ambulatoire progressait de **+36,9 %**. La chirurgie ambulatoire a ainsi beaucoup progressé en Pays de la Loire puisqu'elle était d'ailleurs le plus élevé de France en 2016 avec 56,5 % pour un taux national à 54,1 %. D'autres modes de prise en charge permettant d'accélérer la récupération des patients et de diminuer le temps de séjour sont décrits dans le document annexé sur la chirurgie.

Les besoins de la population et les techniques chirurgicales progressent. C'est le cas de la chirurgie de l'obésité (dite chirurgie bariatrique), dont l'activité croît régulièrement (9.3 % entre 2015 et 2014). Elle propose 3 techniques différentes mais doit respecter les critères qualité de la Haute Autorité de Santé. A noter que 12 établissements réalisent de la chirurgie bariatrique dans la région, dont 4 qui assurent 74 % de l'activité.

La population vieillit et on constate, logiquement, un accroissement des actes chirurgicaux chez les personnes âgées, comme en témoigne les 11 % d'augmentation entre 2011 et 2015. Une attention particulière doit être apportée aux indications et au mode de prise en charge des plus fragiles d'entre eux. A noter que 22 % de l'activité de chirurgie se fait sur des personnes âgées de plus de 75 ans.

La problématique principale en termes de ressources humaines concerne les médecins anesthésistes-réanimateurs. La densité de médecins anesthésistes-réanimateurs en Pays de la Loire est inférieure à la nationale (13,6 pour 100000 habitants contre 14,9 sur la France selon l'INSEE) et les difficultés pour avoir des effectifs suffisants sont partagées par beaucoup d'établissements publics.

Par ailleurs, l'existence d'une problématique d'organisation et d'offre émerge : plusieurs centres ont une activité qui reste fragile et l'offre, telle qu'elle est organisée, ne sera pas en capacité de répondre aux enjeux de demain : innovation, robotique, activité interventionnelle, ... L'exigence croissante de qualité/sécurité est au cœur des enjeux de demain avec une attention particulière attendue en ce qui concerne la pertinence des soins. L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation en lien avec le 1^{er} recours et le médico-social sera à consolider.

Fort de ces constats, il apparaît qu'il est nécessaire d'adapter le système pour le rendre compatible aux enjeux de demain, à savoir :

- disposer d'une masse critique d'activités pour chaque site ou équipe chirurgicale pour améliorer la sécurité et la qualité des soins
- optimiser l'organisation des trajets de soins en s'appuyant sur l'analyse des chemins cliniques pour améliorer la pertinence et l'efficacité des soins,
- optimiser l'adressage pour améliorer le parcours de soins,
- créer les conditions pour déployer des innovations lorsqu'elles sont validées.

Objectifs

- **Objectifs 1 : Garantir la sécurité et la qualité des soins**

- Optimiser le panel d'activités
- S'assurer que l'organisation des établissements ayant une activité de chirurgie garantit la continuité et un bon accès aux chirurgiens mobilisés pour la permanence des soins
- S'assurer, en lien avec les centres spécialisés de l'obésité (CSO) du respect des recommandations HAS pour les établissements réalisant de la chirurgie bariatrique

- **Objectifs 2 : Garantir l'équité d'accès à la chirurgie pour les usagers**

- Dans une optique de garantie de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux, tendre vers une concentration de l'activité chirurgicale de proximité sur les gestes les plus fréquemment réalisés et vers une orientation des actes les plus complexes vers les établissements de recours
- Créer des équipes territoriales de chirurgie (chirurgiens et médecins anesthésistes réanimateurs) en tenant compte des coopérations public-privé existante ou à venir
- Développer les consultations avancées pré et post chirurgicales
- Organiser la régulation des recours et des urgences pour les actes de chirurgie
- S'assurer du maillage des transports urgents

- **Objectifs 3 : Garantir l'accès à l'innovation**

- Labelliser au moins un site pour la chirurgie du handicap
- Développer la télé-expertise à partir des sites labellisés SOS mains pour garantir une prise en charge graduée de la chirurgie de la main.

- **Objectifs 4 : Garantir la pertinence**

- Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre la cible définie par la DGOS soit 69,1 % à horizon 2020
- Encourager le développement de la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC)

Indicateurs

- Volume d'activité annuelle par site géographique et entité juridique dont taux de chirurgie ambulatoire
- DMS des séjours de chirurgie HC pour les patients transférés ou mutés en SSR et HAD (chiffre supérieur à la moyenne nationale)
- Nombre d'établissement ayant adopté une RRAC
- Taux de patients retournant au domicile ou orientés en SSR après une intervention de chirurgie orthopédique programmée

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Le regroupement des cliniques Saint Augustin et Jeanne d'Arc sur Nantes (44) sur le site de la Polyclinique Chirurgicale de l'Atlantique à Saint Herblain (44) en 2018 entrainera la suppression de 2 implantations de chirurgie.

Implantations

Tout établissement détenteur d'une autorisation de chirurgie en HC peut solliciter une autorisation de chirurgie en ACA. Cette demande doit s'inscrire dans le cadre de la procédure de demande de création d'activité de soins définie par le code de santé publique et disponible sur le site internet de l'ARS des Pays de la Loire.

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

Territoire de santé	Activité	Implantations cibles
Loire-Atlantique	17	15
Maine et Loire	10	10
Mayenne	4	4
Sarthe	6	6
Vendée	7	7
TOTAL	44	42

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Gynécologie-Obstétrique
----------	-------------------------

Zonage

Le PRS 1 a stabilisé le maillage territorial des maternités, en volume d'activité et en professionnels.

La distance d'accès est de moins de 30 minutes pour 85 % des femmes en âge de procréer. Pour les 15 % de femmes à plus de 30 minutes, situés en zone peu dense, les services d'urgence de la région sont organisés pour pallier cette accessibilité.

Le zonage retenu correspond au territoire de démocratie sanitaire à savoir le département.

Etat des lieux / contexte

1. Données démographiques pour les années à venir

La proportion de femmes jeunes pour le renouvellement des naissances augmente, corroboré par un indice de vieillissement inférieur à la moyenne nationale même s'il y a une légère sous-représentation des 21-35 ans actuels au regard de la France

Le taux de mortalité néonatale régionale est inférieur à celui de la France métropolitaine

2. Réduction de la saturation des maternités avec réanimation néonatale :

La gradation des soins est organisée pour chaque département. L'ensemble des départements est couvert par des maternités de type 1 et 2 pour répondre à une offre de soins de proximité complète. Le lien avec les maternités de type 3 est organisé au sein de chaque département (maternité de type 3 de référence) dans le cadre du partenariat avec la SRAE « réseau sécurité naissance ».

3. Les missions du Réseau Sécurité Naissance, les recommandations de bonnes pratiques :

Les Nouveau-nés nés au bon endroit dans la maternité adaptée au niveau des soins requis par la mère et l'enfant (les « *in born* ») en fonction de sa prématurité et de son poids de naissance s'améliorent par les transferts in utero et post natal. Les actes qui permettent de suivre la qualité de la prise en charge (déclenchement, césariennes, épisiotomie) montrent une différence en fonction du statut des maternités (public ou privé).

La gradation des types 1, 2 et 3 et l'adaptation du parcours des parturientes à leurs besoins améliorent la qualité de la prise en charge des naissances.

4. Organisation de la chirurgie et développement de l'ambulatoire :

22 % des journées sont des séjours d'hospitalisation à temps partiel (HTP) mais seules 4 des 23 maternités sont règlementairement autorisées.

Le développement HTP s'est effectué mais n'est pas affiché dans les autorisations détenues par les établissements.

5. IVG :

Les 8 028 IVG de la région sont réalisées en établissement (soit 97,4 %).

Tous les établissements publics disposant d'une autorisation de gynéco-obstétrique ont une activité d'IVG en 2015. Seulement trois établissements disposant d'une autorisation en gynécologie obstétrique n'ont pas d'activité IVG en 2015.

L'étude de l'activité IVG entre 2008 et 2015 permet d'observer une relative stabilité (8 350 à 8 400). La proportion d'IVG médicamenteuses s'accroît, le taux passe de 38,6 % en 2008 à 44,5 % en 2015.

Forts de ces constats, l'adaptation du système de santé aux évolutions doit se faire dans quatre domaines :

- la qualité en lien avec les préoccupations des femmes dans le domaine de la naissance et la sécurité des prises en charges
- le soutien aux familles vulnérables en lien avec la naissance
- le déploiement des innovations
- la prise en compte de la prévention dans la période anté et post natale

Objectifs

Objectif 1 : Encourager la qualité de prise en charge et la sécurité des nouveaux nés et des parturientes

- Poursuivre le développement de l'hospitalisation à temps partiel d'obstétrique.
- Conforter le Réseau Sécurité Naissance en tant que Structure Régionale d'Appui et d'Expertise dans sa mission de formation des professionnels du secteur pour assurer la qualité des prises en charge.
- Intégrer dans le parcours de formation des internes en médecine et des médecins traitants un axe sur le suivi médical des nouveau-nés.
- Développer la formation à la réanimation du nouveau-né des équipes des pédiatres, sages-femmes et médecins anesthésistes avec entraînement régulier, tout particulièrement dans les maternités de type 1 dans l'attente de l'arrivée d'un « SMUR pédiatrique » de la maternité de référence située dans un périmètre lui permettant d'intervenir dans un délai d'arrivée compatible avec l'impératif de sécurité

Objectif 2 : Renforcer les actions en faveur des usagers pour lutter contre les inégalités de santé

- Développer le soutien à la parentalité avant, pendant et après la naissance, en s'appuyant sur les dispositifs existants et particulièrement en généralisant sur la région le dispositif expérimental PANJO dans le cadre du partenariat avec la Protection Maternelle et Infantile.
- Dans le cadre du Plan régional d'accès à l'IVG, améliorer l'information des femmes, le parcours et l'accès à une offre diversifiée
- Créer une unité médico-psychosociale dans le département de la Sarthe

Objectif 3 : Assurer la sécurité des naissances et le respect des décrets de périnatalité dans un esprit innovant

- Créer des équipes territoriales de médecins spécialistes (éventuellement dans le cadre des GHT ou de partenariat public-privé), avec des postes partagés et des missions pour la permanence de soins sur un établissement ou sur un territoire.
- Développer toutes les formations en s'appuyant sur les outils innovants de simulations sur mannequins
- Soutenir les conventions entre maternités et sages-femmes libérales afin de mettre à disposition les plateaux techniques
- Soutenir un projet de maison de naissance aux portes d'une maternité de type 2 ou 3.

Objectif 4 : Intégrer différentes priorités de prévention.

- Soutenir les informations relatives aux situations à risques de maltraitance potentielle sur les nourrissons et à l'environnement de la femme enceinte et du bébé (air intérieur, produits ménagers et cosmétiques, jouets ...)
- Encourager la vaccination des parturientes après l'accouchement
- Développer les consultations sur les conduites addictives et en particulier l'alcool pendant la grossesse au sein des maternités.
- S'assurer que les dépistages néonataux (handicap, surdité, maladies métaboliques,...) sont proposés à l'ensemble des nouveau-nés de la région

Indicateurs

Indicateurs de suivi d'activité des établissements de santé :

- Nombre total d'accouchements, taux d'occupation, Durée Moyenne de Séjours, nombre d'accouchements à domicile
- Nombre d'out Born (né au mauvais endroit) donc âge gestationnel et/ou poids de naissance

nombre de naissances	maternité type 1	maternité type 2A	maternité type 2B
âge gestationnel	inférieur à 36 SA	inférieur à 34 SA	inférieur à 32 SA
poids de naissance	inférieur à 2000g	inférieur à 1600g	inférieur à 1200g

- Nombre de décès maternel
- Nombre d'IMG, nombre d'IVG médicamenteuses

Accessibilité pour les situations particulières

- Nombre d'IVG par établissements de santé dont nombre d'IVG médicamenteuses.
- Séjours avec diagnostic de précarité (Z55 - Z56 - Z57 - Z58 - Z59 - Z59.1 - Z59.5 - Z59.6 - Z59.7 - Z59.9 - Z60 - Z63 - Z64 - Z65)

Qualité :

- Nombre de nouveau-nés transférés en réanimation néonatale
- Taux de césariennes par maternités
- Taux d'épisiotomie par maternités
- Taux de péridurales par maternités
- Nombre d'entretien du 4ième mois
- Prise en charge contexte psychologique (dépression post partum, pathologies psychiatriques associées...)

Sécurité :

- Nombre de formations à la réanimation néonatale des équipes de IADE, MAR, SF et pédiatres, planning mensuel des sessions d'entraînement de IADE, MAR, SF et pédiatres,

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

L'implantation des 23 maternités répond à l'objectif d'accessibilité au sein de chaque département. Aucune modification n'est envisagée par rapport PRS 1.

Il est rappelé que tout établissement détenteur d'une autorisation de Gynéco-obstétrique en HC peut solliciter une autorisation de Gynéco-obstétrique en HTP. Cette demande doit s'inscrire dans le cadre de la procédure de demande de création d'activité de soins définie par le code de santé publique et disponible sur le site internet de l'ARS des Pays de la Loire.

Dans l'hypothèse où un établissement ne pourrait conserver son autorisation, en raison de conditions réglementaires, ou ne la justifierait plus à la suite de restructuration ou de transformation, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement. La transformation en Centre de Périnatalité de Proximité devra alors être envisagée.

Implantations

Objectifs Quantifiés Offre Soins	BILAN 2017 Périnatalité - entité géographiques				Cible 2022 périnatalité- entité géographiques			
	type 1	type 2A	type 2B	type 3	type 1	type 2A	type 2B	type 3
Département	Gynéco obstétrique seul	GO + néonats sans soins intensifs	GO + néonats avec soins intensifs	GO+ néonats avec soins intensifs + réanimation néonatale	Gynéco obstétrique seul	GO + néonats sans soins intensifs	GO + néonats avec soins intensifs	GO+ néonats avec soins intensifs + réanimation néonatale
44	2	3	1	1	2	3	1	1
49	1	2	1	1	1	2	1	1
53	2	0	1	0	2	0	1	0
72	1	0	1	1	1	0	1	1
85	4	0	1	0	4	0	1	0
Total	10	5	5	3	10	5	5	3

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Psychiatrie
-----------------	--------------------

Zonage

Le département est le niveau retenu en région Pays de la Loire pour appréhender le maillage territorial de la santé mentale et plus particulièrement de la psychiatrie dans le cadre du projet régional de santé.

Ce zonage correspond également à celui des projets territoriaux de santé mentale mentionnés dans la loi de modernisation de notre système de santé, projets basés sur des diagnostics réalisés par l'ensemble des acteurs concernés dans chaque département.

Ce territoire, tel que mentionné à l'article L.3221-2 du code de la santé publique, correspond à la notion de territoire suffisant pour permettre l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées. Il est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un espace de second niveau où s'organise une offre non disponible en proximité au sein des secteurs. Sauf cas très particulier, l'offre en services de soins en psychiatrie doit être suffisamment diversifiée pour répondre aux différents besoins en soins des personnes à tous les stades de leur parcours.

Etat des lieux / contexte de la santé mentale

La situation épidémiologique est marquée par une dégradation des indicateurs de santé mentale sur les quatre dernières années (détresse psychologique 9 % à 14 %, ALD pour trouble mental + 3,4 %/an, pensées suicidaires 4 % à 7 %, tentatives de suicide 4 % à 7 %, mortalité par suicide 26 % supérieure à la moyenne nationale). De même, la région Pays de la Loire est confrontée à des inégalités sociales et des inégalités territoriales de l'offre de soins et d'accompagnement (faible densité de psychiatres libéraux, hétérogénéité territoriale pour les médecins généralistes et psychiatres). La demande de soins en santé mentale est toujours en progression constante mais elle évolue vers une demande plus accrue de soins alternatifs à l'hospitalisation à temps plein. Certaines structures hospitalières ont déjà amorcé cette évolution en diminuant le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein pour consacrer les ressources vers les dispositifs alternatifs (Placement Familial thérapeutique - PFT, Appartement Thérapeutique (AT), hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit, Centre d'accueil à temps partiel thérapeutique (CATTP), Centre Médico-psychologique (CMP)). L'objectif est de pouvoir réduire les inégalités territoriales et proposer un panier de soins et services diversifiés et équitables pour la population des territoires.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 vient conforter la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires, et notamment au sein des secteurs de psychiatrie devant offrir des soins de proximité. Ainsi, la politique de santé mentale territoriale s'entend dans plusieurs dimensions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est déclinée dans les régions au sein des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) définis sur la base d'un diagnostic territorial partagé établi par les différents acteurs concernés du territoire.

L'organisation d'une logique de parcours efficiente en psychiatrie et santé mentale implique une collaboration et une coordination des acteurs relevant des champs du sanitaire, du social et du médico-social. Cela nécessite de tenir compte des cultures, des approches, des organisations, des réglementations de ces différents partenaires, ceci dans un contexte modifié de l'organisation de la psychiatrie prévu par la loi de modernisation de notre système de santé. L'objectif des projets territoriaux en santé mentale est de favoriser l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture.

Ainsi, les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent l'amélioration continue de l'état de santé psychique et physique. Le développement d'actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap ou du déficit fonctionnel renforce les capacités des personnes à décider et à agir, au travers notamment l'accès précoce aux soins de réhabilitation et aux accompagnements sociaux et médicaux-sociaux.

Par ailleurs, outre les soins psychiatriques libres à la demande par les patients, la prise en charge des personnes sans leur consentement est une mission de service public pour les établissements de santé au sens de l'article L6112-1 du Code de la santé publique. Le directeur de l'Agence Régionale de Santé désigne les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie assurant cette mission sur l'ensemble du territoire (article 3222-1 du Code de Santé Publique (CSP)).

Bilan du PRS1 de l'offre de soins en psychiatrie et perspectives :

Le recours aux soins et les pratiques professionnelles présentent une diversité intéressante mais révèlent également des formes de prises en charge hétérogènes et inéquitables selon les territoires.

Pour la psychiatrie en modalité Adulte :

Entre 2012 et 2016, selon la SAE, la capacité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie est passée de 2 428 lits à 2 275 lits, soit une diminution de 153 lits. Cette évolution s'est accompagnée d'une diminution de 7.5 % du nombre de journées. La file active hospitalisée à temps plein a diminué d'environ 10 %. La fermeture de lits se poursuit dans certains territoires.

Cependant, les situations d'inadéquations perdurent au niveau régional. Selon les données PSMI 2015, 330 patients âgés de 20 à 60 ans sont hospitalisés à temps plein depuis plus de 292 jours (avec ou sans orientation CDAPH).

Le développement des structures ambulatoires (CMP, CATTP) est constaté dans l'ensemble des départements de la région, marquant le virage ambulatoire et la couverture territoriale des équipes de secteurs.

Cette activité ambulatoire est stable en nombre d'actes. L'activité en CATTP a augmenté. La file active exclusivement ambulatoire enregistre une augmentation de 22 %.

Les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation à temps plein proposant des soins permettant le retour et le maintien en milieu ordinaire (PFT, AT, etc.) se sont légèrement déployés. Le recours à ces formes de prises en charge est bien marqué en Loire-Atlantique, mais des marges sont encore possibles sur d'autres territoires.

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel (de jour et de nuit) n'a pas connu la même dynamique sur tous les territoires de la région. L'activité en hospitalisation de jour a légèrement diminué (-3,2 %) depuis 2013.

Des réflexions sont à mener sur l'intérêt de l'hospitalisation de nuit (HDN), dont l'activité est très variable d'un établissement à un autre.

Concernant les soins sans consentement, une augmentation est constatée au niveau des soins psychiatriques pour péril imminent. Les soins sur décision d'un représentant de l'Etat et à la demande d'un tiers sont globalement stables en termes de patients et de journées de prise en charge.

Pour la psychiatrie en modalité Infanto-Juvenile :

Le nombre de CMP et de CATTP et leur activité sont stables (néanmoins, l'activité CATTP a augmenté). La file active ambulatoire a augmenté de 8.5 % depuis 2012, et reste stable les années suivantes. Le taux d'actes en ambulatoire varie de 1 761 en Sarthe à 3 035 en Loire Atlantique, avec une moyenne régionale à 2 563 actes pour 10 000 habitants âgés de moins de 18 ans.

Les places en hospitalisation de jour ont diminué passant de 490 en 2012 à 439 places en 2016. Parallèlement, l'activité a baissé d'environ 7.5 % en termes de venues (équivalent journées). En 2016, le taux moyen de recours est de 484 venues pour 10 000 habitants de moins de 18 ans, allant de 166 en Sarthe jusqu'à 734 en Vendée. L'hospitalisation de nuit est en forte baisse, n'enregistrant que 100 venues en 2016.

Les capacités en placement familial thérapeutique sont passées de 38 à 31 places à partir de 2014. Après une baisse, l'activité est en augmentation depuis 2014.

Les capacités et l'activité en hospitalisation à temps plein sont restées stables. La Vendée présente le taux d'équipement le plus élevé de la région pour une population de moins de 18 ans (représentant 17 % de la population régionale). Des tensions existent en Loire Atlantique pour l'accès à l'hospitalisation des mineurs, en particulier pour la gestion de crises. Alors que la population des moins de 18 ans représente 36 % de la population ligérienne, la capacité (21 lits), représente 22 % des lits de la région (94 au total). En 2016, le taux de recours moyen régional est de 250 journées pour 10 000 habitants âgés de moins de 18 ans, dont 140 en Loire Atlantique.

Les faibles capacités existantes en Loire-Atlantique augmentent les risques d'orientations vers l'hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte et vers les services de pédiatrie. Selon les données RIMP 2016, plus de 300 jeunes de moins de 18 ans ont été pris en charge en psychiatrie générale dans les établissements publics du département, sur 415 mineurs hospitalisés au total (en hospitalisation générale et infanto-juvénile). Ces orientations s'avèrent être des réponses inadaptées face aux spécificités des enfants et jeunes souffrants de difficultés psychiques (décompensation, violence, etc.), et peuvent provoquer parallèlement insécurité, désorganisation et saturation de ces services.

La création de lits pour ce département doit permettre de répondre aux besoins de territoires non couverts actuellement.

Parallèlement, des réflexions sur les accueils des situations de crises en urgence sont à mener dans un cadre concerté avec tous les acteurs pouvant intervenir en aval de celles-ci.

Objectifs pour l'activité de Psychiatrie

De façon globale, le contexte de la santé mentale évolue et les soins en psychiatrie doivent s'adapter en tenant compte des données et connaissances ayant fait leurs preuves. La psychiatrie doit pouvoir offrir des dispositifs de prise en charge modernes et de qualité, correspondant le plus possible aux besoins des usagers et des aidants. Le maintien de l'environnement de vie habituel de chacun est à rechercher en proposant des accompagnements novateurs. Les diverses dimensions allant de la prévention à la réinsertion sont à exploiter davantage afin de sortir du contexte exclusivement thérapeutique et anticiper les conséquences des modes de vie actuels et certaines pratiques à risques.

Ce contexte implique un travail de coopération et d'articulation entre les professionnels des différents secteurs afin de proposer des soins et des services diversifiés sur chaque territoire garantissant un parcours fluide et sans ruptures.

Les objectifs de l'activité de soins en psychiatrie sont donc variés et multidimensionnels, et reflètent les priorités de la stratégie nationale de santé.

1. L'approche prévention est primordiale en ce qu'elle conditionne le parcours de la personne en souffrance psychique et permet d'éviter un mode de prise en charge inadapté.

- Intégrer la dimension prévention en santé mentale, promotion du bien-être mental et l'éducation thérapeutique.
- Reconnaître le rôle des aidants et identifier leurs besoins spécifiques.
- Développer la pair-aidance.
- Améliorer le repérage, à tous les âges de la vie.

2. La notion de qualité est constante dans les soins apportés en psychiatrie et doit permettre de faire évoluer les pratiques dans l'intérêt des usagers et de la santé mentale de façon globale.

- Développer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en intégrant les autres dimensions d'organisations territoriales (communauté de territoire, conseils territoriaux de santé, Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM), etc.).
Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral, médico-social et social doivent être renforcées (développement des conventions, GCS / GCSMS, équipes mixtes, formation / sensibilisation aux problématiques psychiques, instances de concertation et de coordination, passerelles entre secteurs, etc.).
- Favoriser les regroupements de structures extrahospitalières (HTP, CMP, CATTP) permettant de garantir les présences médicales et paramédicales tout en déployant des dispositifs d'intervention vers les lieux de vie, et en veillant à distinguer les prises en charge, dans une logique de parcours patients, de mutualisation et d'échanges de pratiques professionnelles et avec un objectif de maillage territorial harmonisé.
- Favoriser les pratiques professionnelles fondées sur les preuves.
- Intégrer davantage les partenaires sociaux et médico-sociaux en cas d'hospitalisations et dans la gestion des situations de crise qui sont des étapes du parcours de soin / de vie des personnes en souffrance psychique.
- Intégrer la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques et organiser l'accès aux soins spécialisés (gradation des soins, liens avec le médecin généraliste, etc.).
- Améliorer la reconnaissance du handicap psychique et de sa prise en charge.
- Développer la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs des différents secteurs (libéral, social, médico-social, etc.).
Anticiper et préparer les sorties des patients accueillis en hospitalisation à temps plein, dans un objectif de limiter les risques de ré hospitalisation et de fluidifier les parcours vers d'autres dispositifs d'accompagnement extrahospitalier.
Réserver l'hospitalisation à temps plein aux situations les plus critiques, et rechercher l'équilibre entre le nombre de lits pouvant être fermés dans un objectif de redéploiement de moyens vers des dispositifs alternatifs, et le maintien d'un niveau de capacité en lits suffisant. Prévenir la saturation et éviter le recours aux capacités d'un autre établissement en l'absence d'offre disponible sur un territoire ou d'hospitaliser sous contrainte pour péril imminent.
Lorsque les taux d'occupation sont supérieurs à 95 %, la pertinence des séjours et les fermetures de lits envisagées seront à analyser dans un contexte global de prise en charge et selon la durée moyenne des hospitalisations.
- Réduire le nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an. Renforcer les liens avec les acteurs des autres secteurs (médico-sociaux, sociaux, etc.) afin de développer des solutions de sorties pour les patients actuellement accueillis (analyse des situations, appui sanitaire aux ESMS, redéploiement, etc.).

3. L'usager reste au cœur des accompagnements, lesquels s'efforcent de répondre au plus près à ses besoins afin d'éviter toute rupture de prise en charge ou de perte de chance.

- Développer une approche parcours en tenant compte des populations spécifiques (enfants, adolescents, mineurs victimes de violences, personnes âgées, personnes en situation de précarité, détenus, migrants, etc.).
Organiser les diverses possibilités de repérages, de diagnostics et de prises en charges spécifiques des tout-petits et mettre en place ou renforcer le lien avec les partenaires (réseau périnatalité, CAMSP/ CMPP, CRA, pédiatres, maternités, PMI, CMP, département, justice, etc.).
Clarifier le rôle des Hospitalisations de jour (HDJ) dans le parcours de l'enfant autiste dans le cadre du PTSM, en lien notamment avec le médico-social, le social et l'Education Nationale.
Mettre en place une organisation de la filière de prise en charge des adolescents ayant des troubles du comportement (réseau, annuaire précisant les équipements et accompagnements sur un territoire, collaboration avec la santé scolaire, Maisons des adolescents (MDA), etc.).
Renforcer la prise en charge des personnes âgées, des personnes détenues, des personnes en situation de handicap (accessibilité, télé médecine, etc.).
Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de précarité, des migrants (PASS, PASS psychiatriques, etc.).
- Encourager le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, en apportant des réponses aux besoins de soins et d'accompagnement au plus près des lieux de vie et préparant le retour et le maintien à domicile. Réaffirmer le rôle de la psychiatrie de secteur dans l'égalité d'accès aux soins de proximité, et le rôle de la psychiatrie de second niveau (en intersectoriel) complétant l'offre non disponible en proximité.

4. L'innovation valorise les réflexions et les pratiques professionnelles en offrant une souplesse dans les organisations proposées.

- Poursuivre le développement de la prise en charge en ambulatoire (CMP, équipes mobiles, équipes de liaison, etc.), diversifier les lieux des actes (en structures, à domicile, en établissements, consultations avancées, etc.), augmenter les amplitudes horaires et veiller à la complémentarité et l'articulation entre chaque dispositif mis en place (harmonisation des modalités d'accès : prises de contact, plages horaires, consultations sans RDV, priorisation des urgences, délimitation des tranches d'âge, spécialisation, etc.).
- Améliorer la réponse aux situations de crise et des urgences psychiatriques, y compris par des interventions à domicile, et les organiser à partir de filières territoriales organisées, lisibles en lien avec les projets médicaux partagés des GHT.
- Poursuivre la diffusion de la connaissance des différents dispositifs de prise en charge pour garantir une orientation vers un accompagnement adapté à la sortie des urgences (structures post-urgences adaptées) et au plus près de la population, et empêcher ainsi le recours aux hospitalisations évitables.
Développer les organisations inter-établissements pour les soins non programmés.

Indicateurs

- Évolution du taux d'hospitalisation sans consentement par territoire
- Nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an par territoire de santé
- Part de l'hospitalisation à temps partiel (HTP) par territoire
- Part des dispositifs de prises en charge à temps complet alternatifs à l'hospitalisation à temps plein par territoire
- Evolution des taux d'occupation de l'hospitalisation à temps plein et durée moyenne de l'hospitalisation par territoire
- Nombre de CMP par territoire
- Taux d'établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établi des conventions avec des ESMS
- Taux d'établissement de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établi des conventions pour l'accès à des plateaux techniques et aux soins somatiques
- Nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an (292 jours) ayant ou non une orientation de la CDAPH.

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Les priorités de la stratégie nationale de santé impliquent d'offrir à la population une couverture territoriale permettant d'envisager un parcours en soins sans rupture. Cette priorité amène à identifier les déclinaisons suivantes au niveau de notre région :

- Maintien des implantations existantes sur l'ensemble du territoire.
- Création de lits en hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile en Loire-Atlantique.
- Développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein et des structures ambulatoires par redéploiement.
- Développement des coopérations entre les secteurs (hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux) en faveur de l'accès aux soins (spécialisés, somatiques) et du maintien en milieu de vie habituel.
- Développement de partenariats entre les structures d'urgences et les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation à temps plein.

Le suivi du Projet Régional de Santé 2 (PRS2) permettra de constater l'évolution de la réponse en soins psychiatriques pour une meilleure adéquation de l'offre aux besoins. Des orientations régionales pourront ainsi être précisées et proposées au cours de la période 2018-2022, et notamment afin d'harmoniser les objectifs du PRS et ceux des PTSM.

Implantations

L'autorisation en Psychiatrie est accordée à une entité juridique selon une forme précise (AT, PFT, HTP, etc.), une modalité particulière (générale, infanto-juvénile) et pour un site géographique donné.

Le dénombrement des activités ci-dessous se fait sur la base des autorisations détenues par les entités juridiques. Le développement d'une nouvelle activité de psychiatrie, ainsi que toute nouvelle implantation géographique, doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS.

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

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Loire-Atlantique	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	2	3
	Placement familial thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	6	6
	Postcure	2	2
	Placement familial thérapeutique Adulte (PFT)	1	1
	Appartement thérapeutique (AT)	3	3
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	4	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	[0-1]
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	7	7
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	4	4

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Maine et Loire	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	5	5
	Postcure	1	1
	Placement familial Thérapeutique Adulte	2	2
	Appartement thérapeutique	1	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	3	3
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	3
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	3	3

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Mayenne	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	4	4
	Postcure	0	0
	Placement familial Thérapeutique Adulte	1	1
	Appartement thérapeutique	0	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	[0-1]
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	3
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	2	[2-3]

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Sarthe	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	2	2
	Postcure	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Adulte	1	1
	Appartement thérapeutique	0	[0-1]
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	3
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	1	1

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
Vendée	Prises en charge à temps complet		
	Hospitalisation à temps plein Infanto-juvénile	1	1
	Placement Familial Thérapeutique Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps plein Adulte	2	2
	Postcure	0	0
	Placement Familial Thérapeutique Adulte	0	1
	Appartement thérapeutique	1	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	0	[0-1]
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	2	2
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	0	[0-1]

Activité	Soins de suite et de réadaptation
----------	-----------------------------------

Zonage

Le PRS 1 a stabilisé le maillage territorial des SSR Polyvalent, dans un objectif de proximité. En ce qui concerne les SSR spécialisés, l'objectif du PRS1 était de garantir la proximité des SSR spécialisés et des plateaux techniques. Les filières de prise en charge sont organisées au sein des départements. L'analyse des taux de fuite des SSR non spécialisés, locomoteur, neurologique et personnes âgées poly-pathologiques démontrent une quasi absence de recours de soins en dehors de la région et en infra région. Les SSR digestifs, cardio vasculaire et respiratoires quant à eux ont un taux de fuite extra régional compris entre 16 % et 47 %. Le zonage retenu est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département.

Etat des lieux / contexte

Dans le cadre du PRS1, les établissements disposant d'une autorisation de SSR se sont adaptés à la demande et ont modernisé leur offre. Ainsi, on constate :

- une amélioration de la pertinence de recours au SSR avec un taux d'inadéquation de 23 % pour le SSR polyvalents et 12 % pour les SSR spécialisés (2015) ce qui constitue une amélioration notable par rapport à 2013 (30 % SSR polyvalents et 17 % pour les SSR spécialisés),
- des taux de recours SSR HC et HTP globalisés inférieurs aux moyennes nationales et en diminution entre 2011 et 2015 à nuancer selon les spécialités (HC : 0.87 vs 0.9 et HTP : 0.81vs 0.86)
- une diversification de l'offre en proximité,
- une optimisation capacitaire d'une majorité des structures
- un dispositif de coordination d'aval (DCA) dynamique et déployé au travers de l'ensemble des SSR de la région.

Par ailleurs, l'activité à temps partiel s'est développée suite aux innovations technologiques et de prise en charge, notamment en chirurgie, mais reste perfectible et variable selon les spécialités (locomoteur notamment).

On constate parallèlement la nécessité :

- d'améliorer le recours à l'expertise,
- poursuivre les liens avec le premier recours,
- de développer l'éducation thérapeutique du patient,
- de fluidifier le parcours de la filière AVC, neurologique et trouble du comportement.

Concernant les sorties et suivi des patients pris en charge en SSR, un certain nombre de dispositifs d'aval (EAAR, service intégré du SSR, HAD,...) existent et cohabitent sans pour autant assurer une fluidité du parcours. Conformément aux objectifs du PRS1, l'ensemble des structures HAD de la région disposent aujourd'hui d'une autorisation de SSR.

Les travaux sur les hôpitaux de proximité menés dans le cadre de l'élaboration du PRS ont montré une adaptation de ces structures aux contextes locaux en s'intégrant dans des filières de prises en charge pour les personnes âgées, en jouant un rôle d'appui au premier recours ou encore en déployant des dispositifs de prises en charges hors les murs. Des travaux territoriaux complémentaires sur l'harmonisation de l'offre SSR devront être initiés dans la suite du chantier PRS dès la publication du PRS2.

Un des enjeux pour les 5 ans à venir sera de consolider la démographie globale médicale notamment pour les spécialités de MPR/cardiologues/pneumologues puisque près de 35.7 % des cardiologues auront plus de 65 ans et 30 % pour les pneumologues. Par ailleurs, la population des personnes âgées de plus de 75 ans va croître considérablement et l'offre de prise en charge en SSR sera impacté directement par cette évolution démographique

Fort de ces constats, il apparaît qu'il est nécessaire d'adapter le système pour le rendre compatible aux enjeux de demain, à savoir :

- adapter l'offre aux territoires en fonction des évolutions techniques, de charge en soins et besoins des patients,
- s'adapter à la démographie médicale déficitaire pour certaines spécialités médicales notamment en cardiologie et MPR,
- assurer la qualité /sécurité de prise en charge aux patients accueillis en SSR,
- améliorer la fluidité des parcours, notamment l'amont et l'aval des patients pris en charge en SSR.

Objectifs

Objectif 1 : Optimiser l'offre territoriale et poursuivre le virage ambulatoire

- Poursuivre le développement de l'Hospitalisation à Temps Partiel principalement par redéploiement de moyens avec protocoles standardisés pour toutes les spécialités
- Diversifier l'offre spécialisée pour répondre aux besoins

Objectif 2 : Qualité / sécurité/ pertinence

- Tendre vers des unités de 30 lits en SSR, sauf pour les SSR des Hôpitaux de proximité dont les capacités peuvent être mutualisées avec celle de l'autorisation de médecine
- Améliorer la qualité de la prise en charge, la formation des professionnels (notamment SSR polyvalent)
- Accompagner le changement des pratiques par un plan de formation médicale et paramédicale ambitieux

Objectif 3 : Améliorer le parcours patient

- Renforcer le lien entre premier recours et les SSR de proximité (Education thérapeutique du patient, iatrogénie, addictologie, PTA, CPTS,...)
- Améliorer le parcours patient entre SSR spécialisé et SSR polyvalent en déployant des outils d'expertise et en favorisant la culture de l'évaluation des patients (PPS obligatoire):
- Réduire la DMS des patients jeunes, dépendants, avec troubles cognitifs en SSR et faciliter leur entrée en structure adaptées
- Mettre en place une étude sur l'adéquation des filières de prise en charge de cardiologie (aigue/SSR)

Objectif 4 : Innovation

- Développer les équipes mobiles d'appui et d'expertise pour renforcer les SSR polyvalent
- Doter les SSR de compétences nouvelles et systématiques (ergothérapeute, AMP, AS, IDE formés à la rééducation, aux troubles du comportement...)
- Développer les formations en simulation

Objectif 5 : Prévention

- Développer les programmes d'éducation thérapeutique dans les services de SSR spécialisés et polyvalent, en lien avec le domicile

Indicateurs

- Taux d'entrée direct en provenance du domicile
- Taux d'adéquation de la population en fonction de l'autorisation détenue
- Taux de PPS
- Taux de recours en HTP et taux d'évolution HTP sur 5 ans
- Taux de formation /action atteint dans la structure
- Nombre de programme d'ETP autorisé et évalué
- Evolution de la diversification des professionnels (polyvalent, compétence addiction, gériatre, etc...)

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

- En Loire-Atlantique :
 - Création d'une implantation de SSR pour les affections du système nerveux pour enfant
 - Création d'une implantation de SSR locomoteur pour enfants
 - Création d'une implantation de SSR digestif adultes
- En Maine et Loire :
 - Suppression d'une implantation de SSR polyvalent par regroupement
 - Suppression d'une implantation de SSR en addictologie (le Chillon) par regroupement sur un même site des modalités d'HC et d'HTP
 - Création d'une implantation de SSR grands brûlés pour adultes et juvénile

- En Mayenne :
 - Création d'une implantation de SSR digestif pour adultes
 - Création d'une implantation de SSR respiratoire pour adultes
- En Sarthe :
 - Création d'une implantation de SSR cardio vasculaire pour adultes
- En Vendée :
 - Création d'une implantation de SSR pour les affections du système nerveux adultes
 - Création d'une implantation de SSR digestif pour adultes
 - Création d'une implantation de SSR cardio vasculaire pour adultes

Par ailleurs, il est rappelé que tout établissement détenteur d'une autorisation de SSR en HC peut solliciter une autorisation de SSR en HTP pour la même spécialité. Cette demande doit s'inscrire dans le cadre de la procédure de demande de création d'activité de soins définie par le code de santé publique et disponible sur le site internet de l'ARS des Pays de la Loire.

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

Implantations

SSR ADDICTOLOGIE	BILAN 2017	CIBLE 2022
DPT	adulte	adulte
44	2	2
49	4	3
53	1	1
72	3	3
85	2	2
Total	12	11

SSR Cardio-vasculaire	BILAN 2017 SSR cardiologie	CIBLE 2022 - SSR cardiologie
	adulte	adulte
44	5	5
49	4	4
53	3	3
72	1	2
85	1	2
Total	14	16

SSR locomoteur	BILAN 2017 SSR locomoteur			Cible 2022 SSR locomoteur		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	6	1	1	6	1	2
49	2	0	1	2	0	1
53	1	0	0	1	0	0
72	3	0	1	3	0	1
85	3	0	0	3	0	0
Total	15	1	3	15	1	4

SSR nerveux	BILAN 2017 SSR neurologique			Cible 2022 SSR neurologique		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	5	1	1	5	1	2
49	2	0	1	2	0	1
53	1	0	1	1	0	1
72	3	0	1	3	0	1
85	3	0	0	4	0	0
Total	14	1	4	15	1	5

SSR digestif	BILAN 2017 SSR digestif			Cible 2022 SSR digestif		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	2	0	1	3	0	1
49	2	1	1	2	1	1
53	0	0	0	1	0	0
72	2	1	1	2	1	1
85	1	0	0	2	0	0
Total	7	2	3	10	2	3

SSR respiratoire	BILAN 2017 SSR respiratoire			Cible 2022 SSR respiratoire		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	3	1	1	3	1	1
49	2	0	1	2	0	1
53	0	0	0	1	0	0
72	1	0	0	1	0	0
85	1	0	0	1	0	0
Total	7	1	2	8	1	2

SSR non spécialisé	BILAN 2017 SSR non spécialisé			Cible 2022 SSR non spécialisé		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	27	0	1	27	0	1
49	28	0	1	27	0	1
53	10	0	0	10	0	0
72	18	0	1	18	0	1
85	15	0	0	15	0	0
Total	98	0	3	97	0	3

SSR oncohémato	BILAN 2017 SSR oncohémato			Cible 2022 SSR oncohémato		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	1	0	1	1	0	1
49	1	0	0	1	0	0
53	0	0	0	0	0	0
72	0	0	0	0	0	0
85	0	0	0	0	0	0
Total	2	0	1	2	0	1

SSR grands brûlés	BILAN 2017 SSR grands brûlés			Cible 2022 SSR grands brûlés		
DPT	Adulte	juvénile	pédiatrie	Adulte	juvénile	pédiatrie
44	0	0	0	0	0	0
49	0	0	0	1	1	0
53	0	0	0	0	0	0
72	0	0	0	0	0	0
85	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	1	1	0

SSR PAP	BILAN 2017 - SSR AFFECTIONS PERSONNES AGEES	CIBLE 2022 - SSR AFFECTIONS PERSONNES AGEES
DPT	Adulte	Adulte
44	3	3
49	3	3
53	1	1
72	1	1
85	2	2
Total	10	10

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Unités de Soins de Longue Durée
----------	---------------------------------

Zonage

Le zonage retenu est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département. Il se justifie par un accès organisé à l'échelle départementale.

Etat des lieux / contexte

41 implantations d'Unités de Soins de longue durée (USLD- 1772 lits) sont autorisées en Pays de la Loire, depuis la fin de la partition réalisée de 2007 à 2010 et ayant abouti à la transformation des trois-quarts des lits en secteur médico-social.

La mesure de l'activité des USLD en besoin de soins s'appuie sur l'évaluation du Pathos moyen pondéré (PMP) des patients accueillis et le besoin de Soins Médico - Techniques Importants (SMTI) retenu comme indicateur déterminant de l'activité USLD, la distinguant de celle des Etablissements d'Hébergement Permanent pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

La dernière évaluation nationale validée en 2011 a fait apparaître une évaluation du PMP et du taux de SMTI nettement inférieure à celle de 2006 dont les effets ont été reportés, dans l'attente de nouvelles orientations sur le positionnement des USLD (retour en secteur médico-social ou maintien en activité sanitaire, aménagements..).

Un objectif de 52 % en taux de SMTI (moyenne nationale constatée en 2011) a été fixé en convention tripartite paritaire en 2014-2015 en Pays de la Loire.

Le rapport de l'IGAS paru en avril 2016 recommande deux scénarios possibles et 3 options sur le devenir des USLD.

Les dernières informations parues en circulaire budgétaire 2017 prévoient la constitution d'un groupe de travail national.

Depuis 2011, la région des pays de la Loire a adopté, en concertation avec les fédérations représentatives, une attitude prudentielle dans l'approche de la problématique des USLD.

Des propositions ciblées-sont faites dans le cadre du PRS 2.

Objectifs

Qualité / pertinence

- Evaluer le public accueilli (mesure validée du Pathos Moyen Pondéré – PMP), sous réserve de la capacité à faire des médecins en charge de la validation des coupes Pathos dans les délais impartis 2017-2018

Parcours/ usagers

- Améliorer la prise en charge des Maladies Neuro - Dégénératives en USLD

Innovation :

- Constituer un groupe de travail régional sur USLD à vocation géranto - psychiatrique

Indicateurs

- Taux de Soins Médico- techniques Importants (SMTI) par USLD
- Pathos moyen Pondéré par USLD
- Disposer, dans les établissements ayant des capacités EHPAD et SLD, d'unités localisées distinctement, une orientation du patient sur des critères médicaux et une utilisation dissociée de la dotation par activité.
- Suivre les recommandations de la circulaire DHOS du 10 mai 2007 :
 - Unités d'une capacité minimale de 30 lits
 - Coordination assurée par un gériatre et équipe formée à la gériatrie
 - Projet individualisé établi pour toutes les prises en charge
 - Présence 24h/24 d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) et d'une aide-soignante
 - Permanence des soins médicaux organisée sous la forme d'une garde ou d'une astreinte.
 - Disposer d'un plateau technique médical à proximité »

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Suppression d'une implantation d'USLD par regroupement d'activité sur un même site en Maine et Loire.

Implantations

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

Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	15	15
Maine et Loire	7	6
Mayenne	4	4
Sarthe	7	7
Vendée	8	8
TOTAL	41	40

Activité	Cardiologie interventionnelle
----------	-------------------------------

Zonage

Le zonage retenu est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département ce qui est justifié par un accès à l'angioplastie organisé à l'échelle départementale avec un temps d'accès satisfaisant pour les gestes devant être effectués en urgence, grâce à un maillage d'au moins 1 site géographique par département et 2 sites pour les plus peuplés.

Etat des lieux / contexte

La région des Pays de la Loire reste privilégiée sur le plan de la mortalité cardiovasculaire qui est en constante diminution sauf chez la femme de plus de 65 ans. Pour autant, la demande de soins en cardiologie interventionnelle augmente, particulièrement en Vendée et en Maine et Loire en raison de l'augmentation de la population et de son vieillissement.

En 2017, la région des Pays de la Loire, compte :

- 7 établissements autorisés pour les actes électro-physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation dont 1 établissement avec une activité limitée à l'interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence par voie veineuse transcutanée. Seuls, le département de la Mayenne et le territoire du Choletais ne disposent pas d'offre de rythmologie soumise à seuil. L'activité régionale, soumise à seuil, a augmenté de plus de 50 % en 5 ans, passant de 1 650 actes à 2 607 actes.
- 1 établissement autorisé pour les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant avec un second site pour les ré-interventions à l'âge adulte.
- 8 établissements autorisés pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte. L'activité a augmenté de plus de 30 % en 5 ans, passant de 5 654 à 7 842 actes d'angioplastie. Le territoire du Choletais ne dispose pas d'offre alors que plus de 350 patients ont été pris en charge sur Nantes et Angers pour des actes d'angioplastie.

Parallèlement l'activité de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (TAVI) s'est beaucoup développée avec 148 poses en 2011 et 428 poses en 2015, réparties sur 2 sites.

Objectifs

Objectif 1 (Sécurité) : Adapter le nombre d'implantations cibles à l'évolution des besoins et aux enjeux de sécurité pour les patients

Le maillage pour la zone du Maine et Loire doit être complété afin de diminuer les délais de prise en charge pour les activités de rythmologie et autres cardiopathies de l'adulte (angioplastie) pour le bassin de population du Choletais.

Cet objectif en termes de maillage de l'offre de cardiologie interventionnelle est accompagné par une recommandation de limitation des actes de rythmologie à l'interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence par voie veineuse transcutanée (flutter auriculaire) pour le site de Saint-Nazaire, pour le site du département de la Mayenne et pour le site supplémentaire du département du Maine et Loire

Objectif 2 (Qualité) : Adapter les plateaux techniques à l'évolution de l'activité

L'accroissement de l'activité doit s'accompagner d'une adaptation du nombre de salles d'interventionnel et de capacités d'aval en soins critiques. Pour des soins critiques soumis à reconnaissance contractuelle, l'ajustement des capacités prendra en compte le niveau d'activité et la réponse des besoins.

Objectif 3 (Parcours patient) : Organiser la cardiologie interventionnelle en filières de soins

Cela passe par l'amélioration de l'accès aux cardiologues en amont et par l'amélioration de l'accès au SSR en aval des gestes de cardiologie interventionnelle

L'amélioration de l'accès au cardiologue nécessite, notamment, une adaptation du nombre d'internes en formation, le développement des stages en cabinet de cardiologie de ville, l'accompagnement de l'installation des cardiologues en les adossant à un plateau technique et la poursuite du déploiement des postes d'assistant spécialiste à temps partagé avec un établissement périphérique.

Pour l'offre de SSR, il est recommandé d'implanter les nouvelles capacités en SSR spécialisé à proximité des plateaux techniques pour faciliter l'implication des cardiologues hospitaliers et en privilégiant la modalité de prise en charge en HTP. Les SSR non spécialisés devront être accompagnés pour faciliter l'admission dans ces SSR de patients souffrant de pathologies cardiovasculaires.

Objectif 4 (Prévention) : Développer la prévention à tous les stades

Les SSR porteront une attention particulière à la prévention secondaire des affections cardiovasculaires, en lien avec les médecins traitants.

Objectif 5 (Innovation) : Développer et consolider les coopérations entre les plateaux techniques.

Cela concerne les coopérations entre établissements publics d'un même GHT mais aussi entre les CHU et les établissements de recours publics ou privés disposant d'un plateau de cardiologie interventionnelle.

Les coopérations porteront d'abord sur l'activité de rythmologie entre centres avec une activité limitée au traitement du flutter et centres experts.

Ces coopérations pourront concerner les techniques innovantes comme le TAVI ou la fermeture de l'auricule gauche par pose d'endoprothèses, etc... Les modalités de coopération porteront sur la mise en place de « heart team commune », de doubles réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), de gestion commune de la file active.

Indicateurs

Indicateurs de suivi d'activité des établissements de santé

Suivi des actes soumis à un seuil minimal annuel soit :

- Ablations endocavitaires autres que l'ablation de la jonction atrioventriculaire (seuil : 50)
- Cathétérismes interventionnels portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales (seuil : 40)
- Angioplasties coronariennes (seuil : 350)

Suivi des actes d'interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence par voie veineuse transcutanée (traitement du flutter).

Suivi des actes pour les techniques innovantes (TAVI, prothèses auriculaires, mitraclip).

Pertinence/qualité

Suivi du % de stents « actifs » posés versus stents « nus »

Sécurité :

Suivi des délais d'intervention pour les syndromes coronariens aigus et pour les TAVI

Suivi de l'adaptation des plateaux techniques : ratio nombre de salles / activité, % de patients pris en soins critiques

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Afin de constituer une équipe à même de garantir la permanence des soins pour les patients du bassin de population du Choletais (49), il est recommandé la mise en place d'un plateau technique d'angioplastie et de rythmologie à proximité d'une USIC et en coopération publique-privée

Création d'une implantation de cardio interventionnelle, modalité rythmologie, en Mayenne (53)

Implantations

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

Objectifs Quantifiés Offre Soins	BILAN 2017 Cardiologie interventionnelle			Cible 2022 Cardiologie interventionnelle		
Département	Cardiopathies de l'enfant	Rythmologie	Autres cardiopathies de l'adulte	Cardiopathies de l'enfant	Rythmologie	Autres cardiopathies de l'adulte
44	2	3	3	2	3	3
49		2	2		3	3
53		0	1		1	1
72		2	2		2	2
85		1	1		1	1
Total	2	8	9	2	10	10

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Médecine d'urgence
----------	--------------------

Zonage

Plus de 95 % du territoire se situe à moins de 30 minutes d'un service d'urgence grâce aux actions menées en 2013 : déploiement des HELISMUR, médecins correspondants du SAMU, antenne de SMUR. Les filières de prise en charge sont organisées au sein des départements autour des SAMU centre 15, voire au niveau régional pour l'HELISMUR. Le zonage proposé est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département.

Etat des lieux / contexte

Depuis le PRS1, un système d'information « Centaure 15 v5 » a été déployé dans l'ensemble des SAMU de la région permettant un partage des données et une harmonisation des systèmes d'information. Par ailleurs, l'articulation des SAMU a été travaillée autour du projet ARESA. Pour l'activité des SAMU-Centre 15 de la région, on constate une augmentation de 30.8 % des appels entre 2010 et 2015 (source SAE). Une augmentation de 27.8 % du nombre de dossiers de régulation médicale a par ailleurs été constatée sur cette même période. La sécurisation des lignes téléphoniques est assuré tout comme l'accès au ROR

La répartition des SMUR et antenne SMUR reste inégale sur le territoire régionale. Ainsi en Sarthe, les communes de la Ferté Bernard, Saint Calais ou encore Château du Loir se situe à plus de 43 minutes d'un SMUR. Toutefois, 2 vecteurs hélicoptères ont été déployés pour assurer la couverture de la région et améliorer les temps de parcours pour rejoindre un service d'urgence.

Aucun SMUR pédiatrique à ce jour n'est autorisé dans la région. Néanmoins, les besoins existent pour au moins une implantation puisque plus de 500 sorties sont réalisées aujourd'hui par le SMUR du CHU de Nantes pour cette population. L'implantation d'un SMUR pédiatrique sur l'hémi région continentale devra être étudiée afin de s'assurer que ce dispositif est le plus adapté au vu des niveaux d'activité constatés.

L'activité des services d'urgences est en augmentation constante, la plus élevée de France, +3,7 % par an, et tout particulièrement dans les structures de recours et pour les urgences pédiatriques. Des tensions récurrentes sur certains établissements sont signalées régulièrement. Une majorité de passages aux urgences n'ont pas été précédés par un contact avec un acteur de santé. 50 % des patients qui viennent aux urgences le font sans

aucun avis médical préalable. Une des principales difficultés réside dans l'adaptation des ressources humaines à la fluctuation du niveau d'activité. Concernant les urgences pédiatriques, 3 établissements de la région disposent de cette autorisation. Les territoires de la Vendée et de la Mayenne en sont dépourvus.

2 centres de soins non programmés ont été ouverts pendant le PRS1 : un en Mayenne et l'autre en Maine et Loire.

L'enjeu est d'améliorer significativement la qualité de la réponse aux besoins inopinés de soins (demande de soins non programmés) sans dégrader les réponses aux soins urgents pouvant engager le pronostic vital tout en évitant une réponse seulement centrée sur le dimensionnement de l'offre. Il s'agit pour cela d'améliorer la pertinence de la réponse à la demande des soins non programmés par des actions vers l'utilisateur et vers les acteurs du premier recours.

Objectifs

Qualité

- Disposer de SU pouvant offrir 24/24 une réponse de qualité
- Disposer d'une régulation des appels urgents et des demandes de soins non programmés de qualité 24h/24

Usagers/parcours

- Garantir l'accès en moins de 30 minutes aux structures d'urgences pour les demandes de soins nécessitant l'accès à un plateau technique.
- Expertiser l'activité de SMUR pédiatrique régional et reconnaître au moins une implantation de SMUR pédiatrique dans chaque département dans la mesure où les conditions de fonctionnement peuvent être atteintes et que l'activité le légitime

Innovation

- Pérenniser l'articulation des systèmes d'information des SAMU de la région et le corréler avec le futur système d'information national
- Expérimenter la télé-régulation avec intégration de flux vidéo dans les centres 15

Pertinence

- Disposer et mettre en œuvre des règles communes d'engagement des vecteurs mobiles (SMUR, Hélicisme) et éventuellement ajuster en conséquence le schéma d'implantation sur certains territoires
- Optimiser l'utilisation des vecteurs hélicisme en veillant à un maillage territorial des aires de pose
- Expertiser la répartition des SMUR et Antenne SMUR par département afin de proposer une répartition adaptée aux exigences de sécurité

Indicateurs

- Taux de recours aux urgences par territoires
- Proportion de RPU classés en CCMU

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

SMUR pédiatrique :

- Création d'une implantation de SMUR pédiatrique en Loire Atlantique
- Création d'une implantation de SMUR pédiatrique en Maine et Loire (à confirmer en fonction des besoins et des ressources par des études complémentaires)
- Création d'une implantation de SMUR pédiatrique en Sarthe (à confirmer en fonction des besoins et des ressources par des études complémentaires)

SMUR/Antenne SMUR :

- Création d'une implantation de SMUR en Sarthe (72) (à confirmer en fonction des besoins et des ressources par des études complémentaires)

Urgence pédiatrique :

- Création d'une implantation de structure d'urgence pédiatrique à La Roche Sur Yon (85)

Implantations

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

Activité : SAMU		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1
Total	5	5

Activité : Structure d'urgences		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	5	5
Maine et Loire	4	4
Mayenne	3	3
Sarthe	7	7
Vendée	7	7
Total	26	26

Activité : Structure urgences pédiatriques		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne	0	0
Sarthe	1	1
Vendée	0	1
Total	3	4

Activité : SMUR		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	3	3
Maine et Loire	3	3
Mayenne	3	3
Sarthe	2	2
Vendée	4	4
Total	15	15

Activité : SMUR Antennes		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	0	0
Mayenne	0	0
Sarthe	1	1 à 2
Vendée	2	2
Total	4	4 à 5

Activité : SMUR pédiatrique		
Territoire de santé	Implantation 2017	Implantations cibles
Loire-Atlantique	0	1
Maine et Loire	0	0 à 1
Mayenne	0	0
Sarthe	0	0 à 1
Vendée	0	0
Total	0	1 à 3

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Soins critiques (réanimation, unité de soins continus, soins intensifs)
-----------------	--

Les soins critiques regroupent les activités de surveillance continue, de soins intensifs, et de réanimation en référence à la circulaire du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue .

Zonage

L'organisation actuelle, les complémentarités entre structures se font au niveau départemental. Aussi, le zonage pertinent pour cette activité est le territoire de santé, à savoir le département.

Etat des lieux / contexte

Chaque territoire de santé dispose d'au moins 1 implantation de réanimation voire 2 dans les territoires les plus peuplés. (Loire-Atlantique et Maine et Loire). Tous les départements de la région, à l'exception du Maine et Loire et de la Loire Atlantique, respectent les taux d'occupation cible (<85 %) de l'ensemble réanimation/USC. Tous les patients ont été pris en charge par les structures existantes.

L'organisation mise en place d'une coordination réanimation/USC accolée est conforme à la réglementation, aux avis des professionnels consultés et permet une fluidité de la filière en référence à la circulaire d'application citée ci-dessus. Ainsi, toutes les réanimations de la région dispose d'une USC accolée.

Néanmoins, il n'existe pas de filière avec un passage successif des patients entre les différents dispositifs de soins critiques : les USC, les USI, puis la réanimation. Au sein de la région, le système s'articule autour d'une typologie patient-spécialité. Il en découle une organisation que l'on peut décrire sous forme d'une articulation indispensable entre les réanimations les USC et les USI, fluidité Réanimation/USC si USC accolée à la réanimation, conventions entre réanimation et USC du territoire ou département. L'articulation entre réanimation et soins intensifs existe aussi en cas de dégradation ou de défaillance grave multiviscérale, impliquant une convention entre les structures d'USI et de réanimation.

Pour la réanimation adulte, les capacités ont évoluées mais restent à adapter à une demande croissante en particulier en Maine et Loire. Pour la réanimation pédiatrique, des éléments correctifs ont été apportés par le CHU de Nantes depuis plusieurs années, mais des évolutions capacitaires sont à conduire dans les années à venir.

La fluidité des parcours des patients pour la sortie des dispositifs de soins critiques dans leur ensemble reste à améliorer. Cette gestion de l'aval justifie une articulation avec les travaux menés sur la médecine, la chirurgie et les SSR. Par exemple, au CHU de Nantes, on estime à 1/3 la proportion de lits de neurologie bloqués par des patients non pertinents. Du fait de cet engorgement, le renvoi de patients dépendants en théorie de l'UNV vers le service d'urgences local (procédure dégradée) ou vers des services de médecine (neurologie etc.) est quotidien. Il est par contre exceptionnel que les patients soient renvoyés vers d'autres centres.

Concernant la réanimation pédiatrique, 3 établissements détiennent cette autorisation dans la région. Elles sont délivrées aux structures qui disposent d'une maternité de type 3 avec réanimation néonatale. Des rééquilibrages capacitaires ont été opérés entre lits de réanimation néonatale et pédiatrique afin de répondre aux besoins. L'activité reste cependant relativement faible dans l'hémi-région continentale.

Les enjeux de demain pour assurer une réponse adaptée aux besoins des ligériens sont :

- Adapter l'organisation et les articulations entre les dispositifs de soins critiques
- Adapter les capacités des dispositifs de soins critiques
- Renforcer les modalités de coopérations
- Améliorer la fluidité du parcours patient

Objectifs

Objectif 1 : Qualité

- Rappeler la nécessité d'une USC adossée d'une capacité au moins égale à 50 % du service de réanimation adulte, voire légèrement supérieure pour les services de petite capacité.
- Promouvoir une organisation territoriale par département de la filière.
- Favoriser la communication inter-réanimations adultes par la constitution d'un réseau de réanimation/USC, coordonné par les centres référents (Nantes, Angers, Le Mans, CHD et Laval).
- Proposer des modalités d'organisation de la filière des soins intensifs sur tout le territoire de la région des Pays de la Loire
- Développer des équipes territoriales de soins critiques dans le cadre de projets médicaux de territoire

Objectif 2 : Usager /parcours

- Augmentation capacitaire au CHU de Nantes en réanimation pédiatrique et néonatale (objectifs 30 lits au total) en cohérence avec l'activité.
- Maintenir la proximité de la réanimation pédiatrique avec la réanimation néonatale pour permettre le développement des compétences professionnelles spécifiques à cette activité et soutenir l'attractivité des structures.
- Permettre aux équipes d'établissements non autorisés d'intervenir sur des sites autorisés

Objectif 3 : Innovation

- Mettre en place dès 2018 une étude régionale affinant les modalités d'admission dans les réanimations. (cahier des charges, comité de pilotage, suivi des évolutions....)

Indicateurs

Pour les réanimations et USC « adultes »:

- Taux d'occupation individualisés
- Taux d'occupation mutualisés pour les USC accolées aux réanimations

Pour la réanimation et USC « pédiatrique » :

- Seuils d'activités
- Nombre de lits
- Taux d'occupation individualisés
- Taux d'occupation mutualisés pour les USC accolées aux réanimations

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

- Réa pédiatrique : Maintien des implantations actuelles
- Réanimation : Maintien des implantations de réanimation actuelles avec une coordination Réa/USC accolée et du développement de la filière d'aval qui est un point critique (SSR, services de médecine te chirurgie). Une attention particulière devra être portée au dimensionnement capacitaire en Maine et Loire.

Implantations

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

OQOS	BILAN 2017 réanimation- ET			CIBLE 2022 réanimation - ET		
	Adulte	Pédiatrique spécialisée	Pédiatrique	Adulte	Pédiatrique spécialisée	Pédiatrique
44	3	1	0	3	1	0
49	2	0	1	2	0	1
53	1	0	0	1	0	0
72	1	0	1	1	0	1
85	1	0	0	1	0	0
Total	8	1	2	8	1	2

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Les deux modes de suppléance de l'insuffisance rénale chronique (IRC), la greffe rénale et l'épuration extra-rénale, sont des activités de soins soumises à autorisation. Contrairement à l'épuration extra-rénale ou dialyse, la greffe relève du SIOS.

La dialyse est autorisée par l'ARS selon plusieurs modalités correspondant à des prises en charge différentes, classées en dialyse en centre et dialyse hors centre :

➤ **Hémodialyse en centre**

Le centre, obligatoirement localisé sur le site d'une structure hospitalière, est destiné à recevoir les patients dont les pathologies sont les plus lourdes. Il prend principalement en charge des personnes hémodialysées dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin néphrologue en cours de séance.

➤ **La dialyse hors centre**

L'unité de dialyse médicalisée (UDM) est destinée à recevoir des patients adultes ayant une pathologie plus légère. La présence d'un(e) infirmier(e) pendant toute la durée de la séance d'hémodialyse est nécessaire, mais pas celle continue d'un néphrologue.

L'Unité d'autodialyse (UAD) avait pour vocation, à l'origine, de traiter des patients parfaitement autonomes (autodialyse simple). Cette notion a évolué ; il est désormais possible pour le patient de se faire assister partiellement par un(e) infirmier(e) (autodialyse assistée).

L'Hémodialyse à domicile est réalisée à domicile (domicile ou autre lieu de résidence : unité de soins de longue durée ou maison de retraite) **en présence d'une tierce personne** formée à la technique d'hémodialyse.

La Dialyse péritonéale (DP) utilise le péritoine du patient lui-même qui fait office de membrane partiellement perméable et qui permet les échanges pour éliminer les déchets du sang. Elle peut être réalisée : soit totalement par la personne elle-même à son domicile (après une formation) avec éventuellement l'aide à son domicile d'un(e) infirmier(e) libéral(e), formé(e), soit par une tierce personne (conjoint ou parent, après avoir suivi une formation).

Zonage

Pour l'activité de soins « Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale », le département a été retenue comme zone géographique du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des différentes modalités.

L'offre en dialyse repose sur le centre d'hémodialyse, qui constitue la structure de recours et le lieu de regroupement des équipes de néphrologues. La répartition des centres est globalement départementale. De plus, dans le PRS, la durée de trajet optimale pour l'accès à une offre de dialyse a été estimée à moins de 30 mn.

1 - Une augmentation constante des taux d'incidence et de prévalence de l'IRC terminale

L'élévation constante du nombre annuel de nouveaux patients en l'IRC terminale et plus particulièrement de ceux pris en charge au 31/12 de chaque année, pose un réel problème de santé publique.

En effet, dans la région, le nombre de patients, pris en charge au 31 décembre 2015 par rapport à celui du 31 décembre 2011, s'est accru de 18.7 % soit 650 patients supplémentaires en cinq ans (3 470 patients en 2011 et 4 120 en 2015). Si cette tendance se poursuit, il sera nécessaire de renforcer l'offre en dialyse.

47 % des patients pris en charge au 31/12 de chaque année, sont pris en charge en dialyse et 53 % en transplantation. La greffe doit rester la modalité privilégiée et son développement doit être renforcé.

2 – Une répartition des prises en charge selon les différentes modalités de dialyse pas satisfaisante

L'étude des prises en charge, en 2015, selon les différentes modalités de dialyse (hors DP) montre que :

- l'hémodialyse en centre reste de loin la modalité la plus utilisée en Pays de la Loire (66 % en 2015 et 68 % en 2014), comme en France (58 % des modalités de dialyse, hors DP) ;
- le pourcentage de patients ligériens, pris en charge en autodialyse a significativement chuté : 18 % en 2010 et 12 % en 2015 (pour mémoire la part de l'autodialyse France entière atteint 19 % en 2015) ;
- Conformément à l'objectif du PRS1 de développer la modalité en UDM, le pourcentage de patients pris en UDM a régulièrement augmenté (9.3 % en 2010 et 19.6 % en 2015) mais reste en dessous de la moyenne nationale (21.6 %) ;
- La dialyse à domicile reste très marginale (0.5 % de l'ensemble des modalités de dialyse) ;

Le développement de la dialyse péritonéale reste encore modeste (7 % de l'ensemble des modalités de dialyse en 2014 et 2015) et l'activité inégalement réparti : en Mayenne 0.9 % en 2014 (0 % en 2015) et en Loire-Atlantique 13.0 % en 2014). Les départements en dehors de la Loire Atlantique et de la Vendée, affichent des taux inférieurs à 6 %.

3 – Un maillage en termes d'offre pas toujours optimal

Dans la région, il a été identifié des zones géographiques éloignées :

- d'un centre d'hémodialyse de plus d'une heure, notamment en Loire-Atlantique,
- d'une unité de dialyse médicalisée de plus de 30 mn voire 45 mn. Parmi ces zones, celles, affichant des taux élevés de recours à la dialyse, justifient l'implantation d'une nouvelle UDM.

Par ailleurs le rapport REIN 2014 montrent que la moyenne et la médiane des durées de trajet pour les patients en hémodialyse sont respectivement de 26 et 22 minutes, valeurs plus élevées que celles obtenues France entière (24 et 20). De même, le pourcentage de patients ayant un trajet de plus de 45 mn est plus élevé (en 2015 : 12.0 % pour PDL versus 7.6 % France entière et en 2014 13.4 % pour PDL versus 11.7 % France entière).

Les objectifs du PRS1 d'implantations d'unités de dialyse médicalisée (UDM) n'ont pas été tous atteints, notamment dans la Sarthe où aucune nouvelle structure n'a été autorisée.

Par ailleurs, certains sites d'UDM dans la région sont déjà arrivés à saturation (comme en Vendée, deux ans après l'ouverture d'une unité).

4 – L'IRC : un parcours de soins complexe

Au cours de sa vie, un patient atteint d'IRC peut bénéficier de plusieurs possibilités de traitement : être dialysé selon différentes techniques, être greffé, retourner en dialyse après un rejet ou fin de vie de greffon, etc. Or, chaque étape présente les problématiques suivantes : le diagnostic d'insuffisance rénale, le recours au néphrologue sont encore trop souvent tardifs, comme le montre l'indicateur élevé d'entrée en dialyse dans un contexte d'urgence (taux 2015 national de 34 % et régional de 25 % avec des disparités entre départements de la région, entre 20 % à 43 %). Selon la CNAMTS, au niveau national, un quart des patients, entrant en dialyse, n'a pas eu de contact avec un néphrologue dans les douze mois précédant la dialyse.

6 – Un facteur limitant : la démographie insuffisante en néphrologie

La situation démographique 2015 des néphrologues reste encore fragile (2.27 pour 100 000 habitants pour la région, 2.3 pour la France), surtout au regard des départs en retraite prévisibles (17 % des néphrologues de la région ont plus de 59 ans) et des enjeux liés à l'augmentation de l'activité (consultations spécialisées, suivis de greffe, suivis de dialyse,...). La situation est plus tendue en ce qui concerne la néphropédiatrie ; la région dispose d'un centre de greffe pédiatrique et du seul centre de dialyse pédiatrique du grand-ouest.

Objectifs

Les objectifs d'évolution de l'activité de traitement de l'IRC doivent concourir à chaque étape du parcours du patient, à retarder le plus possible la mise en dialyse, à offrir au patient la modalité de suppléance la plus adaptée, et à préparer le mieux possible et le plus tôt la suppléance. Les objectifs retenus pour la dialyse peuvent être déclinés selon quatre axes :

1 – La prévention : un axe primordial

- Inciter, avant l'initiation d'une dialyse, toutes les prises en charge de l'IRC sévère, dont le but est de stabiliser la fonction rénale, corriger les complications, préparer aux traitements de suppléance et reculer le début de la dialyse par des mesures hygiéno-diététiques (diététique et exercice physique) et/ou la mise en place de traitements conservateurs et limiter les situations de recours (dialyse en urgence).

2 – L'utilisateur au centre d'un parcours coordonné

- Améliorer les dispositifs d'orientation des patients afin de pouvoir proposer à ces derniers la modalité de suppléance la plus adaptée (en privilégiant la greffe et la dialyse hors centre), d'éviter une perte de chance, tout en favorisant le découplage entre les équipes de transplantation et de dialyse.
- Répondre aux besoins de dialyse pour chacune des modalités, en tenant compte de l'augmentation prévisible du nombre de patients dialysés sur les cinq prochaines années.
- Assurer un maillage territorial suffisant de la région en structures de dialyse afin de réduire les durées de trajet et les coûts de transport ;
- Privilégier la dialyse hors centre, la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale.
- Conforter les organisations mises en place pour la prise en charge en dialyse des enfants.

3 – L'innovation :

- offrir davantage aux patients, l'accès à l'hémodialyse longue nocturne, technique qui permet une bonne intégration dans la vie quotidienne des patients et est compatible avec une activité professionnelle à plein temps.
- encourager les autres alternatives à la dialyse classique, comme l'hémodialyse quotidienne à durée courte sur 2h.
- Mener l'expérimentation sur l'IRC

4 – La qualité et l'efficience : une préoccupation constante

- Promouvoir auprès des structures de dialyse de la région, les outils élaborés par l'ANAP, afin d'améliorer l'organisation interne des structures de dialyse.

Indicateurs

- Part de la dialyse en centre et en hors centre (et de la dialyse péritonéale) pour les nouveaux patients dialysés à J0 et à J90. La cible nationale de développement de la dialyse en hors centre a été fixée à 50 % des nouveaux patients ;
- Part des différentes modalités de dialyse pour les patients dialysés au 31/12. Pour la dialyse péritonéale, l'objectif de 7 % pour tous les départements permettrait de corriger les disparités régionales et d'augmenter le taux régional ;
- Moyenne et médiane des durées de trajet et part des patients ayant une durée de trajet supérieure à 45 mn ;
- Indicateur de démographie régionale des néphrologues (Nombre,...).
- Nombre de dialyse en urgence

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

1 - Les centres d'hémodialyse

- maintenir un centre d'hémodialyse à vocation régionale (voire inter-régionale) pour la pédiatrie ;
- Prévoir la possibilité d'une offre supplémentaire pour les adultes, sur la zone géographique, où la durée d'accès à un centre de dialyse est supérieure à 60 mn (Loire-Atlantique).

2 – Les unités de dialyse médicalisée (UDM)

- poursuivre la création d'unités de dialyse médicalisée (UDM) supplémentaires, dans les zones où le temps d'accès à une UDM autorisée est supérieur à 30 mn et où les taux de recours à la dialyse sont les plus élevés (> 101 pour 100 000 habitants).
- éviter l'implantation d'UDM dans les agglomérations où il existe déjà une UDM, située à moins d'un trajet de 30 mn, à l'exception de l'implantation sur la clinique Jules Verne à Nantes (autorisation en 2014 et caduque en 2017 pour absence de mise en œuvre ; implantation à maintenir dans le PRS2).
- Recommander la création d'unités mixtes (UDM+UAD) ou d'UDM sur des sites où elles seront adossées à une unité d'autodialyse,
- favoriser le recours à la télédialyse pour les unités géographiquement isolées.

3 - Développer les autres modalités de dialyse hors centre

- Prévoir la création d'unités d'autodialyse, en parallèle aux nouvelles implantations d'UDM créées pour disposer de structures mixtes
- créer une implantation supplémentaire de dialyse péritonéale et de dialyse à domicile sur la Mayenne et sur la Sarthe
- poursuivre la promotion de la dialyse péritonéale et de la dialyse à domicile (comme l'hémodialyse quotidienne à durée courte sur 2h)
- offrir davantage l'accès à l'hémodialyse longue nocturne

4 - Autres

- conforter l'organisation régionale de l'activité de néphropédiatrie, les filières de prise en charge pédiatrique impliquant la néphropédiatrie de recours (CHU), celles de proximité, les néphrologues des centres de dialyse adulte (pour les plus de 8 ans).
- Maintenir une capacité d'hospitalisation spécialisée en néphrologie (repli) et poursuivre l'augmentation des effectifs de néphrologues pour répondre à l'accroissement des demandes (consultations, hospitalisations, activités en lien avec la greffe et la dialyse...).

Implantations

Les décomptes suivants ont été effectués par implantation géographique autorisée (ainsi la présence de deux titulaires d'autorisation sur un même site géographique – même adresse - compte pour deux implantations différentes).

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

HEMODIALYSE EN CENTRE (ENFANTS)				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations		Commentaires éventuels
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	1		1	

HEMODIALYSE EN CENTRE (ADULTES)				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations		Commentaires éventuels
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	4		4 ou 5	0 ou + 1
MAINE -ET-LOIRE	5		5	
MAYENNE	2		2	
SARTHE	3		3	
VENDEE	2*		2*	
Région	16		16 à 17	+ 1

*Un des deux centres a une activité saisonnière en plus de son activité permanente

HEMODIALYSE EN UNITES DE DIALYSE MEDICALISEES				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations		Commentaires
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	6		8	+2
MAINE- ET- LOIRE	5		6	+1
MAYENNE	4		4	0
SARTHE	3*		5 à 6	+ 2 à 3
VENDEE	5		7	+ 2
Région	23		30 à 31	+ 7 à 8

HEMODIALYSE EN UNITES D'AUTODIALYSE				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations		Commentaires
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	7		8	+ 1
MAINE- ET- LOIRE	4		5	+ 1
MAYENNE	2		3	+ 1
SARTHE	4		5 à 6	+ 1 à 2
VENDEE	7		9	+ 2
Région	24		30 à 31	+ 6 à 7

DIALYSE A DOMICILE				
Par hémodialyse	Implantations	Implantations		Commentaires éventuels
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	1		1	
MAINE- ET- LOIRE	2		2	
MAYENNE	1		1 à 2	0 ou + 1
SARTHE	1		1 à 2	0 ou + 1
VENDEE	1		1	
Région	6		6 à 8	0 ou + 1 ou + 2
Par dialyse péritonéale	Implantations autorisées	Implantations		Commentaires éventuels
			A prévoir dans le SRS	
LOIRE-ATLANTIQUE	1		1	
MAINE- ET- LOIRE	2		2	
MAYENNE	1		1 à 2	0 ou + 1
SARTHE	1		1 à 2	0 ou + 1
VENDEE	1		1	
Région	6		6 à 8	0 ou +1 ou + 2

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Assistance médicale à la procréation (AMP)
----------	--

Zonage

Pour l'activité de soins « assistance médicalisée à la procréation » (AMP), la base du département est retenue comme zone géographique du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des différentes modalités. L'offre en AMP, centrée sur les structures de fécondation in vitro, est organisée globalement à l'échelle départementale.

Etat des lieux / contexte

1 – Une offre en structures d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sur la région globalement satisfaisante

L'assistance médicale à la procréation (AMP) a été définie par le Code de Santé Publique comme « *les 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* ». Il faut ajouter également les activités de dons de gamètes, et d'accueil d'embryon,

L'AMP est une activité soumise à autorisation selon les modalités cliniques ou biologiques correspondantes aux différents cas de figure définies ci-dessus.

En Pays de la Loire, 8 441 tentatives intra-conjugales ou suite à un don ont été recensées en 2014. Elles ont abouti à 1 491 naissances. Les Pays de la Loire font parties des régions ayant une activité importante en insémination comme en fécondation *in vitro* avec l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Bretagne et PACA.

Les besoins en termes d'activités d'insémination artificielle (IA) et de fécondation in vitro (FIV) sont globalement couverts :

- il y a au moins une offre de laboratoires sur chaque département, réalisant le traitement du sperme en vue d'une insémination artificielle.
Neuf laboratoires sur les douze autorisés sur la région, sont situés sur la Loire-Atlantique (5) et le Maine et Loire (4), totalisant 81 % de l'activité d'IA de la région (en nombre de cycles).
- Les sept centres de FIV répondent aux besoins de la région.
Quatre centres d'AMP-FIV sont situés sur Nantes et réalisent 75 % de l'activité régionale de FIV (en nombre de ponctions en vue d'une FIV) ; le département de la Mayenne et également le secteur de Saint-Nazaire, ne disposent d'aucun centre de FIV. Sur ces deux secteurs, la population de femmes en âge de procréer n'apparaît pas suffisante pour garantir la pérennité et la qualité requise pour un centre FIV.
- Le nombre d'établissements réalisant l'activité clinique de prélèvements chirurgicaux de spermatozoïdes est suffisant pour répondre aux demandes des centres de FIV installés et aux besoins de la région.

Dans le domaine du don, seule l'activité d'accueil d'embryons n'est pas développée sur la région (le centre le plus proche se trouve à Tours).

2 - Un faible recours à la conservation à usage autologue des gamètes

Cela concerne l'activité biologique, soumise à autorisation, de recueil et de conservation des gamètes ou des tissus germinaux, pour toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité.

Dans le cadre de la préservation de la fertilité, 308 autoconservations de nouveaux patients ont été réalisées dans la région en 2014 ; le nombre de patients concernés s'élève au 31/12/2014 à 2 760 autoconservations.

Dans le rapport de décembre 2012 de l'ABM et l'INCa, il a été mis en avant la grande disparité nationale dans les prises en charge avec notamment les constats suivants :

- une inégalité d'accès à l'information,
- une faible mobilisation des professionnels,
- et une recherche peu développée dans ce domaine.

Par ailleurs à la demande de la DGOS (instruction du 9 octobre 2015), l'ABM a recensé, lors d'une enquête auprès des ARS, plusieurs niveaux de difficultés :

- le manque d'information des patients et associations de patients sur les possibilités de prises en charge en préservation de la fertilité et les différentes techniques disponibles ;
- l'insuffisance de la formation et de la sensibilisation des professionnels de santé, notamment des oncologues et soignants), dans le but de pouvoir orienter les patients plus facilement vers une plateforme clinico-biologique de préservation de la fertilité ;
- un manque de lisibilité de l'activité de préservation de la fertilité au sein des centres d'AMP et du parcours de soins (notamment dans la coordination entre les différents intervenants) ;
- La faiblesse de l'organisation de cette activité, reconnue chronophage et notamment de la continuité des plateformes clinico-biologiques.

Ces constats sont retrouvés également pour la région des Pays de la Loire. De plus, il est noté, comme sur le plan national, une insuffisance du maillage territorial ; certains départements ne sont pas couverts par une offre de soins, comme la Vendée et la Mayenne. Les plateformes de cryoconservation, pour la conservation, à usage autologue, des gamètes en vue de préserver la fertilité, ne sont autorisées et installées que dans trois départements sur cinq (44, 49 et 72).

Objectifs

1 – Objectifs concernant les activités d’AMP : IA, FIV, prélèvements chirurgicaux de spermatozoïdes, activité de dons.

Ils sont au nombre de deux principaux :

- Garantir aux couples de la région, un accès à au moins une structure d’AMP. En termes de maillage territorial, les structures actuelles permettent de répondre à l’ensemble des besoins (à l’exception de l’activité d’accueil des embryons).
- Contribuer à l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur la durée du PRS2, Il est recommandé, de favoriser le regroupement des centres FIV sur la Loire Atlantique et des laboratoires réalisant les activités d’insémination artificielle sur la Loire Atlantique et le Maine et Loire.

2 – Objectifs concernant l’activité de conservation des gamètes à usage autologue en vue de la préservation de la fertilité

L’objectif est de garantir à l’ensemble des patients (hommes ou femmes) une égalité d’accès aux méthodes de conservation des gamètes, avant tout traitement susceptible d’altérer la fertilité. Il s’agit essentiellement :

- d’améliorer la lisibilité de l’offre disponible sur les Pays de la Loire
- d’assurer un maillage territorial suffisant
- d’identifier et de formaliser les circuits de prise en charge des patients, entre services cliniques (cancérologie adultes ou pédiatriques...) et professionnels de l’AMP

Les actions (en lien avec le volet cancer du SRS) se déclinent ainsi :

Le patient

- Améliorer l’accès à l’information pour les patients (mesures 7.2 et 8.2 du Plan cancer 2014-2019)
 - Promouvoir le développement de différentes modalités d’information à destination des patients (site internet, forum, action de communication...)
 - développer l’information auprès des professionnels de santé, notamment des centres de cancérologie mais également des services cliniques susceptibles de prescrire des produits faisant courir un risque sur la fertilité. Les réseaux, notamment de cancérologie peuvent en être un relais sur lequel s’appuyer.
 - Améliorer l’information auprès des patients pour qu’elle soit systématique, exhaustive et claire sur les risques des médicaments et sur les possibilités de préservation de la fertilité,
 - Favoriser les actions de communication et d’information, l’implication des coordinateurs de RCP
- conforter l’offre en plateforme de cryoconservation sur la région

La qualité et la sécurité

- Formaliser les liens entre les établissements autorisés en cancérologie et ceux autorisés en préservation de la fertilité (conventions, chartes...)
- Améliorer la qualité et la sécurité des activités de cryoconservation (permanence, plateaux techniques de cryobiologie disposant de moyens adaptés pour garantir la qualité, la sécurité, et la traçabilité sur le long terme des conservations de gamètes)

L'innovation

- Encourager le développement des techniques de cryoconservation (des biopsies de testicules et de cortex ovariens), notamment pour les prises en charge des femmes ou des enfants prépubères)

Indicateurs

- Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer
- Données annuelles d'activité des structures d'AMP, en nombre de cycles ou de ponctions.
- Données annuelles d'activité, nombre de patients ayant eu une nouvelle autoconservation et nombre de patients cumulé au 31/12 de l'année, pour chaque modalité '(spermatozoïdes, ovocytes, tissus testiculaires et ovariens).

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

- Il n'y a pas lieu de prévoir, sur la région, des implantations supplémentaires pour les activités cliniques et/ou biologiques en lien avec l'AMP, à l'exception des activités concernant l'accueil d'embryon, où une implantation dans la Loire Atlantique est envisagée.
- prévoir une implantation supplémentaire de l'activité « conservation autologue des gamètes et des tissus germinaux en vue de préserver la fertilité », sur le département de la Vendée

Implantations

Les décomptes suivants ont été effectués par implantation géographique autorisée (ainsi la présence de deux titulaires d'autorisation sur un même site géographique – même adresse - compte pour deux implantations différentes).

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

➤ Autorisation pour l'activité biologique d'insémination artificielle (IA)

– Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	5	5	5	
MAINE- ET- LOIRE	4	4	4	
MAYENNE	1	1	1	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	12	12	12	

- **Autorisations pour les activités cliniques et biologiques en lien avec les centres FIV :**

Activité clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	4	4	
MAINE- ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	7	7	7	
Activité clinique - Transfert des embryons en vue de leur implantation				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	4	4	
MAINE – ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	7	7	7	

Activité clinique - Prélèvement de spermatozoïdes				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	2	2	2	
MAINE –ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	5	5	5	

Activités biologiques relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	4	4	
MAINE- ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	7	7	7	

Activité biologique – Conservation des embryons en vue de projet parental				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	4	4	
MAINE- ET -LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
Au total	7	7	7	

- **l'activité de conservation à usage autologue des gamètes en vue de préservation de la fertilité :**

Activité biologique – Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux (art. L2141-11)				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE- ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	0	0	1	+ 1
Au Total	3	3	4	+ 1

- **Les activités de don de gamètes ou d'embryons**

Activité biologique – Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE- ET- LOIRE	0	0	0	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	

1- Activité clinique – Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don et préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don				
2- Activité biologique – conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE- ET- LOIRE	0	0	0	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	

1- Activité clinique : mise en œuvre de l'accueil des embryons				
2- Activité biologique : conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	observations
LOIRE-ATLANTIQUE	0	0	1	+ 1
MAINE- ET- LOIRE	0	0	0	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	

Organisation des activités soumises à autorisation

Activités	Diagnostic prénatal
-----------	---------------------

Le diagnostic prénatal (DPN) a été défini dans le Code de Santé Publique comme l'ensemble des pratiques médicales, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

L'objectif est d'Informar les couples du risque d'avoir un enfant atteint d'une anomalie grave, ou de les rassurer en leur offrant la possibilité d'exclure la présence d'une anomalie grave chez l'enfant à naître.

Le DPN permet également de prévoir une prise en charge optimale, quand elle est possible, in utéro ou périnatale de l'enfant à naître, en particulier quand il est atteint d'une anomalie curable. En cas d'anomalie fœtale incurable d'une particulière gravité, il s'agit de permettre aux couples, qui le souhaitent, la réalisation d'une interruption médicale de grossesse en accord avec la loi, ou d'organiser l'accueil de l'enfant porteur d'un handicap, voire l'accompagner vers un décès néonatal, lorsque le choix des couples est celui de ne pas recourir à une interruption de grossesse,

Zonage

Pour l'activité de soins « Diagnostic prénatal » (DPN), la base du département est retenue comme zone géographique du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des différentes modalités..

Etat des lieux / contexte

L'organisation régionale du diagnostic prénatal repose sur :

- **Les centres et consultations de génétique médicale clinique** (Saint-Nazaire, Nantes, Angers, Cholet, Le Mans et la Roche sur Yon...)
- **Les trois Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic PréNatal (CPDPN)**, autorisés par l'Agence de BioMédecine (CHU Nantes, Angers et CH du Mans).

Ils aident les équipes médicales, les couples dans l'analyse, la prise de décision, le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et dans la décision d'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG) lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic.

➤ **Les laboratoires d'analyses médicales autorisés par l'ARS pour l'activité de soins de DPN.**

Les activités biologiques de diagnostic prénatal (DPN), sont réalisées selon plusieurs modalités, chacune soumise à autorisation de l'ARS (cytogénétique, génétique moléculaire, biochimie avec notamment les marqueurs sériques maternels, infectieux, hématologie...).

Selon les rapports d'activité 2014 de l'ABM, 260 maladies génétiques rares sont concernées par le DPN.

Certaines modalités du DPN s'inscrivent dans une stratégie de dépistage national, notamment de la trisomie 21 (Marqueurs sériques maternels). *Depuis 2009, cette stratégie est basée sur la détermination échographique de la clarté nucale et sur l'analyse des marqueurs sériques maternels.*

Les examens « de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel » (diagnostic prénatal non invasif DPNI) ont été introduit *dans la liste des examens de diagnostic prénatal et dans la stratégie de dépistage de la trisomie 21 (décret du 5 mai 2017 et recommandations de l'HAS de mai 2017)*. Un arrêté est prévu pour fixer les conditions de leur prescription et de leur réalisation et dès sa sortie.

➤ **Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI)**

Activité soumise à autorisation de l'Agence de BioMédecine, le DPI associe des techniques de DPN et d'AMP. Le CHU de Nantes est le cinquième centre de DPI autorisé en France.

Il s'agit d'une méthode diagnostique qui permet après une fécondation in vitro de sélectionner un embryon exempt d'une maladie génétique, d'une anomalie chromosomique ou d'une maladie liée au sexe chez un couple à risque.

Le DPI, en France, concerne un très large éventail de maladies génétiques (près de 180 anomalies ou pathologies différentes).

Le contexte régional est le suivant :

1 – Un nombre suffisant de laboratoires pour répondre à l'essentiel des besoins de la région

L'offre de laboratoires de DPN (cytogénétique et génétique moléculaire) a été développée sur Nantes, Angers, Le Mans. Les laboratoires pour le dépistage de la trisomie par les marqueurs sériques maternels, ont été autorisés sur Nantes, Angers, Le Mans et la Roche-sur-Yon.

Les besoins régionaux sont couverts.

2 – Des difficultés rencontrées dans la région dans l'exercice des activités de DPN

Notamment en ce qui concerne :

- L'insuffisance de cytogénéticiens sur certains secteurs ;
- Accès aux équipements mutualisés (plateforme de biologie moléculaire, mutualisée entre plusieurs discipline : génétique, oncologie, infectiologie...).

3 – DPN une problématique complexe touchant des activités communes à d'autres thématiques (DPI, CPDPN, maladies rares...) et du domaine de compétence d'autres institutions (ABM,...)

4 – Des évolutions technologiques

Le DPN subit également des modifications importantes de son exercice en lien avec les évolutions technologiques spectaculaires de ces dernières années (CGH array en cytogénétique et séquençage très haut débit).

L'intégration récente des « examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel » dans le dispositif national de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte, en est une des applications.

Objectifs

Ils sont au nombre de deux principaux :

- Pérenniser l'offre en laboratoire sur la région, pour permettre de répondre aux besoins des patients
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des examens en favorisant l'accès à la CGH array et aux plates-formes mutualisées (séquençage haut débit)

Indicateurs

- Données annuelles d'activité des laboratoires (transmises à l'ABM).

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

- Il n'y a pas lieu de prévoir des implantations supplémentaires pour les activités biologiques de DPN, en dehors de l'activité nouvelle des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel, pour laquelle il est prévu de 0 à 3 implantations (Loire-Atlantique et Maine-et-Loire) ;

Implantations

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

– Analyses de cytogénétique y compris les analyses cytogénétiques moléculaires				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	2	2	2	
MAINE-ET-LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	4	4	4	Pas d'évolution

– Analyses de génétique moléculaire				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE-ET-LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	2	2	2	Pas d'évolution

– Analyses de biochimie , y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE-ET-LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	2	2	2	Pas d'évolution

– Analyses de biochimie mais portant exclusivement sur les marqueurs sériques maternels				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE -ET- LOIRE	0	0	0	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	1	1	1	
AU TOTAL	3	3	3	Pas d'évolution

– Analyses de biochimie à l'exclusion des analyses portant sur les marqueurs sériques maternels				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	0	0	0	
MAINE-ET-LOIRE	0	0	0	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	0	L'établissement abandonne son autorisation
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	1	1	0	- 1

– Analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses y compris les analyses de biologie moléculaire				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	1	
MAINE -ET- LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	2	2	2	Pas d'évolution

- Activité en lien avec les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	0	0	0 à 2	
MAINE -ET- LOIRE	0	0	0 à 1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	0	0	0 à 1	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	0	0	0 à 4	0 à + 4

Activité	Traitement du cancer
----------	----------------------

Zonage

L'activité de traitement du cancer est aujourd'hui organisée dans une logique départementale avec en appui un réseau, ONCOPL, qui veille à l'harmonisation des pratiques et à la qualité au niveau régional. La proximité est recherchée pour le confort du patient tout en s'assurant d'une qualité de prise en charge optimale et du respect des seuils d'activités. Aussi, le zonage pertinent pour cette activité est le territoire de santé, à savoir le département.

Etat des lieux / contexte

Selon l'Institut national du cancer (INCa), 60 % des cancers sont causés par des déterminismes indépendants de notre volonté : âge, hérédité et [environnement](#) sont les principales causes non évitables. Nos modes de vie, notre manière de consommer et, plus largement, la situation socio-économique et professionnelle des personnes recouvrent les 40 % restants.

En prenant les chiffres depuis 1980, on peut constater une hausse du nombre de décès par cancer en France : + 11 % chez l'homme et + 20,3 % chez la femme. L'INCa estime ainsi que près de 150 000 personnes sont décédées en 2015 en France des suites de la maladie, ce qui en fait la première cause de mortalité dans notre pays. Chez l'homme, le cancer du poumon est la principale cause de décès, suivi par les cancers du côlon-rectum et de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein est à l'origine du plus grand nombre de décès, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. L'allongement de la durée de vie fait que la maladie atteint plus de personnes. L'âge médian au diagnostic en 2015 est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme. Il cause environ 8800 décès en Pays de la Loire chaque année, dont 5300 décès masculins et 3300 décès féminins.

Néanmoins, les chances de survie face aux cancers se sont améliorées ces dernières années. Les progrès dans les thérapeutiques en sont à l'origine mais le système de santé et la société doivent s'adapter à ces parcours souvent très longs. Le cancer est devenu une maladie chronique dans de nombreuses situations.

La prise en charge du cancer concerne plusieurs modalités de traitement, toutes soumises à autorisation : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie. L'articulation avec l'imagerie en termes d'accès diagnostique reste essentielle. Les autorisations d'activité de traitement du cancer délivrées en Pays de la Loire permettent de s'assurer du respect des normes et de

l'atteinte des seuils d'activités, garantissant une prise en charge de qualité au patient. Suite à l'autorisation de nouvelles implantations entre 2012 et 2016 en Pays de la Loire (+10 dont 6 pour le bassin de Saint Nazaire), l'offre de soins des traitements du cancer apparaît aujourd'hui équilibrée à l'exception de la chirurgie des cancers du thorax, puisque la Vendée ne dispose d'aucune offre dans ce domaine.

Concernant l'accessibilité, le maillage de proximité a été optimisé : le développement des sites associés en chimiothérapie s'est développé y compris pour les structures d'HAD de la région. L'objectif à terme est que l'ensemble des 10 structures HAD de la région puisse réaliser de la chimiothérapie en tant que site associé à au moins un établissement autorisé, en partenariat avec le réseau ONCOPL dans le volet de formation des professionnels salariés et libéraux. Un suivi précis des conventions de sites associés sera mis en place par l'agence afin de s'assurer la qualité de la prise en charge des patients et du respect des normes. Par ailleurs, la chimiothérapie continue de progresser (+30 % entre 2012 et 2016), principalement en hospitalisation à temps partiel, et 13 établissements concentrent 91 % de cette activité (contre 9 en 2012), traduisant l'effort de proximité souhaité par l'agence.

La prise en charge en proximité et de qualité pour les enfants repose dorénavant sur une organisation graduée des plateaux techniques de cancérologie pédiatrique à un niveau régional pour l'accès aux soins de support, y compris ceux effectués au domicile. L'accès à des soins adaptés, pour les personnes âgées atteintes de cancer, a été amélioré. Le réseau régional de cancérologie joue un rôle majeur dans la coordination, l'appui aux professionnels, la qualité des pratiques, le développement de l'expertise et du recours ainsi que l'information et la communication. Il comporte aujourd'hui 3 branches : généraliste, gériatrique (ex UCOG) et pédiatrique. Le lien avec le premier recours, dont une expérimentation sur 3 territoires de la région est en cours, devra être amplifié, tout comme l'évolution des missions du réseau pour garantir la qualité des pratiques, l'accès à la formation et la poursuite des projets structurants (DCC, PPS,...). Les coopérations entre les deux CHU de la région et ICO ont abouti à la création du GCS IRCAN.

Les enjeux de demain sont de trois ordres :

- Organisation des soins
- Coordination des acteurs et l'implication du premier recours dans le parcours patient
- Le dépistage et la prévention

Objectifs

Objectif 1 : Améliorer l'organisation des soins, l'accès à l'imagerie, aux soins de support et aux essais cliniques pour mieux répondre aux besoins dans un contexte de qualité et de réduction des inégalités.

- Poursuivre le suivi de l'activité et du respect des seuils pour contribuer à la qualité
- Faire évoluer les missions du réseau régional de cancérologie en lien avec le dispositif 3C pour garantir la qualité des pratiques, l'accès à la formation et permettre la poursuite des projets structurants (DCC, PPS, zone d'annonce, projets spécifiques, diffusion de bonnes pratiques en éducation thérapeutique...)

Objectif 2 : Développer et amplifier la coordination des acteurs, favoriser l'implication des acteurs du 1er recours pour optimiser le parcours

- Renforcer l'offre de soins autorisée en autorisant une offre de chirurgie du thorax en Vendée
- Elargir l'offre de prise en charge de la chimiothérapie en HAD à l'ensemble de la région avec l'appui du réseau régional de cancérologie
- Poursuivre l'accès aux soins de support : soins palliatifs, prise en charge de la douleur....
- En fonction de l'évaluation conduite par la DGOS sur le dispositif « IDE de parcours », l'étendre à l'ensemble de la région

Objectif 3 : Innovation

- Favoriser l'accès à l'innovation et aux essais thérapeutiques : rôle des GHT, du réseau régional de cancérologie dans la mise à jour d'un registre des essais cliniques

Objectif 4 : Amplifier la prévention et améliorer la structuration des structures de dépistage

- Inciter au développement de programme d'éducation thérapeutique
- Faire évoluer et régionaliser les structures des dépistages organisés des cancers afin de permettre à tous les ligériens d'accéder aux 3 dépistages organisés (sein, colon, col de l'utérus)
- Amplifier les actions de prévention généralistes et spécifiques (promotion de l'activité physique, réduction du tabagisme, nutrition....)

Indicateurs

Part des séjours en cancérologie en HAD

Proportion de séjours de cancérologie en ambulatoire

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Création d'une activité de chirurgie des cancers thoracique en Vendée.

Création d'une activité de chirurgie des cancers ORL en Mayenne si l'évaluation des besoins complémentaires sont avérés.

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

Implantations

OQOS	BILAN 2017 traitement cancer - entités géographiques										
	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L
DPT	Chirurgie des cancers : digestif	Chirurgie des cancers : sein	Chirurgie des cancers : gynécologie	Chirurgie des cancers : urologie	Chirurgie des cancers : thorax	Chirurgie des cancers : : ORL et maxillo-faciale	Chirurgie des cancers hors soumis à seuil	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	Radiothérapie externe	Curiethérapie	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées
44	8	8	8	8	5	7	14	7	3	2	3
49	7	6	5	4	3	4	8	5	1	1	3
53	3	1	1	2	1	0	4	2	1	0	0
72	4	3	2	3	3	3	5	2	1	0	1
85	5	4	3	3	0	2	5	2	1	0	1
Total	27	22	19	20	12	16	36	18	7	3	8

OQOS	Cible 2022 traitement cancer - entités géographiques										
	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L
DPT	Chirurgie des cancers : digestif	Chirurgie des cancers : sein	Chirurgie des cancers : gynécologie	Chirurgie des cancers : urologie	Chirurgie des cancers : thorax	Chirurgie des cancers : : ORL et maxillo-faciale	Chirurgie des cancers hors soumis à seuil	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	Radiothérapie externe	Curiethérapie	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées
44	8	8	8	8	5	7	14	7	3	2	3
49	7	6	5	4	3	4	8	5	1	1	3
53	3	1	1	2	1	0 à 1	4	2	1	0	0
72	4	3	2	3	3	3	5	2	1	0	1
85	5	4	3	3	1	2	5	2	1	0	1
Total	27	22	19	20	13	16 à 17	36	18	7	3	8

Organisation des activités soumises à autorisation

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

La génétique constitutionnelle post-natale, ou l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne... concernent différentes situations :

- le diagnostic de maladies génétiques (y compris en pré-symptomatique) ; il s'agit essentiellement de maladies rares (pathologies touchant moins de 1/2 000 personnes ; 80 % des maladies rares sont d'origine génétique ; 65 % des maladies rares sont graves et invalidantes). On connaît actuellement plus de 4 000 maladies génétiques différentes, et un test diagnostique existe en France pour un peu plus de 1 500 maladies différentes.
- l'identification de facteurs de risque génétique ayant un impact soit sur la santé, (prédisposition, exemple l'oncogénétique, ou susceptibilité), soit sur la prise en charge thérapeutique de la personne (pharmacogénétique),
- l'identification de mutation ou de réarrangement chromosomique chez les personnes improprement appelées porteur sain, dans le cadre du conseil génétique sur les risques de transmission à la descendance.

La génétique a fait l'objet d'un volet spécifique, non opposable dans le Schéma Inter-régional de l'Organisation des Soins (SIOS).

Zonage

Pour l'activité de soins « Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales », la base du département a été retenue comme zone géographique du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des différentes modalités.

Etat des lieux / contexte

L'organisation régionale de la génétique constitutionnelle post natale s'appuie sur :

- **les professionnels libéraux ou hospitaliers**, où les examens sont prescrits, chez l'enfant comme chez l'adulte, dans deux contextes différents : soit chez des patients, personnes symptomatiques (prescription faite par n'importe quel médecin) ou soit chez des personnes asymptomatiques, porteurs sains (la prescription uniquement dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire de génétique médicale, voir ci-dessous).
- **Les centres et consultations de génétique médicale clinique** (Saint-Nazaire, Nantes, Angers, Cholet, Le Mans et la Roche sur Yon...) ; ils permettent d'établir une prescription plus appropriée d'analyses, une interprétation pertinente des résultats, une information, notamment sur les risques sur la descendance (conseil génétique) et la meilleure orientation du patient.
- **Les filières de prises en charge des maladies rares**, reposant sur les centres de référence et des centres de compétences des maladies rares, labellisés ;

- **Les laboratoires d'analyses médicales autorisés.** Pour la réalisation de l'activité biologique « examen des caractéristiques génétiques d'une personne », les laboratoires sont autorisés selon deux modalités (cytogénétique et/ou génétique moléculaire). Les professionnels biologistes sont agréés par l'Agence de BioMédecine.

Le contexte régional est le suivant :

1 – Un nombre de laboratoires suffisants sur la région pour répondre à l'essentiel de la demande

L'offre de laboratoires autorisés est répartie sur Nantes, Angers, Le Mans et permet de répondre à la demande des patients de la région.

2 – Des difficultés rencontrées dans la région dans l'exercice des activités de génétique constitutionnelle post-natale

Notamment en ce qui concerne :

- La cytogénétique sur certains secteurs de la région (insuffisance de cytogénéticiens)
- Les consultations cliniques de génétique médicale. L'insuffisance des postes de généticiens risque de ne plus permettre de répondre à l'augmentation des demandes (maladies rares, oncogénétique,...). Les nouveaux métiers comme les conseillers en génétique ou les ingénieurs en bio-informatique, sont insuffisamment développés.
- Accès aux équipements mutualisés (plateforme de biologie moléculaire, mutualisés entre différentes disciplines : génétique, oncologie, infectiologie...)

3 – Une problématique complexe touchant des activités communes à d'autres thématiques (DPI, CPDPN, maladies rares, cancers...) et du domaine de compétence d'autres institutions (ABM, Inca..)

4 – Des évolutions technologiques spectaculaires à intégrer

La génétique a vu des modifications importantes de son exercice en lien avec les évolutions technologiques spectaculaires de ces dernières années (CGH array en cytogénétique et séquençage très haut débit).

Les évolutions techniques de Séquençage très haut débit permettent maintenant le séquençage *du génome humain*. Il apparaît *nécessaire de structurer l'accès des patients à ces techniques et plus particulièrement aux futures plateformes génomiques dont l'installation est prévue selon le plan « France Médecine Génomique 2025 »*. Un appel à projet est en cours sur le plan national.

Objectifs

Les objectifs principaux sont les suivants :

1 – pour les patients de la région :

- Pérenniser l'offre en laboratoire sur la région et en assurer sa lisibilité sur les Pays de la Loire ;
- garantir un accès à une consultation de génétique clinique en maintenant et en renforçant le maillage territorial, avec au moins une offre par territoire de santé, éventuellement sous la forme de consultations avancées ;

2 – concernant la qualité et l'innovation :

- identifier et formaliser les circuits de prise en charge des patients, entre les centres de génétique clinique, des centres labellisés « maladies rares » et les laboratoires autorisés ;
- conforter le dispositif existant en oncogénétique (maillage territorial des consultations) et favoriser l'accès aux nouveaux tests de génétique (notamment en lien avec les nouveaux gènes de prédispositions) ;
- faciliter le développement de la pharmacogénétique, notamment au niveau des plateformes de génétique moléculaire ;

Indicateurs

- Données annuelles d'activité des laboratoires (transmises à l'ABM).

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

- Il n'y a pas lieu de prévoir des implantations supplémentaires ;

Implantations

Les décomptes suivants ont été effectués par implantation géographique autorisée (ainsi la présence de deux titulaires d'autorisation sur un même site géographique – même adresse - compte pour deux implantations différentes).

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

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

Analyses de cytogénétique dont la cytogénétique moléculaire				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	2	2	2	
MAINE- ET -LOIRE	1	1	1	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	4	4	4	Pas d'évolution

Analyses de génétique moléculaire				
Territoire de santé	Implantations autorisées	Implantations prévues par le SROS	Implantations à prévoir dans le SRS	Commentaires
LOIRE-ATLANTIQUE	3	3	3	
MAINE- ET -LOIRE	3	3	3	
MAYENNE	0	0	0	
SARTHE	1	1	1	
VENDEE	0	0	0	
AU TOTAL	7	7	7	Pas d'évolution

Activité	Equipements et matériels lourds
----------	---------------------------------

Zonage

Le territoire retenu pour le zonage sera le département. Le maintien de l'échelle départementale pour le zonage se justifie par :

- Un maillage territorial équilibré (absence de taux de fuite important),
- Des équipements implantés en proximité de la population (effort du précédent PRS)
- Une activité qui doit être en adéquation avec les implantations des autres activités de soins (traitement du cancer, chirurgie, urgence,...)
- Une mutualisation des professionnels indispensables qui doit éviter trop de dispersion des équipements
- Des plateaux d'imagerie diversifiés pour attirer les professionnels

Etat des lieux / contexte

En 2012 la région des Pays de la Loire présentait un taux d'équipement faible en IRM et dans une moindre mesure, en scanner. Si ce taux se situe en 2016 à un niveau encore inférieur aux moyennes nationales des équipements installés, il a connu néanmoins une forte progression afin de faciliter l'accès de la population à cette imagerie. Ainsi le taux d'équipement a augmenté entre 2013 et 2016 de 19,5 % pour les scanners (de 41 à 49) ; de 57,7 % pour les IRM (de 26 à 41).

En 2015 l'activité d'IRM progresse de 16 % pour atteindre 211 713 forfaits, de 6% pour les scanners (415 872 forfaits). Mais l'installation tardive entre 2015 et 2016 de 88 % des scanners et 53 % des IRM autorisés ne permet pas encore de mesurer la réelle progression d'activité durant le PRS1. D'autant que la fréquence de suivi des cancers a été multipliée par 3 en 5 ans, voire parfois 6, pour un même patient. De plus l'activité interventionnelle prend son essor. En médecine nucléaire, le nombre d'actes en gamma-caméra se stabilise au profit du TEP qui continue de croître de 10 à 20 % par an du fait de prescriptions beaucoup plus importantes pour le TEP dans le cadre de l'oncologie.

Toutefois le délai d'accès n'a pas diminué et le déficit régional en radiologues reste patent, aggravé par la demande croissante d'imagerie médicale, diagnostique et interventionnelle. Les besoins en matière de médecine nucléaire augmentent également. La densité médicale est de 8,5 alors que la moyenne nationale est de 12,8, ce qui se traduit par la vacance d'un nombre élevé de postes de PH et la fermeture de cabinets de radiologie conventionnelle. De plus la pyramide des âges est défavorable (21 % des radiologues ont plus de 59 ans). Aussi le déficit va t'il se creuser d'ici 5 à 7 ans d'autant que les capacités de formation sont limitées

malgré une hausse du nombre d'internes de 8 à 13 entre 2011 et 2015. En ce qui concerne les manipulateurs, leur effectif est inférieur de 16,7 % à la moyenne nationale et leur formation apparaît peu attractive en Pays de la Loire. A contrario, la médecine nucléaire ne connaît pas de difficulté de recrutement.

La dynamique de mutualisation a été renforcée par la création de 5 GIE et la mobilisation de 5 autres GIE en vue de l'acquisition d'un nouvel équipement. Le parc IRM s'est diversifié de 8 appareils ostéo-articulaires sur les 15 autorisés. L'efficacité de fonctionnement des équipements s'est maintenue : ainsi leur moyenne d'activité est supérieure à l'activité de référence de la réglementation qui est de 4750 actes par IRM de 1.5 Tesla et de 6000 forfaits par scanner. En revanche le délai de rendez-vous médian n'a pas diminué malgré l'augmentation du nombre d'équipements, et il est même plus élevé pour l'accès aux scanners.

Ainsi, afin de préserver une imagerie de pointe en prenant en compte les évolutions des techniques (développement de l'IRM et de ses indications, médecine nucléaire), une optimisation des ressources disponibles et une restructuration de l'offre par une organisation territoriale adaptée aux besoins des patients s'imposent.

Les enjeux sont donc de :

- Réduire les irradiations évitables
- Assurer une organisation territoriale efficiente par la restructuration de l'offre et la mutualisation de l'accès aux plateaux techniques et par l'optimisation et la fédération des ressources humaines
- Accompagner l'innovation et la recherche
- Rénover la gouvernance

Objectifs

Objectif 1 : qualité / sécurité

- Généraliser le recours sur site à des compétences de radio-physiciens dans tous les établissements et cabinets où sont installés des équipements à rayonnements ionisants afin de mettre en œuvre des protocoles optimisant la dose reçue,
- Réaliser à chaque fois que possible les examens demandés sur des appareils non irradiants (IRM) ou moins irradiants (TEP) en laissant la possibilité au radiologue de valider la demande d'examen.
- Promouvoir les démarches qualités / management de la qualité

Objectif 2 : Pertinence / efficience

- Encourager le regroupement des EML (IRM et scanners) et des radiologues sur un même plateau technique diversifié et spécialisé afin d'optimiser le fonctionnement des appareils et celui du temps médical,
- Améliorer l'accès à l'IRM pour les urgences neurologiques
- Renforcer le nombre d'IRM dans les départements n'ayant pas atteint le taux cible du PRS1

- Sécuriser l'activité de téléradiologie avec les hôpitaux périphériques et les cabinets conventionnels qui ne disposent plus de radiologues : protocoles et procédures circonstanciés appliqués par des manipulateurs expérimentés, supervision et présence régulière sur site d'un membre d'une équipe de radiologues d'un centre plus important,
- Partager l'information et les échanges d'images entre les établissements et avec les cabinets d'un même territoire
- Mutualiser les secrétariats des EML afin d'orienter le patient vers la machine la moins occupée et réduire ainsi le délai de rendez-vous
- Promouvoir les délégations de compétences aux manipulateurs afin de libérer du temps médical
- Poursuivre l'utilisation conjointe publique-privée d'EML par des coopérations équilibrées

Objectif 3 : Accompagner l'innovation et la recherche

- Structurer un projet régional fédératif de TEP/IRM associant l'ensemble des médecins nucléaires de la région, hospitaliers et libéraux, en partenariat avec des radiologues (à visée oncologique) et en complémentarité avec l'équipement de la région Bretagne (à visée neurologique)
- Favoriser l'installation de TEP (+5) et le remplacement des EML nucléaires par des hybrides en fonction de l'utilisation
- Remplacer les scanners par des appareils moins irradiants et plus efficaces
- Expérimenter la PDSES en télé-imagerie en Vendée et structurer un projet dans les autres

Objectif 4 : Installer une gouvernance régionale partagée et décloisonnée

- Pérenniser l'observatoire de l'imagerie médicale en région en y intégrant l'imagerie conventionnelle, interventionnelle et la médecine nucléaire
- Constituer une instance régionale de concertation avec l'ensemble des professionnels de l'imagerie (radiologues, médecins nucléaires, chirurgien, cardiologue, manip radio,...) ; l'assurance maladie et les fédérations pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique régionale en imagerie

Objectif 5 : Prévention

- Mener des actions de communication auprès des patients et des professionnels de santé pour informer des risques d'une sur exposition à l'imagerie

Indicateurs

- Part des établissements et cabinets de radiologie ayant eu recours à un radiophysicien sur site
- Part des sites ionisants où les professionnels ont reçu une formation à la radioprotection des patients
- Evolution du nombre d'actes d'IRM et de scanners par structure
- Part des territoires ayant regroupé les équipements lourds et mutualiser les équipes
- Nombre d'IRM ouverts 24h/24
- Taux d'équipement en IRM/département
- Evolution du nombre de cabinets libéraux fonctionnant en téléradiologie
- Part des sites avec délégations de compétence aux manipulateurs
- Nombre de GIE
- Nombre de PDSES en télé imagerie
- Nombre de TEP et d'EML hybrides
- Evolution du délai médian de rendez vous
- Nombre de réunions de concertation régionale

Créations / transformations / regroupements / coopérations

Outre les mouvements de regroupements et coopérations recommandés par territoire de santé, l'évolution attendue est la suivante :

➤ **Scanner : aucune création**

Aucune nouvelle implantation n'est prévue jusqu'au bilan de mi étape du PRS2, compte-tenu, d'une part de l'installation récente de 88 % de scanners autorisés et de la nécessité de mesurer l'impact en terme d'activité ; d'autre part, de la nécessaire maîtrise des doses d'exposition.

Chaque remplacement de scanographe bénéficiera des nouvelles technologies avec diminution des doses.

➤ **IRM : +7 dont une implantation pour le TEP/IRM dont la répartition est la suivante :**

Afin d'harmoniser le parc d'équipements sur la région : 1 IRM supplémentaire en Loire Atlantique, 2 en Vendée et 1 en Sarthe

Afin d'améliorer l'accès aux urgences neurologiques (et pédiatriques): 1 IRM dédié en 44 et en 49, accessibilité à 1 IRM existant 24h/24 dans les 3 autres départements

Sans données stabilisées à ce jour et dans l'attente d'une évaluation précise de l'activité des IRM « **ostéo-articulaires** », les autorisations pour ces équipements seront reconduites à l'identique si une demande de renouvellement est formulée par le détenteur de l'autorisation et s'il respecte les normes et la procédure d'évaluation en vigueur.

Concernant les IRM 3 Tesla, ils sont adossés à des IRM 1,5 Tesla renforçant ainsi le parc d'équipements sur site..

Le TEP/IRM, a vocation régionale, est également comptabilisé en IRM

➤ **Gamma-caméra : +1**

Une nouvelle implantation sur le territoire de Cholet pour favoriser l'accessibilité à cet équipement pour les habitants du choletais et pour répondre à la saturation des équipements sur Angers.

Les EML nucléaires seront remplacés par des équipements plus performantes et moins irradiantes avec ou sans scanner en fonction de l'utilisation.

➤ **TEP : + 6 dont le TEP régional**

Afin de couvrir les nouveaux besoins pour les 5 ans à venir : installer 2 TEP en Loire Atlantique, 1 en Maine et Loire, 1 en Sarthe et 1 en Vendée.

1 TEP/IRM à vocation régional est programmé dans les implantations de la Loire Atlantique

➤ **Imagerie conventionnelle**

Pour éviter la fermeture de cabinets en l'absence de radiologues, un maillage territorial par téléradiologie sera organisé avec des équipes de radiologues du territoire.

Implantations

Les implantations prévues ci-dessous sont des cibles d'équipements installés à échéance 2020. La révision du régime des autorisations prévue à cette date permettra de réviser ces cibles en s'appuyant sur les données actualisées d'activité et permettra de prendre en compte les équipements installés lors des 3 prochaines années.

Lors du renouvellement des autorisations d'IRM ostéoarticulaires, l'adéquation de ces équipements spécialisés avec les besoins territoriaux sera évaluée. Le remplacement de ces IRM ostéoarticulaires par des IRM polyvalents pourra être envisagé.

Territoire de santé	IRM	Implantations cibles
Loire-Atlantique	15	18
Maine et Loire	10	11
Mayenne	4	4
Sarthe	6	7
Vendée	6	8

Territoire de santé	scanner	Implantations cibles
Loire-Atlantique	18	18
Maine et Loire	12	12
Mayenne	4	4
Sarthe	9	9
Vendée	8	8

Territoire de santé	TEP	Implantations cibles
Loire-Atlantique	3	6
Maine et Loire	2	3
Mayenne	0	1
Sarthe	1	2
Vendée	1	2

Territoire de santé	Gamma-caméra	Implantations cibles
Loire-Atlantique	12	12
Maine et Loire	5	6
Mayenne	1	1
Sarthe	4	4
Vendée	2	2

Activité

Biologie médicale

Etat des lieux

La région Pays de la Loire comporte 194 sites de laboratoires de biologie médicale, publics ou privés. 98,7 % des communes de la région sont situées à moins de 30 minutes d'un site de laboratoire de biologie médicale privé ouvert au public.

La répartition territoriale de l'offre de biologie médicale est particulièrement satisfaisante en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire. En revanche, il est constaté qu'en Mayenne, en Vendée et surtout en Sarthe, les territoires de certains établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ne disposent d'aucune implantation de sites.

Dans ces trois départements, la densité d'habitants pour un site de laboratoire est par ailleurs importante. Par ailleurs, en Sarthe et en Vendée, la consommation d'actes de biologie médicale est en augmentation substantielle depuis 2012. La Vendée est de plus le département de la région Pays de la Loire au sein duquel l'augmentation de population à horizon 2022 devrait être la plus conséquente.

Les départements de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée sont en outre les trois zones au sein desquelles la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population globale est la plus élevée de la région, avec les indices de vieillissement les plus élevés également. Or, dans la région Pays de la Loire, la consommation d'actes de biologie médicale augmente très sensiblement à partir de 60 ans.

Par ailleurs, un phénomène de concentration d'une partie importante de l'activité de biologie médicale d'un département sur un seul opérateur privé est observé en particulier en Sarthe et en Mayenne. Bien qu'au niveau de la région, la répartition de l'activité entre les laboratoires de biologie médicale publics et privés soit d'environ 40 % pour le secteur public et 60 % pour le secteur privé, le secteur privé occupe toutefois une part beaucoup plus prépondérante dans l'offre de biologie médicale dans les départements de la Mayenne, de la Vendée et surtout de la Sarthe (près de 75 % de l'activité de biologie médicale est réalisée par des laboratoires privés dans ce département).

Objectifs

Le PRS 2018-2022 doit veiller à la conservation d'une répartition géographique de l'offre de biologie médicale permettant de répondre aux besoins de l'ensemble des ligériens, notamment au regard de l'évolution prévisible de la population dans la région.

Les zones de référence pour l'application des règles de territorialité propres aux laboratoires de biologie médicale doivent ainsi être délimitées de façon à ce que soit garantie la continuité de l'offre de biologie médicale dans chaque zone.

L'objectif est toutefois de résorber l'hétérogénéité territoriale constatée entre la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire, départements où l'offre actuelle est suffisante pour couvrir les besoins existants ou prévisibles, et la Mayenne, la Sarthe et la Vendée, où plusieurs facteurs de fragilisation de l'offre ont été identifiés. Cette péréquation de l'offre au sein de la région pourra notamment être favorisée par la facilitation des installations de nouveaux sites voire de nouveaux laboratoires principalement dans les départements de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée.

Zonage

Pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité (telles que 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 du code de la santé publique), sont délimitées cinq zones en Pays de la Loire, correspondant aux limites départementales : Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Sarthe (72) et Vendée (85).

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.

Conformément à l'article R. 1434-32 du code de la santé publique, ces zones sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du préfet de région et de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Définition de l'offre d'examens de biologie médicale en fonctions des besoins de la population

Dans la perspective de l'accréditation de tous les LBM à hauteur de 100 % d'activité d'ici le 31 octobre 2020, les besoins de la population dans chaque zone, pour l'appréciation de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-2 du code de la santé publique, sont définis comme suit :

Zone	Besoins de la population
Loire-Atlantique	19 387 469 examens de biologie médicale par an
Maine et Loire	13 207 455 examens de biologie médicale par an
Mayenne	3 380 121 examens de biologie médicale par an
Sarthe	9 829 279 examens de biologie médicale par an
Vendée	9 336 914 examens de biologie médicale par an

Volet

Permanence des soins en établissements de santé

Zonage

Le zonage proposé est celui du territoire de démocratie sanitaire à savoir le département ce qui est justifié par un accès aux spécialités médicales et chirurgicales organisé à l'échelle départementale avec un temps d'accès satisfaisant pour les gestes devant être effectués en urgence, grâce à un maillage d'au moins 2 sites géographiques distincts par département

Une zone supplémentaire, représentant toute la région des Pays de la Loire, sera utilisée pour les spécialités organisées à l'échelle régionale.

Etat des lieux / contexte

Introduction

Le volet dédié à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé fixe des objectifs, pour les zones du schéma régional de santé, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation (L 6111-41 du Code de santé publique)

La PDSES 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 à partir de 20H jusqu'à 8H, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8H à 20H

Un premier schéma d'organisation de la PDSES a été mis en œuvre dans le cadre du PRS 2012-2016. Son évaluation a servi de base pour l'élaboration du volet PDSES de ce PRS. Ainsi ont été prises en compte les évolutions dans l'évaluation des besoins de la population, dans les coopérations entre les acteurs, dans l'effectivité du service rendu.

Constat PRS1- Problématiques rencontrées - Principes/enjeux

L'ARS n'a reçu aucun signal ou information mettant en évidence une insuffisance de l'offre de permanence des soins.

Pour une même spécialité, tous les sites figurant dans l'actuel schéma de PDSES n'ont pas la même capacité à prendre en charge les urgences les plus lourdes tout au long de l'année. A titre d'exemple, ce constat a été fait pour les urgences maxillo-faciales.

Le maintien de certaines disciplines dans le schéma d'organisation de la PDSES, comme la néphrologie, se pose dès lors que la part « continuité des soins » paraît prédominante par

rapport à la part « permanence des soins » selon la définition qui en est donnée. Par ailleurs, l'impact de la mise en place des projets médicaux partagés des GHT sur l'organisation des activités médicotechniques, comme la pharmacie ou la biologie, doit être pris en compte.

L'indemnisation des établissements pour la PDSES prend en compte le niveau d'activité sur les heures de permanence des soins ainsi que les normes pour les activités règlementées mais elle n'a pas vocation à prendre en charge les surcoûts liés aux mesures d'attractivité éventuellement mises en place par les établissements.

Le schéma du PRS précédent n'a reconnu, pour l'imagerie médicale, que l'existant financé, dans l'attente de projets territoriaux. Il conviendra de poursuivre l'élaboration de ces projets territoriaux, à même de couvrir une ou plusieurs zones du schéma régional de santé. L'utilisation de la télé-imagerie et la coopération entre professionnels de santé sera à prendre en considération dans un contexte de ressource médicale restreinte.

(*) GHT : groupement hospitalier de territoire

(**) PDSES : permanence des soins en établissements de santé

Objectifs

Objectif 1(Sécurité) : Garantir l'accès aux spécialités mobilisées sur les heures de permanence des soins par un maillage satisfaisant en lignes de PDSES et dans une logique de filière de soins graduée.

- Toutes les structures mobilisées pour la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie n'ont pas la même capacité à prendre en charge les urgences maxillo-faciales les plus graves. La qualification de l'astreinte en astreinte de chirurgie maxillo-faciale ou d'astreinte de chirurgie orale dépendra de cette capacité à prendre en charge ce type d'urgence. L'information sera transmise aux SAMU pour permettre l'orientation de ces patients vers une structure de référence.
- Pour la cardiologie, le schéma prévoit une garde d'USIC et une astreinte opérationnelle de cardiologue par site disposant d'un plateau technique d'angioplastie.
- La reconnaissance et le financement d'une demi-astreinte ou d'une astreinte de WE supplémentaires d'ORL et de gastro-entérologie sur les sites de Nantes et Angers dépendront de la mise en évidence de besoins nouveaux ou de besoins insuffisamment couverts, générant des difficultés dans le parcours des patients.

Objectif 2 (Parcours patient) : Dans un souci d'optimisation de la ressource médicale, le développement ou le maintien des astreintes mutualisées ou partagées sont recommandés.

- Les modalités d'organisation des astreintes mutualisées ou partagées feront l'objet d'une convention inter établissement incluant l'évaluation de leur fonctionnement.
- Le dialogue contractuel sera le levier pour le développement des astreintes partagées.

Objectif 3 (Innovation) : Faire évoluer l'organisation de la permanence en imagerie médicale vers des organisations territoriales, associant les praticiens libéraux et utilisant la télé-imagerie.

Objectif 4 (Efficience) : Veiller à une juste indemnisation de la permanence des soins

- Pour la pharmacie, majoritairement mobilisée pour la continuité des soins, une organisation par GHT(*) sera recherchée. L'indemnisation des établissements par l'enveloppe PDSES (**) sera limitée à une astreinte pour chaque établissement du GHT disposant d'une activité de réanimation.
- L'organisation de la permanence des biologistes pourra être modifiée en fonction des organisations mises en place dans le cadre des GHT dans le respect de la réglementation et dans une optique d'efficience.
- La majorité de l'activité de néphrologie sur les heures de PDSES relevant de la continuité des soins, l'indemnisation au titre de la PDSES ne prendra en charge que 4 astreintes opérationnelles complètes et 3 demi-astreintes opérationnelles pour l'ensemble de la région.

Objectif 5 (Prévention) : Garantir la bonne information des centres 15 pour permettre une bonne orientation des patients.

Indicateurs

- Taux de réalisation du schéma cible
- Activité de PDSES par spécialité et par établissement : appels, déplacements, interventions, admissions en hospitalisation avec un recueil prospectif des indicateurs par les établissements.
- Nombre de transferts organisés par les urgences et les SMUR, liés à un défaut de fonctionnement de la PDSES

Créations / suppressions / transformations / regroupements / coopérations

Les spécialités figurant au précédent schéma de permanence des soins ont toutes été maintenues et une nouvelle spécialité a été ajoutée : la néphropédiatrie.

Les lignes d'orthopédie à Ancenis, à la Ferté Bernard et la ligne de chirurgie viscérale à La Ferté Bernard sont supprimées.

Conformément à l'article R 6111-41, le volet dédié à l'organisation de la permanence des soins est un élément opposable du Projet Régional de Santé.

Ce volet peut être révisé chaque année et selon des modalités spécifiques et dérogatoire aux dispositions du R 1434-1 qui concernent le Projet Régional de Santé. Ainsi le volet révisé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le délai pour rendre l'avis est de deux mois.

Implantations

Sont reconnues les modalités suivantes : la garde (G), l'astreinte opérationnelle (AO), la demi astreinte opérationnelle (1/2AO couvrant le début de nuit jusqu'à minuit, le samedi après-midi, le dimanche et jours fériés), la demi-garde/demi-astreinte (1/2G/1/2AO avec passage de garde en astreinte en nuit profonde et le WE), l'astreinte opérationnelle de WE (AO WE), l'astreinte rémunérée en appels exceptionnels (AE), la demi-astreinte avec versement du forfait nuit profonde en cas de déplacement (AO+/-NP)

Zone Région		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Neurochirurgie	2 AO (Nantes, Angers)	2 AO (Nantes, Angers)
Chirurgie cardiaque (adulte et pédiatrique)	3 AO (2 Nantes 1 Angers)	3 AO (2 Nantes 1 Angers)
Grands brûlés	1 AO (Nantes)	1 AO (Nantes)
Chirurgie infantile	1[1/2G1/2AO] (Nantes) 4 AO (1 Nantes, 2 Angers, 1 Le Mans) 1/2AO (Le Mans)	1[1/2G1/2AO] (Nantes) 4 AO (1 Nantes, 2 Angers, 1 Le Mans) 1/2AO (Le Mans)
Chirurgie main	3 AO (Nantes, Angers, Le Mans)	3 AO (Nantes, Angers, Le Mans)
Anesthésie	Chir.card. 3 AO (2Nantes 1 Angers) Neurochirurgie 1 AO (Angers) Chirurgie pédiatrique 1 G (Nantes) 1AO(Le Mans) Chir.main 2 [1/2AO + appel nuit prof.] (Nantes, Angers)	Chir.card. 3 AO (2Nantes 1 Angers) Neurochirurgie 1 AO (Angers) Chirurgie pédiatrique 1 G (Nantes) 1 AO (Le Mans) Chir.main 2 [1/2AO +/-NP] (Nantes, Angers) 1AO (Le Mans) NRI : 1 AO (Nantes)
Spécialités médicales		
Dermatologie	1 AOWE (Nantes)	1AO WE (Nantes)
Infectiologie	1 AOWE (Nantes)	4 AOWE (Nantes, Angers, Le Mans, La Roche)
Oncohématologie	4 AO (2 Nantes 2 Angers) 2 AOWE (Le Mans, L.Roche)	4 AO (2 Nantes 2 Angers) 2 AOWE (Le Mans, L.Roche)
Rythmologie	A.E (Nantes, Angers, Le Mans)	A.E (Nantes, Angers, Le Mans)
Néphropédiatrie	0	1 AO (Nantes)
Réa pédiatrique	2 G (Nantes, Angers)	2 G (Nantes, Angers)
NRI	2 AO (Nantes, Angers)	2 AO (Nantes, Angers)
Radio.interv.vasc.	2 AO (Nantes, Angers)	2 AO (Nantes, Angers)
Spécialités de pharmacie et biologie		
Biologie spécialisée	5 AO (3 Nantes, 2 Angers) 2 [1/2AO] (Le Mans)	5 AO (3 Nantes, 2 Angers) 2 [1/2AO] (Le Mans)

Zone 72		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Viscéral	4 AO (2 Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB *)	3 AO (2 Le Mans, 1 Bailleul)
Orthopédie	3,5 AO (2 Le Mans, 1 Bailleul, 1/2 LFB)	3 AO (2 Le Mans, 1 Bailleul)
Urologie	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
ORL	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
Maxillofaciale ou Orale	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
Vasculaire	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
Ophtalmologie	1 AO 1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
Maternité		
Gynécologie obstétrique	2 G (2 Le Mans) 1 AO (Bailleul)	2 G (2 Le Mans) 1 AO (Bailleul)
Pédiatrie	2 G (2 le Mans) 1 AO (1 Bailleul)	2 G (2 le Mans) 1 AO (1 Bailleul)
Anesthésie		
Anesthésie	4 G (3 Le Mans 1 Bailleul) 3 AO (1 Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB)	1 G (1 Le Mans) 1 AO (Le Mans) Anesthésie couvrant la maternité : 2 G (2 Le Mans) 1 AO (Bailleul)
Spécialités médicales		
Médecine polyvalente	5 AOWE (1, Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB, 1 St C, 1 CHdL)	5 AOWE (1, Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB, 1 St C, 1 CHdL)
Cardiologie et USIC	2 G (2 Le Mans) 2 AO (1 Le Mans, 1 Bailleul)	2 G USIC (Le Mans) 2 AO (1 Le Mans 1 Bailleul)
Gastro-entérologie	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (1 Le Mans)
Néphrologie	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (Le Mans)
Pneumologie	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (1 Le Mans)
Neurologie	1 AO (1 Le Mans)	1 AO (1 Le Mans)
Médecine interne Endocrino.	1 AO WE (1 Le Mans)	1 AO WE (1 Le Mans)
Réanimation adulte	2 G (2 Le Mans)	1 G (1 Le Mans)
Radiologie	5 AO (1 Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB, 1 St C **, 1 CHdL ***)	1 G 1 AO (2 Le Mans)
Spécialités de pharmacie et biologie		
Pharmacie	1 AO 4 AOWE (1 Le Mans, 1 Bailleul, 1 LFB, 1 St C, 1 CHdL)	1 AO (1 Le Mans)
Biologie	1 AO 1 AO WE (1 Le Mans, 1 Bailleul)	1 AO 1 AO WE (1 Le Mans, 1 Bailleul)

(*) LFB : La Ferté Bernard (**) St C : Saint-Calais (***) CHdL : Château du Loir

Zone 53		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Viscéral	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)
Orthopédie	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)
Urologie	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
ORL	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
Maxillofaciale ou Orale	0	
Vasculaire	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
Ophtalmologie	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
Maternité		
Gynécologie obstétrique	1 G (Laval) 2 AO (Mayenne, Ch Gontier)	1 G (Laval) 2 AO (Mayenne, Ch Gontier)
Pédiatrie	1 (1/2 G1/2AO) (Laval) 2 AO (Mayenne, Ch Gontier)	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)
Anesthésie		
Anesthésie	3 G (Laval, Mayenne, Ch Gontier) 1AO (Laval)	1 AO (Laval) Anesthésie couvrant la maternité :1 G (Laval) 2 AO (Mayenne, Ch Gontier)
Spécialités médicales		
Médecine polyvalente	3 AO WE (Laval, Mayenne, Ch Gontier)	3 AO WE (Laval, Mayenne, Ch Gontier)
Cardiologie et USIC	1G (Laval) 3 AO (Ch Gontier ,Laval, Mayenne,)	1G (Laval) 3 AO (Laval, Mayenne,) Ch Gontier
Gastro-entérologie	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
Néphrologie	1 AO (Laval)	1/2 AO (Laval)
Pneumologie	1 AO (Laval)	1 AO (Laval)
Neurologie	0	0
Médecine interne Endocrino.	0	0
Réanimation adulte	1G (Laval)	1G (Laval)
Radiologie	3 AO (Laval, Mayenne, Ch Gontier)	1 G (Organisation territoriale)
Spécialités de pharmacie et biologie		
Pharmacie	1 AO (Laval) 2 AO WE (Mayenne, Ch Gontier)	1 AO (Laval)
Biologie	1 AO (Laval) 1 AO WE (Ch Gontier)	1 AO (Laval) 1 AO WE (Ch Gontier)

Zone 49		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Viscéral	1 G (Angers) 3 AO (Angers, Cholet, Saumur)	1 G (Angers) 3 AO (Angers, Cholet, Saumur)
Orthopédie	1 G (Angers) 3 AO (Angers, Cholet, Saumur)	1 G (Angers) 3 AO (Angers, Cholet, Saumur)
Urologie	1 AO (Angers) 1/2AO (Angers) 1 AO (Cholet)	1 AO (Angers) 1/2AO (Angers) 1 AO (Cholet)
ORL	2 AO (Angers, Cholet)	2 AO (Angers, Cholet) 1/2 AO (Angers)
Maxillofacial ou chirurgie orale	1 AO (Angers)	1 AO (Angers)
Vasculaire	2 AO (Angers, Cholet)	2 AO (Angers, Cholet)
Ophtalmologie	2 AO (Angers, Cholet)	2 AO (Angers, Cholet)
Maternité		
Gynécologie obstétrique	3G (Angers, Cholet) 2 AO (Angers, Saumur)	3 G (2Angers, 1Cholet) 2 AO (1 Angers, 1 Saumur)
Pédiatrie	2 G (Angers, Cholet) 2 AO (Saumur, Angers)	2 G (Angers, Cholet) 2 AO (Saumur, Angers)
Anesthésie		
Anesthésie	5 G (Angers, Cholet, Saumur) 1 [1/2G 1/2AO] (Cholet) 2AO (Angers, Cholet), 1/2AO (Saumur)	1G (Angers) 1[1/2G1/2AO] (Cholet) 1AO (Cholet) 1[1/2AO +/-NP] (Saumur) Anesthésie couvrant la maternité : 3 G (2 Angers, 1 Cholet) 1 AO (Saumur)
Spécialités médicales		
Médecine polyvalente	4 AO WE (Angers, Cholet, Saumur, Beaupreau)	4 AO WE (Angers, Cholet, Saumur, Beaupreau)
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	2 G (Angers) 3 AO (Cholet, Saumur, Angers)	2 G Angers 1G Cholet 2 AO Angers 1 AO Saumur
Gastro-entérologie	2 AO (Angers, Cholet)	1 AO Angers 1 AO Cholet 1 AO WE Angers
Néphrologie	2 AO (Angers, Cholet)	1 AO Angers 1/2AO Cholet
Pneumologie	2 AO (Angers, Cholet)	1 AO Angers 1 AO Cholet
Neurologie	1 AO (Angers)	1 G Angers
Médecine interne Endocrino. Réanimation adulte	1 AO WE (Angers)	1 AO WE (Angers)
	4 G (3 Angers, 1 Cholet)	3 G Angers, 1 G Cholet
Radiologie	1 G (Angers) 3 AO (Angers, Cholet, Saumur)	1 G Angers 1 AO Angers-Saumur 1 AO Cholet
Spécialités de pharmacie et biologie		
Pharmacie	2 AO (Angers, Cholet) 1 AO WE (Saumur)	2 AO (Angers, Cholet)
Biologie	2 AO (Angers) 2 AO WE (Saumur, Cholet)	2 AO (Angers) 2 AO WE (Saumur, Cholet)

Zone 85		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Viscéral	1 [1/2G/1/2AO] (L.Roche) 4 AO (1L.Roche,1 Sables,1 Fontenay, 1Challans)	1 [1/2G/1/2AO] La Roche 1 AO L.Roche,1 AO Sables,1 AO Fontenay, 1 AO Challans
Orthopédie	5 AO (2 LRoche,1 Sables, 1 Challans, 1 Fontenay)	4 AO (1 LRoche,1 Sables, 1 Challans, 1 Fontenay) ½ AO (LRoche)
Urologie	2 AO (2 LRoche)	2 AO L.Roche (dont une AO commune avec Les Sables)
ORL	1 AO (L.Roche)	1 AO L.Roche
Maxillofacial et chirurgie orale	1 AO (LRoche)	1 AO L.Roche
Vasculaire	1 AO (LRoche)	1 AO L.Roche
Ophtalmologie	1 AO (LRoche)	1 AO L.Roche
Maternité		
Gynécologie obstétrique	1 G 4 AO (2L.Roche,1 Sables,1 Fontenay, 1Challans)	1 G (L.Roche) 3 AO (1L.Roche,1 Sables,1 Fontenay, 1Challans)
Pédiatrie	1 G 3 AO (2L.Roche,1 Sables,1 Fontenay)	1 G (L.Roche) 3 AO (1L.Roche,1 Sables,1 Fontenay)
Anesthésie		
Anesthésie	3 G (2 L.Roche, 1 Challans) 3 AO (La Roche, Sables, Fontenay) 2 [1/2]AO (Sables, Fontenay)	1 G (L.Roche) 2[1/2AO +/-NP] (Sables, Fontenay) Anesthésie couvrant la maternité 1 G (L.Roche) 1 AO Les Sables 1 AO Fontenay Anesthésie mutualisée maternité-chirurgie: 1 AO Challans, 1 AO L.Roche
Spécialités médicales		
Médecine polyvalente	1/2 AO (Fontenay) 3 AO WE (L.Roche, Challans , Les Sables)	2 AO WE L.Roche, 1 AO WE Challans, 1 AO WE Les Sables,1 AO WE Fontenay
Cardiologie et USIC	1 G (L.Roche) 4 AO (L.Roche,Sables, Fontenay, Challans)	1 G L.Roche 4 AO 1 AO L.Roche 1 AO,Sables, 1 AO Fontenay, 1 AO Challans
Gastro-entérologie	1 AO (L.Roche) 2 AO WE (Sables, Challans)	1 AO L.Roche
Néphrologie	1 AO (L.Roche)	1 AO (L.Roche)
Pneumologie	1 AO (L.Roche)	1 AO (L.Roche)
Neurologie	1 AO (L.Roche)	1 AO (L.Roche)
Médecine interne Endocrino.	1 AO WE (L.Roche)	1 AO WE (L.Roche)
Réanimation adulte	1 G (L.Roche)	1 G (L.Roche)
Radiologie	3 AO (L.Roche, Sables, Challans)	1 AO L.Roche 1 AO (Sables, Challans) 1 AO (Fontenay, Sables)

Spécialités de pharmacie et biologie		
Pharmacie	1 AO (L.Roche) 3 AO WE (Sables, Challans, Fontenay)	1 AO L.Roche
Biologie	1 AO (L.Roche) 3 AO WE (Sables, Challans, Fontenay)	1 AO L.Roche 1 AO WE Sables, 1 AO WE Challans, 1 AO WE Fontenay

Zone 44		
Spécialités	PRS 1	Cible
Spécialités chirurgicales		
Viscéral	5 AO (2 Nantes, 1 Chat., 1 St.N., 1 Ancenis)	2 AO Nantes, 1 AO Chat., 1 AO St.N., 1 AO Ancenis
Orthopédie	1 G (Nantes) 3AO (Nantes, St.N. Chat.) 1[1/2AO] (Ancenis)	1 G Nantes 1 AO Nantes, 1 AO St.N. 1 AO Chat.
Urologie	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes, 1 AO St.N
ORL	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes, 1 AO St.N
Maxillofacial et chirurgie orale	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes, 1 AO St.N
Vasculaire	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes, 1 AO St.N
Ophtalmologie	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes, 1 AO St.N
Maternité		
Gynécologie obstétrique	4 G (3 Nantes, 1 St.N) 3 AO (Nantes, Ancenis, Chat.)	3 G Nantes, 1 G St.N 1 AO Nantes, 1 AO Ancenis, 1 AO Chat.
Pédiatrie	2 G (Nantes, St.N.) 3AO (2 Nantes, 1 Chat.)	1 G Nantes, 1 G St.N. 2 AO Nantes, 1 AO Chat.
Anesthésie		
Anesthésie	7 G (5 Nantes, 1 Ancenis, 1 St.N *) 2 AO (Nantes, Chat.**) 1/2AO (Chat.) 1[1/2G1/2AO] (St.N)	2 G (Nantes) 1[1/2G1/2AO] (St.N.), 1[1/2 AO +/-NP] (Chat.) Anesthésie couvrant la maternité: 3 G Nantes, 1 G St.N 1 AO Ancenis, 1 AO Chat.

Spécialités médicales		
Médecine polyvalente	2 [1/2AO] (Nantes,St.N) 2 AO WE (Ancenis, Chat.)	2 AO WE Nantes, 1 AO WE St.N, 1 AO WE Ancenis, 1 AO WE Chat.
Cardiologie etUSIC	3G (2 Nantes,1 St.N.) 3AO (1 Nantes, 1St.N,1Chat.)	2 G Nantes,1 G St.N , 2 AO Nantes, 1 AO St.N,1 AO Chat.
Gastro-entérologie	2 AO (1 Nantes, 1 St.N) 1AOWE (Chat.)	1 AO Nantes, 1 AO St.N 1 AO WE Nantes 1 AO WE Chat.
Néphrologie	2 AO (1 Nantes, 1 St.N)	1 AO Nantes 1/2 AO St.N
Pneumologie	1 G(Nantes) 1 AO (St.N)	1 G Nantes 1 AO St.N
Neurologie	1 G(Nantes) 1 AO (St.N)	1 G Nantes 1 AO St.N
Médecine int Endocrino.	1 AO WE (Nantes)	1 AO WE Nantes
Réanimation adulte	4 G (3 Nantes, 1 St.N)	3 G Nantes, 1 G St.N
Radiologie	1 G (Nantes) 3AO (Ancenis, StN. Chat.)	1 G Nantes 1 AO Chat. 1 AO St.N 1 AO 50 % Ancenis ***
Spécialités de pharmacie et biologie		
Pharmacie	2 AO (Nantes, StN.) 2 AO WE (Chat. Ancenis)	1 AO Nantes, 1 AO StN.
Biologie	3 AO (2 Nantes, 1 StN.) 2 AO WE (Chat. Ancenis)	2 AO Nantes, 1 AO StN. 1 AO WE Chat. 1 AO WE Ancenis

(*) StN. : Saint-Nazaire (**) Chat : Chateaubriant

(***) Radiologie Ancenis : l'autre 50 % relève d'une astreinte couvrant également des sites vendéens et faisant intervenir des praticiens libéraux.

**Livrets du PRS1 en relation avec les activités soumises à autorisation,
et son schéma d'implantation, le schéma de biologie et le schéma de permanence
des soins en établissement**

Evaluation des besoins sanitaires – Synthèse

Médecine

Chirurgie

Gynécologie-Obstétrique

Santé et accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique

Soins de Suite et de Réadaptation - Synthèse

Soins de suite spécialisés - Affections cardio-vasculaires

Soins de suite spécialisés - Affections respiratoires

Soins de suite spécialisés - Addictions

Soins de suite spécialisés - Digestif

Soins de suite spécialisés - Neurologie

Soins de suite spécialisés - Locomoteur

Unités de Soins de longue durée (USDL)

Cardiologie interventionnelle

Soins non programmés

Soins critiques (Réanimation, USC et USI)

Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extrarénale

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Diagnostic prénatal (DPN) - Génétique constitutionnelle post-natale

Traitement du Cancer

Imagerie, équipements et matériels lourds

Biologie médicale de ville et hospitalière

Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Hospitalisation à Domicile (HAD)

La santé des habitants des Pays de la Loire

Les déterminants de la santé en Pays de la Loire, contexte démographique, social et environnemental

Evaluation finale du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire

¹ Ces livrets du PRS font partie intégrante des documents du Projet Régional de Santé. Ils approfondissent l'évaluation des besoins, l'analyse problématique et les propositions qui sous-tendent le Schéma opposable d'Implantation des Activités

Les livrets du PRS



Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Soins palliatifs	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Autisme	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Troubles des apprentissages	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Accidents vasculaires cérébraux	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Plan Maladies neuro-dégénératives	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Stratégie numérique régionale	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Ressources humaines pour la santé	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Politique régionale des Investissement
Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Besoins sanitaires Synthèse	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Médecine	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Chirurgie	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Gynécologie obstétrique	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Santé mentale & psychiatrie	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Soins de suite & réadaptation Synthèse	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR cardio vasculaire	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR maladies respiratoires
Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR addictions	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR digestif	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR Neurologie	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité SSR Locomoteur	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Unités de soins longue durée	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Cardiologie interventionnelle	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Accès aux soins non programmés	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Soins critiques Réanimation soins intensifs
Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Insuffisance rénale chronique	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Assistance médicale à la procréation	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Diagnostic prénatal	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Traitement du cancer	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Equipements & matériels lourds Imagerie	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Biologie médicale	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Permanence des soins en établissement	Projet Régional 2021-2026 Accès aux soins de proximité Hospitalisation à domicile

