

Arrêté ARS-PDL/DG/2021-014

**Portant révision partielle du schéma régional de santé 2018-2022
du projet régional de santé des Pays de la Loire**

Le directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.1434-1 à L.1434-6, R. 1434-1 à R.1434-9 et R.1434-11 ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPILET en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

Vu l'arrêté n° ARS-PDL/DG/2018/38 du 18 mai 2018 du directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds ;

Vu l'arrêté ARS-PDL/DG/2018/40 du 18 mai 2018 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire ;

Vu l'avis de consultation sur l'actualisation du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région le 26 mars 2021 ;

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des Pays de la Loire le 27 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil départemental de Maine-et-Loire le 17 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil départemental de la Sarthe le 21 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie de Maine-et-Loire le 21 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie de la Mayenne le 26 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie de la Sarthe le 26 mai 2021 ;

Vu l'avis rendu par le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé Pays de la Loire le 12 mai 2021 ;

Vu les avis réputés rendus à l'issue de la période de consultation de deux mois à compter de la publication de l'avis de consultation,

ARRETE

Article 1

Le schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire est révisé conformément aux documents annexés au présent arrêté.

La révision concerne :

- les équipements matériels lourds,
- les quatre activités de soins suivantes :
 - Psychiatrie,
 - Assistance médicale à la procréation (AMP),
 - Traitement du cancer,
 - Soins de suite et de réadaptation (SSR).

La révision se décline en cinq fiches actualisant les objectifs et les implantations géographiques concernées inscrites au schéma régional de santé.

Article 2

Le schéma régional de santé 2018-2022 révisé peut être consulté sur le site Internet de l'agence régionale de santé Pays de la Loire à l'adresse suivante :

<http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr>

Il peut également être consulté en format papier :

Au siège de l'agence régionale de santé Pays de la Loire
17, boulevard Gaston Doumergue, CS 56 233
44262 Nantes cedex 2

Ainsi que dans ses directions territoriales :

- Direction territoriale de la Loire Atlantique
17, boulevard Gaston Doumergue, CS 56 233
44262 Nantes cedex 2

- Direction territoriale de Maine et Loire
26 ter rue de Brissac - bâtiment N
49047 ANGERS cedex 01

- Direction territoriale de la Mayenne
Cité administrative 3ème et 4ème étage
60 rue Mac Donald BP 83015
53030 LAVAL Cedex 9

- Direction territoriale de la Sarthe
19 boulevard Paixhans
Bâtiment A - 2ème étage, CS71914
72019 Le Mans cedex 2

- Direction territoriale de la Vendée
185 boulevard Maréchal Leclerc
85027 La Roche sur Yon

Article 3

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

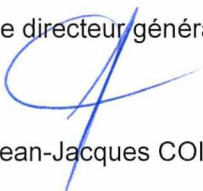
Le tribunal administratif peut être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet www.telerecours.fr.

Article 4

Le directeur du projet régional de santé de l'agence régionale de santé Pays de la Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes, le 27 mai 2021

Le directeur général de l'ARS Pays de la Loire,


Jean-Jacques COIPLÉ

PRS 2018-2022

Organisation des activités soumises à autorisation

Activité	Equipements et matériels lourds - imagerie médicale
----------	---

Zonage

La zone sera le territoire de démocratie sanitaire, justifiée 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.

Objectifs

Objectif 1 : Réduire les irradiations évitables:

- 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 : Assurer une organisation territoriale efficiente :

- par la restructuration de l'offre et la mutualisation de l'accès aux plateaux techniques :
 - 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
- par l'optimisation et la fédération des ressources humaines :
 - 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 protocoles de coopérations aux manipulateurs afin de libérer du temps médical



- Poursuivre l'utilisation conjointe publique-privée d'EML par des coopérations équilibrées
- Expérimenter la PDSES en télé-imagerie en Vendée et structurer un projet dans les autres

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 et le remplacement des EML nucléaires par des hybrides
- Remplacer les scanners par des appareils moins irradiants et plus efficaces
- Réserver des scanners dédiés à l'imagerie interventionnelle, ce qui permet de libérer du temps médical sur les machines diagnostiques autorisées par l'ARS

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,...) pour les associer pleinement au suivi de la mise en œuvre de la politique régionale en 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



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

➤ **Scanner : +16**

La concertation conduite au niveau régionale a permis d'identifier de nouveaux besoins pour répondre à une demande croissante de prescriptions de tomodensitométrie. La saturation des équipements, le délai de rendez-vous, le vieillissement de la population, la hausse de la fréquentation aux services d'accueil d'urgences, l'évolution des pratiques médicales apparaissent comme autant de facteurs justifiant le besoin d'appareils supplémentaires.

Ces nouvelles implantations visent à pouvoir répondre aux objectifs du SRS ci-dessus notamment dans la faible dosimétrie mesurée par les nouveaux équipements ionisants :

- 44 : + 6 SCANNERS
- 49 : + 3 SCANNERS
- 53 : + 1 SCANNER
- 72 : + 2 SCANNERS
- 85 : + 4 SCANNERS

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

Afin de répondre aux besoins de la population dans le domaine de la cardiologie, un des scanners implantés en Maine et Loire devra prévoir des plages dédiées à cette activité, être adossé à un plateau technique de cardiologie et fonctionner dans le cadre d'une coopération juridique.

➤ **IRM : +15 (dont une implantation pour le TEP/IRM et l'ajout de 8 IRM dans le cadre de l'actualisation à mi-parcours) :**

Afin d'harmoniser le parc d'équipements sur la région et dans le cadre de la concertation menée à mi-parcours, l'augmentation suivante du parc d'IRM est envisagée :

- +2 IRM dans le cadre de l'actualisation à mi-parcours, soit 5 IRM supplémentaires au total en Loire Atlantique (dont 1 IRM dédié aux urgences neurologiques et le TEP IRM)
- +2 IRM dans le cadre de l'actualisation à mi-parcours en Maine et Loire soit 3 IRM au total (dont l'IRM dédié aux urgences neurologiques)
- 1 en Mayenne (actualisation à mi-parcours)
- 2 en Sarthe (dont 1 dans le cadre de l'actualisation à mi-parcours),
- 4 en Vendée (dont 2 dans le cadre de l'actualisation à mi-parcours),

Ces équipements complémentaires visent à réduire les délais de rendez-vous, notamment dans le cadre d'un diagnostic cancer, délai recommandé inférieur à 20 jours selon l'INCA

Afin de répondre aux besoins de la population dans le domaine de la cardiologie, un des IRM implantés en Maine et Loire devra prévoir des plages dédiées à cette activité, être adossé à un plateau technique de cardiologie et fonctionner dans le cadre d'une coopération juridique.



Afin d'améliorer l'accès aux urgences neurologiques (et pédiatriques): 1 IRM dédié au CHU de Nantes et au CHU d'Angers, accessibilité à 1 IRM existant 24h/24 dans les 3 autres départements.

Sans données stabilisées à ce jour et sans 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 destinés à la recherche clinique dans les domaines des **neurosciences et de la cancérologie**. Ils viennent en complément des IRM 1,5 Tesla utilisés principalement pour le soin, renforçant ainsi le parc d'équipements sur site. Son utilisation doit s'inscrire dans le cadre d'un projet de recherche.

➤ **Gamma-caméra : +2**

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.

Le site de médecine nucléaire fait face à une croissance importante et soutenue de la demande en examens de scintigraphie ; ce qui aboutit à une saturation du planning de la gamma caméra et une augmentation des délais de rendez-vous. L'implantation d'un second équipement permettra de répondre aux besoins, de ce secteur.

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

➤ **TEP : +7, dont le TEP régional :**

Afin de couvrir les nouveaux besoins pour les 5 ans à venir, le SRS prévoit d'installer

- 2 TEP en Loire Atlantique,
- 1 en Maine et Loire,
- 1 en Mayenne
- 1 en Sarthe ;
- 1 en Vendée.

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

L'implantation ajoutée en Mayenne est justifiée par les éléments suivants :

- Les patients pour cet examen vont sur Angers, Rennes ou Le-Mans, soit un déplacement de l'ordre 45 à 60 minutes ;
- Cet équipement permettra de diversifier l'offre de médecine nucléaire existante en optimisant la ressource médicale et permettra de disposer de la technique de TEP pour le ciblage de la zone à irradier lors des traitements de radiothérapie.



➤ **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

Territoire de santé	IRM	Implantations cibles 2022
Loire-Atlantique	15	20
Maine et Loire	10	13
Mayenne	4	5
Sarthe	6	8
Vendée	6	10

Territoire de santé	scanner	Implantations cibles 2022
Loire-Atlantique	18	24
Maine et Loire	12	15
Mayenne	5	6
Sarthe	9	11
Vendée	8	12

Territoire de santé	Gamma caméra	Implantations cibles 2022
Loire-Atlantique	12	13
Maine et Loire	5	6
Mayenne	1	1
Sarthe	4	4
Vendée	2	2



Territoire de santé	TEP	Implantations cibles 2022
Loire-Atlantique	3	6
Maine et Loire	2	3
Mayenne	0	1
Sarthe	1	2
Vendée	1	2



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
- 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
- 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) a permis d'identifier de nouvelles évolutions. Ce travail s'inscrit dans le PACT régional SANTE MENTALE élaboré en 2019/2020 et annexé au livret spécifique du présent PRS. Il permet, au regard de l'évolution des besoins d'une part, et des politiques nationale et régionale d'autre part, d'apporter des réponses spécifiques dans le cadre d'une stratégie régionale lisible et partagée.

Parmi les évolutions de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, des filières de prises en charge et d'accompagnements spécifiques se sont déployées et continuent à l'être sur le territoire de la région, dans différents domaines : réhabilitation psychosociale, psychotraumatisme, troubles du comportement alimentaire, prise en charge en soins intensifs pour patients agités, etc.

Parallèlement, les soins revêtant une forme plus traditionnelle continuent également à se transformer et à se développer, et constituent pour la plupart, une alternative à l'hospitalisation complète. En ce sens, les travaux nationaux sur la réforme des autorisations et la réforme du financement de la psychiatrie participent à l'évolution de cette offre pour encourager la diversité des soins en proximité.



Pour permettre à tous les acteurs de la région concernés par une activité de psychiatrie de s'inscrire dans cette dynamique et anticiper l'application de ces réformes, le PRS doit leur permettre, dès aujourd'hui, et en amont de l'application de ces réformes, de diversifier leurs activités.

En effet, outre l'objectif d'assurer le rattrapage des moyens entre les régions afin de garantir l'égalité d'accès aux soins, ces réformes servent aussi à reconnaître le dynamisme des établissements, à valoriser la qualité de prise en charge et de liaison entre les établissements et leurs partenaires, à soutenir le dynamisme projet des établissements et à engager la transformation stratégique de l'offre de soins.

Ainsi, de nouvelles implantations sur toutes les formes existantes de prises en charge alternatives à l'hospitalisation et soumises à autorisation sont identifiées. Suite aux réformes, chacune fera l'objet d'un référentiel ou cahier des charges nationales et se verra attribuer un tarif spécifique, et identique pour chaque détenteur de l'autorisation. Cette harmonisation des modalités de financement et d'autorisation devant s'opérer en conformité avec les priorités et les objectifs identifiés dans chaque PTSM, toute nouvelle autorisation sollicitée s'inscrira dans en cohérence avec ceux-ci et dans un cadre concerté et complémentaire au niveau territorial.

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.

- **Centres d'accueil de crise (CAC) adultes et enfants** : « les centres de crise sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ». Un travail devra être conduit au niveau régional pour la prise en compte de cette modalité dans le SRS 2023-2027
- **HDJ adultes et enfants** : proposer des implantations d'HDJ notamment pour les cliniques disposant de l'HC

Soit + 7 implantations HDJ

- **HDN adultes et enfants** : forme peu exploitée mais qui donne lieu à un tarif spécifique et qui pourrait se développer dans une logique d'alternative à l'HC, afin de permettre un maintien d'activité professionnelle ou scolaire. A envisager pour toutes structures disposant déjà d'HC adultes et enfants et n'ayant pas encore d'autorisation d'HDN : souplesse dans l'appropriation, à la demande ou non de l'établissement mais disponibilité existante



Soit + 10 implantations HDN

- **Appartements thérapeutiques** : il est attendu du niveau national un référentiel quant à la place des appartements thérapeutiques en tant que structure sanitaire parmi le maillage de dispositifs d'habitat inclusif (auquel participe aussi la psychiatrie). Il est convenu d'instaurer un moratoire sur cette forme de prise en charge, en attendant les textes nationaux et les éclairages issus de la réforme des autorisations la place et le rôle des appartements thérapeutiques en psychiatrie, ainsi que leurs articulations avec les autres dispositifs spécifiques d'inclusion et d'accès au logement (sociaux et médico-sociaux)

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	3
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	7	8
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	4	6

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	2
	Hospitalisation à temps plein Adulte	5	6
	Postcure	1	1
	Placement familial Thérapeutique Adulte	2	3
	Appartement thérapeutique	1	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	3	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Infanto-juvénile	1	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	6
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	3	6



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	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	3	4
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	2	4

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	1
	Prises en charge à temps partiel		
	Hospitalisation à temps partiel de jour Infanto-juvénile	1	2
	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	2

Territoire de santé	Formes et modalités d'activité soumises à autorisation	Entités juridiques détenteurs de l'autorisation 2017	Cibles 2022
VENDEE	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	1
	Hospitalisation à temps partiel de jour Adulte	2	2
	Hospitalisation à temps partiel de nuit Adulte	0	2



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 correspondant 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'Ile-de-France, Rhône-Alpes, Bretagne et PACA.

Les besoins en termes d'activités d'insémination artificielle (IA) sont couverts ; ceux de fécondation in vitro (FIV) sont globalement couverts mais avec des disparités géographiques :

- 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. Mais les implantations sont inégalement réparties. En effet, 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. La zone géographique constituée d'une partie du secteur de St-Nazaire et du sud du Morbihan est éloignée de plus d'une heure d'un centre d'AMP. Pour répondre à une demande de plus grande proximité, un centre d'AMP pourrait être créé sur St-Nazaire. La population de cette zone géographique définie ci-dessus serait suffisante pour permettre à un nouveau centre d'AMP d'atteindre le seuil d'efficience économique.



- 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.

Les objectifs se déclinent ainsi :

- Garantir aux couples de la région, un accès à au moins une structure d'AMP-FIV. Pour permettre un meilleur maillage territorial afin de répondre aux besoins de l'ensemble de la population ligérienne, une implantation supplémentaire est retenue sur le secteur de Saint-Nazaire.
- Permettre la mise en œuvre d'une activité d'accueil des embryons, aujourd'hui absente de la région.
- 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) :

- 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
 - Favoriser les actions de communication et d'information, l'implication des coordinateurs de RCP
- conforter l'offre en plateforme de cryoconservation sur la région
- 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



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

- Une implantation pour les activités concernant l'accueil d'embryon sur le département de la Loire-Atlantique ;
- 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.

Pour 2021, il y a lieu de prévoir :

- Une implantation supplémentaire des activités cliniques et biologiques en lien avec la fécondation in vitro (FIV) sur le département de la Loire-Atlantique ;

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).

➤ 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 avant le PRS2	Implantations prévues dans le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	5	5	Pas de modification
MAINE- ET- LOIRE	4	4	
MAYENNE	1	1	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	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 avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	5	+1
MAINE- ET- LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	7	8	+ 1

Activité clinique - Transfert des embryons en vue de leur implantation			
Territoire de santé	Implantations autorisées avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	5	+ 1
MAINE –ET- LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	7	8	+ 1

Activité clinique - Prélèvement de spermatozoïdes			
Territoire de santé	Implantations autorisées avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	2	2	
MAINE –ET- LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	5	5	Pas de modification

Activités biologiques relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation			
Territoire de santé	Implantations autorisées avant le PRS	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	5	+ 1
MAINE- ET- LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	7	8	+ 1



Activité biologique – Conservation des embryons en vue de projet parental			
Territoire de santé	Implantations autorisées avant le PRS	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	4	5	+ 1
MAINE- ET -LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	1	1	
Au total	7	8	+ 1

- **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 avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	
MAINE- ET -LOIRE	1	1	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	1	1	
VENDEE	0	1	+1
Au Total	3	4	+1

- **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 avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	
MAINE- ET -LOIRE	0	0	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	0	0	
VENDEE	0	0	Pas de modification

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 avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	Observations
LOIRE-ATLANTIQUE	1	1	
MAINE- ET -LOIRE	0	0	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	0	0	
VENDEE	0	0	Pas de modification



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 avant le PRS2	Implantations prévues par le SRS	observations
LOIRE-ATLANTIQUE	0	1	Maintien de l'implantation supplémentaire
MAINE- ET- LOIRE	0	0	
MAYENNE	0	0	
SARTHE	0	0	
VENDEE	0	0	Pas de modification



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 et de radiothérapie externe en Maine et Loire
- 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.

Création d'une activité de radiothérapie externe en Maine et Loire dans le cadre d'un projet territorial partagé.



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	2	1	3
53	3	1	1	2	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	8	3	8



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

Zonage

Le PRS 1 a stabilisé le maillage territorial des SSR Polyvalents, dans un objectif de proximité et garanti la proximité des SSR spécialisés et des plateaux techniques. Les filières de prise en charge sont organisées au sein des départements. 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, il est constaté :

- 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 : 0,81 vs 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).

Il est parallèlement nécessaire :

- de poursuivre le déploiement des Equipe Mobile d'Appui et d'Expertise en SSR (EMAE-SSR) pour faire monter en compétence et en expertise les SSR polyvalents qui les sollicitent et fluidifier le parcours des patients tout au long de leur prise en charge
- de 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.



Les travaux sur les hôpitaux de proximité initiés dans le cadre de l'élaboration du PRS2 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.

L'enjeu de la démographie médicale persiste et les difficultés du recours aux médecins spécialistes augmentent encore dans les départements continentaux (Sarthe et Mayenne). Par ailleurs, la population des personnes âgées de plus de 75 ans va croître considérablement à l'horizon 2030 et l'offre de prise en charge en SSR sera impactée directement par cette évolution démographique qui doit être prise en compte dans les évolutions capacitaires projetées.

Fort de ces constats, il apparaît 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.

Des travaux territoriaux complémentaires sur l'harmonisation de l'offre SSR ont été conduits de septembre 2019 à décembre 2020 et permettent d'initier la modification de l'offre SSR dans le cadre des textes réglementaires actuels.

Les nouvelles implantations de la révision du schéma régional de santé en 2021 répondent à 2 objectifs:

- Dans le cadre des textes réglementaires en vigueur en mars 2021, les nouvelles implantations répondent sans délai aux besoins des patients par une mise en œuvre avant décembre 2022 et aux conditions techniques de fonctionnement (qualification du médecin coordonnateur, bâtiment, équipement spécifique).
- La transformation des SSR polyvalents en SSR gériatriques et oncologiques, telle que préconisée par l'étude conduite, est reportée au schéma régional de santé 2023-2027, en l'absence des nouveaux textes réglementaires régissant ces activités. La poursuite des concertations par infra-territoire permettra d'ajuster le capacitaire aux besoins identifiés à l'horizon 2030.



Objectifs 2018-2022

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

- Poursuivre le développement de l'Hospitalisation à Temps Partiel
- 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 avec l'appui des EMAE SSR 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 structures adaptées,

Objectif 4 : Innovation

- Pérenniser les équipes mobiles d'appui et d'expertise pour renforcer les SSR polyvalent,
- Doter les SSR de compétences spéciales 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
 - Création d'une implantation SSR Cardio-vasculaire (*actualisation 2021*)
- En Maine et Loire :
 - 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
 - Création d'une implantation SSR respiratoire pour adultes (*actualisation 2021*)
- 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
 - Création d'une implantation de SSR respiratoire pour adultes (*actualisation 2021*)
- 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.

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
DPT	Adulte	Adulte
44	5	6
49	4	4
53	3	3
72	1	2
85	1	2
Total	14	17

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	3	0	1
53	0	0	0	1	0	0
72	1	0	0	2	0	0
85	1	0	0	1	0	0
Total	7	1	2	10	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	28	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	98	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 AFFECTIIONS PERSONNES AGEES	CIBLE 2022 - SSR AFFECTIIONS PERSONNES AGEES
DPT	Adulte	Adulte
44	3	3
49	3	3
53	1	1
72	1	1
85	2	2
Total	10	10

