



Liberté · Égalité · Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DU CANTAL

# RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



Edition du 30 mars 2006

-----

N° Spécial  
Schéma Régional  
d'Organisation Sanitaire  
2006-2011

Le document est consultable sur le site internet  
de la préfecture [www.cantal.pref.gouv.fr](http://www.cantal.pref.gouv.fr)

## **PREMIERE PARTIE : ENVIRONNEMENT ET AXES TRANSVERSAUX**

### **1-1 L'ENVIRONNEMENT DU SROS**

Le bilan du SROS 2 8

Le diagnostic partagé ARH-URCAM 9

L'articulation avec le PRSP autour des priorités de santé publique 12

La démographie des professionnels 15

### **1-2 LES AXES TRANSVERSAUX**

Les populations vulnérables 19

Des vigilances à la gestion des risques 21

La qualité du système de soins 22

## **DEUXIEME PARTIE : TERRITOIRES ET THEMATIQUES**

### **2-1 LA DETERMINATION DES TERRITOIRES DE SANTE**

Méthode et résultats (cartes) 25

### **2-2 LES VOLETS THEMATIQUES**

Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins 36

Médecine 40

Chirurgie 43

Périnatalité 47

Réanimation, soins intensifs, surveillance continue 49

Imagerie médicale 54

Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale 57

Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle 59

Hospitalisation à domicile 62

Psychiatrie et santé mentale 64

Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique 68

Prise en charge des personnes atteintes de cancer 70

Soins palliatifs 76

Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires 80

Prise en charge des enfants et des adolescents 81

Prise en charge des personnes âgées 83

Système d'informations 86

# Sommaire

## **TROISIEME PARTIE : ANNEXE OPPOSABLE**

### **3-1 OBJECTIFS QUANTIFIES PAR TERRITOIRE DE SANTE**

Maillage et implantations 91

Méthode de détermination des objectifs en volume 94

Objectifs quantifiés en volume par territoires de santé 96

### **3-2 GRADATION**

Présentation générale 103

Synthèse par volet thématique 104

### **3-3 RECAPITULATION PAR TERRITOIRE DE SANTE**

Territoire de santé de Montluçon 124

Territoire de santé de Moulins 130

Territoire de santé de Vichy 136

Territoire de santé du Grand Clermont 142

Territoire de santé de Thiers-Ambert 149

Territoire de santé d'Issoire-Brioude 155

Territoire de santé d'Aurillac-Mauriac 161

Territoire de santé de Saint-Flour 167

Territoire de santé du Puy-en-Velay 173

## **DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES**

Arrêté ARH relatif au schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne 185

Bibliographie des textes officiels 187

Bibliographie générale 189

Liste des chefs de projet des groupes thématiques 190

## Introduction

Aboutissement de plus de dix-huit mois de travaux, le schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne est le résultat des réflexions et des apports des professionnels de santé médicaux et non médicaux, des différentes administrations concernées, des élus et des usagers. L'élaboration du schéma régional a suscité la mobilisation de plus de quatre cents personnes, la tenue d'une cinquantaine de réunions, avec la permanence assurée tout au long de la démarche par les membres de l'équipe projet et de l'équipe rapprochée de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Soumis à de nombreuses consultations réglementaires et présenté à tous les niveaux de la représentation régionale, ce document d'orientation et d'évolution de l'offre de soins régionale pour la période 2006-2011 cherche à concilier différents objectifs :

\_ tout d'abord poursuivre les objectifs de santé publique prioritaires pour la région et favoriser l'adaptation de l'offre de soins aux principaux enjeux de santé de la population, dans un cadre législatif et réglementaire rénové (suppression de la carte sanitaire et fixation d'objectifs quantifiés par territoire de santé).

\_ ensuite appliquer la réforme de l'assurance maladie avec l'introduction du parcours de soins et du dossier médical personnel.

\_ enfin, contribuer à la réalisation du plan régional de santé publique, dans une nouvelle dimension territoriale déclinée pour toutes les thématiques abordées, y compris la psychiatrie.

Les grandes orientations prévues dans ce schéma permettent dans chacun des territoires de santé, par des travaux complémentaires, d'aboutir à des projets territoriaux d'offre de soins, destinés à décrire les actions des différents partenaires. Ceci débouchera sur la mise en oeuvre du schéma afin de mettre en cohérence leurs projets et permettre ainsi l'évaluation et le suivi des différentes réalisations. Ils viendront concrétiser sur le terrain les orientations de ce document prospectif qui se devra de prendre en compte les évolutions importantes intervenant éventuellement durant la période 2006-2011.

Schéma régional d'organisation  
sanitaire d'Auvergne  
2006 - 2011



# → Sommaire

<b>GLOSSAIRE</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	6

## **PREMIERE PARTIE : ENVIRONNEMENT ET AXES TRANSVERSAUX**

---

<b>1-1 L'ENVIRONNEMENT DU SROS</b>	
Le bilan du SROS 2 .....	8
Le diagnostic partagé ARH-URCAM .....	9
L'articulation avec le PRSP autour des priorités de santé publique .....	12
La démographie des professionnels .....	15
<b>1-2 LES AXES TRANSVERSAUX</b>	
Les populations vulnérables .....	19
Des vigilances à la gestion des risques .....	21
La qualité du système de soins .....	22

## **DEUXIEME PARTIE : TERRITOIRES ET THEMATIQUES**

---

<b>2-1 LA DETERMINATION DES TERRITOIRES DE SANTE</b>	
Méthode et résultats (cartes) .....	25
<b>2-2 LES VOLETS THEMATIQUES</b>	
Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins .....	36
Médecine .....	40
Chirurgie .....	43
Périnatalité .....	47
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue .....	49
Imagerie médicale .....	54
Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale .....	57
Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle .....	59
Hospitalisation à domicile .....	62
Psychiatrie et santé mentale .....	64
Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique .....	68
Prise en charge des personnes atteintes de cancer .....	70
Soins palliatifs .....	76
Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires .....	80
Prise en charge des enfants et des adolescents .....	81
Prise en charge des personnes âgées .....	83
Système d'informations .....	86



---

## TROISIEME PARTIE : ANNEXE OPPOSABLE

---

### 3-1 OBJECTIFS QUANTIFIES PAR TERRITOIRE DE SANTE

Maillage et implantations .....	91
Méthode de détermination des objectifs en volume .....	94
Objectifs quantifiés en volume par territoire de santé .....	96

### 3-2 GRADATION

Présentation générale .....	103
Synthèse par volet thématique .....	104

### 3-3 RECAPITULATION PAR TERRITOIRE DE SANTE

Territoire de santé de Montluçon .....	124
Territoire de santé de Moulins .....	130
Territoire de santé de Vichy .....	136
Territoire de santé du Grand Clermont .....	142
Territoire de santé de Thiers-Ambert .....	149
Territoire de santé d'Issoire-Brioude .....	155
Territoire de santé d'Aurillac-Mauriac .....	161
Territoire de santé de Saint-Flour .....	167
Territoire de santé du Puy-en-Velay .....	173

## DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

---

Arrêté ARH relatif au schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne .....	185
Bibliographie des textes officiels .....	187
Bibliographie générale .....	189
Liste des chefs de projet des groupes thématiques .....	190

# → Glossaire

<b>AcBUS</b>	Accord de Bon Usage des Soins
<b>ADELI</b>	Répertoire Automatisation des listes des professionnels de santé
<b>AMU</b>	Aide Médicale Urgente
<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>BM</b>	Blessé Médullaire
<b>BSI</b>	Bassin de Service Intermédiaire
<b>3 C</b>	Centre de Coordination en Cancérologie
<b>CATTP</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>CCAA</b>	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
<b>CCV</b>	Chirurgie Cardio-Vasculaire
<b>CETD</b>	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLAN</b>	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
<b>CLUD</b>	Comité de Lutte contre la Douleur
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>COM</b>	Contrat d'Objectifs et de Moyens
<b>CPP</b>	Centre Périnatal de Proximité
<b>CSAPA</b>	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>CSST</b>	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
<b>DES</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>DIU</b>	Diplôme Inter Universitaire
<b>DPCA</b>	Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de la Santé)
<b>DU</b>	Diplôme Universitaire
<b>EFG</b>	Etablissement Français des Greffes
<b>EGS</b>	Evaluation Gériatrique Standardisée
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
<b>ELSA</b>	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
<b>EMSP</b>	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
<b>EPP</b>	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<b>GHM</b>	Groupe Homogène de Malades
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCAAM</b>	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
<b>HO</b>	Hospitalisation d'Office des malades mentaux
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>IDE</b>	Infirmière Diplômée d'Etat
<b>IDM</b>	Infarctus du Myocarde
<b>INCA</b>	Institut National du Cancer
<b>IRC</b>	Insuffisance Rénale Chronique
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale



<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>NTIC</b>	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
<b>OBRESA</b>	Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne
<b>PAIO</b>	Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation
<b>PASS</b>	Permanence d'accès à la Prévention et aux Soins de Santé
<b>PARM</b>	Permanenciers d'Aide à la Régulation Médicale
<b>PMI</b>	Protection Maternelle Infantile
<b>PMSI</b>	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
<b>PPS</b>	Programme Personnalisé de Soins
<b>PRAPS</b>	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>PSPH</b>	Etablissement privé Participant au Service Public Hospitalier
<b>PTOS</b>	Projet Territorial d'Offre de Soins
<b>PU-PH</b>	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
<b>RCP</b>	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
<b>REIN</b>	Registre d'Epidémiologie et d'Information en Néphrologie
<b>RRF</b>	Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
<b>SAE</b>	Statistique Annuelle des Etablissements
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SEP</b>	Sclérose en Plaques
<b>SESSAD</b>	Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile
<b>SME</b>	Sujet en état de Mort Encéphalique
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SNIR</b>	Système National Interrégimes
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>SREPS</b>	Schéma Régional d'Education pour la Santé
<b>SRSIOS</b>	Schéma Régional des Systèmes d'Information de l'Offre de Soins
<b>SROS</b>	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
<b>TEP</b>	Tomographe à Emissions de Positons
<b>TM</b>	Traumatisé Médullaire
<b>UCSA</b>	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
<b>UFR</b>	Unité de Formation et de Recherche
<b>UHSA</b>	Unité d'Hospitalisation spécialement aménagée
<b>UMJ</b>	Unité Médico-Judiciaire
<b>UPATOU</b>	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>USI</b>	Unité de Soins Intensifs
<b>USIC</b>	Unité de Soins Intensifs en Cardiologie
<b>USP</b>	Unité de Soins Palliatifs
<b>VNI</b>	Ventilation Non Invasive

# → Introduction

Aboutissement de plus de dix-huit mois de travaux, le schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne est le résultat des réflexions et des apports des professionnels de santé médicaux et non médicaux, des différentes administrations concernées, des élus et des usagers. L'élaboration du schéma régional a suscité la mobilisation de plus de quatre cents personnes, la tenue d'une cinquantaine de réunions, avec la permanence assurée tout au long de la démarche par les membres de l'équipe projet et de l'équipe rapprochée de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Soumis à de nombreuses consultations réglementaires et présenté à tous les niveaux de la représentation régionale, ce document d'orientation et d'évolution de l'offre de soins régionale pour la période 2006-2011 cherche à concilier différents objectifs :

- tout d'abord poursuivre les objectifs de santé publique prioritaires pour la région et favoriser l'adaptation de l'offre de soins aux principaux enjeux de santé de la population, dans un cadre législatif et réglementaire rénové (suppression de la carte sanitaire et fixation d'objectifs quantifiés par territoire de santé).
- ensuite appliquer la réforme de l'assurance maladie avec l'introduction du parcours de soins et du dossier médical personnel.
- enfin, contribuer à la réalisation du plan régional de santé publique, dans une nouvelle dimension territoriale déclinée pour toutes les thématiques abordées, y compris la psychiatrie.

Les grandes orientations prévues dans ce schéma permettent dans chacun des territoires de santé, par des travaux complémentaires, d'aboutir à des projets territoriaux d'offre de soins, destinés à décrire les actions des différents partenaires. Ceci débouchera sur la mise en œuvre du schéma afin de mettre en cohérence leurs projets et permettre ainsi l'évaluation et le suivi des différentes réalisations. Ils viendront concrétiser sur le terrain les orientations de ce document prospectif qui se devra de prendre en compte les évolutions importantes intervenant éventuellement durant la période 2006-2011.

**PREMIERE PARTIE  
DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE  
D'Auvergne 2006-2011**

**> Environnement  
et axes transversaux**

The background of the page is a faded, aerial photograph of a rural landscape. It shows a patchwork of green fields, some with clusters of trees, and a few small buildings or structures scattered across the terrain. The overall tone is light and natural, providing a visual context for the environmental theme of the document.

# Environnement et axes transversaux

## 1-1 L'environnement du schéma régional

Le schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) tient compte des réalisations du précédent schéma et s'articule avec les travaux qui ont été menés tant en matière de santé publique, d'organisation de l'offre que de démographie des professionnels. Ces éléments de contexte propres à la région éclairent notamment les choix d'organisation retenus dans les volets thématiques de ce SROS.

### > Bilan du SROS 2

Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération s'inscrit dans une logique de continuité des objectifs recherchés par le précédent schéma. La démarche d'élaboration de ce schéma a donc été initiée à partir d'un bilan des préconisations du SROS 2 ([www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)), qui a mis en lumière les principaux éléments suivants :

■ L'essentiel des préconisations exprimées entre 1999 et 2003 reste pertinent pour la période d'effet du futur SROS 3. En revanche, l'évolution rapide du contexte réglementaire et institutionnel rend indispensable l'actualisation de tous les volets, y compris les plus récents.

■ Toutes les actions volontaristes présentant un caractère fondateur (création de centres référents régionaux, amorce des réseaux...) ont été réalisées.

■ En revanche, le niveau d'appropriation et de développement de ces actions par les acteurs de terrain, quel que soit leur statut, se révèle disparate selon les sujets. Des mesures d'accompagnement et d'ancrage des préconisations du SROS devront donc être proposées en lien avec l'élaboration du dispositif d'évaluation de celui-ci.

■ Enfin, et en particulier pour les thèmes à caractère transversal, l'appréciation du lien entre les moyens attribués et les objectifs réalisés peut et doit progresser.

Outre ces conclusions d'ordre général, l'état de réalisation des différents volets thématiques du SROS 2 a également été dressé pour servir de base aux travaux des groupes thématiques chargés de redéfinir les orientations du présent schéma.

En parallèle, un diagnostic partagé de l'offre de soins entre l'ARH et l'URCAM a également été élaboré pour servir de base aux travaux

## > Diagnostic partagé de l'offre de soins

Le diagnostic partagé de l'offre de soins ([www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)) réalisé dans la deuxième étape de travail a été conçu comme un bilan synthétique et transversal se focalisant sur l'organisation du système de santé. Les priorités régionales de santé publique sont traitées par ailleurs dans le cadre de l'élaboration du Programme Régional de Santé Publique.

Ce document validé par les instances délibérantes de l'ARH et de l'URCAM comporte cinq parties: l'environnement démographique, socio-économique et géographique, l'état sanitaire régional, l'offre de soins libérale, hospitalière et médico-sociale, l'accès et le recours aux soins, la consommation de soins.

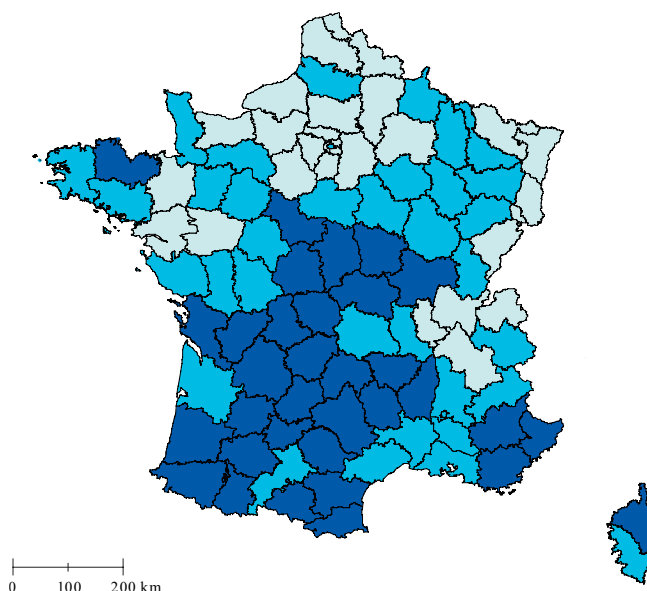
Les principales données mises en perspective sur ces différents points ont abouti aux constats suivants :

■ Plus encore que par son caractère de région rurale et sa faible densité de population, c'est par le poids grandissant de sa population âgée que l'Auvergne se définit aujourd'hui.

**Un indice de vieillissement nettement supérieur à la moyenne**

### Indice de vieillissement

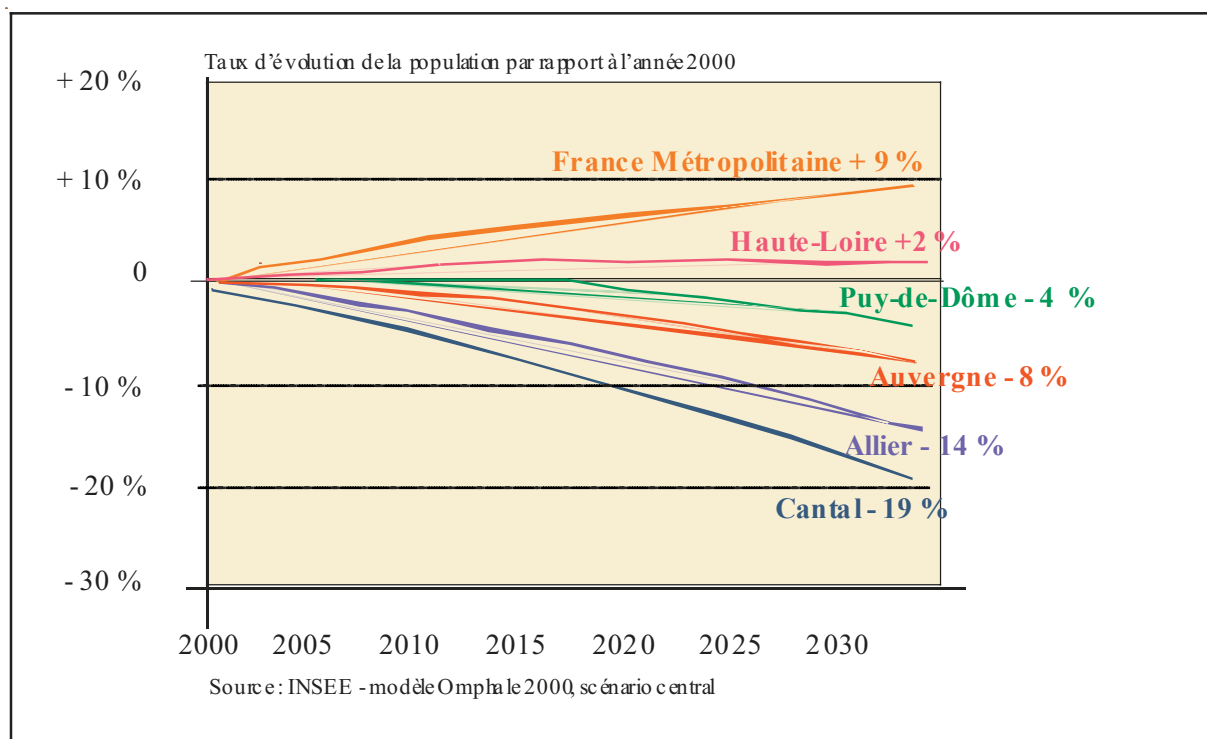
- Entre 9 et 58
- Entre 59 et 82
- entre 83 et 144



	Part des plus de 60 ans	Part des moins de 20 ans	Indice de vieillissement <sup>1</sup>
Allier	28,9%	20,5%	108,1
Cantal	29,1%	20,1%	115,1
Haute-Loire	26,1%	22,9%	84,6
Puy-de-Dôme	22,5%	21,9%	75,8
Auvergne	25,6%	21,5%	89,4
France	21,3%	24,5%	64,3

Alors que la population de la France progresserait entre 2000 et 2030, la population auvergnate diminuerait de 8%. Cette perspective serait liée à deux phénomènes simultanés, la diminution des

classes jeunes (-27% pour les moins de 25 ans) et la progression des effectifs de 60 ans et plus (de 24,8% en 2000 à 38,1 % en 2030).



A l'exception de la Haute-Loire, dont la population augmenterait de 2 %, les départements auvergnats connaîtraient une

baisse démographique, le Cantal étant le plus touché avec une diminution de 19 %.

<sup>1</sup> Indice de vieillissement : Nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans.

■ L'état sanitaire global de la population auvergnate ne s'écarte guère des moyennes nationales, certains indicateurs étant même plus favorables que celles-ci et son évolution à moyen terme reste fortement corrélée au vieillissement général de la région. Cette situation recouvre cependant de profondes disparités. En matière de surmortalité, des indicateurs restent préoccupants pour certaines pathologies et la répartition régionale reste inégale.

Parmi les régions du sud de la Loire, l'Auvergne connaît une situation exceptionnelle pour la fréquence des maladies cardio-vasculaires. Selon la source INSERM, étude des décès de l'année 2000, l'Auvergne connaît, à âge comparable, une mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire supérieure de plus de 6% à la moyenne nationale pour les hommes. Elle se situe également parmi les régions les plus touchées par cette cause de mortalité pour les femmes.

Les décès par tumeurs et pathologies liées à l'alcool connaissent également un taux supérieur à la moyenne nationale, même si la situation est contrastée dans les différents départements de la région.

La mortalité prématurée concerne les décès survenus avant 65 ans. Si elle touche un français sur quatre en moyenne, en Auvergne elle ne concerne qu'un décès sur cinq. Pour autant d'importantes disparités existent au niveau infra-régional, comme l'a illustré l'étude de l'OBRESA sur les inégalités cantonales de santé en Auvergne.

■ L'offre de soins peut apparaître globalement satisfaisante, qu'il s'agisse du taux d'équipement en établissements ou du nombre de médecins libéraux installés. Les caractéristiques de cette offre sont cependant préoccupantes : la démographie médicale est en stagnation, la répartition des soins de suite n'est pas optimale. La dynamique des réseaux est amorcée mais elle ne produira ses pleins effets qu'à moyen terme.

En matière de taux d'équipement, la région Auvergne paraît souvent avantagée par rapport aux moyennes nationales. Les taux d'équipement apparaissent satisfaisants pour les principales disciplines d'équipement en court séjour, mais les alternatives restent peu développées. L'Auvergne

au regard des régions voisines de la moitié Sud est la moins bien pourvue notamment en matière d'hospitalisation à domicile.

Les soins de suite sont nombreux et peu médicalisés, leur répartition sur le territoire régional n'est pas optimale par rapport aux plateaux techniques et aux bassins de population. De plus, des établissements nombreux ne desservent pas, soit pour des raisons historiques soit pour des raisons de proximité géographique, les besoins de la seule population régionale, et contribuent à un taux d'équipement suffisant en apparence.

Les capacités de psychiatrie sont importantes, mais le découpage des secteurs de psychiatrie enfants et adultes est désormais inadapté au regard des évolutions de population. L'évolution prévisible de ce découpage devra également tenir compte des perspectives démographiques des spécialistes.

■ La combinaison de plusieurs indicateurs liés au relief, à la répartition démographique et à l'évolution économique permet de délimiter des zones plus particulièrement fragiles du point de vue de l'accès aux soins de proximité, méritant une attention soutenue. Compte tenu des enjeux démographiques, l'organisation interne des principaux bassins de santé doit être rééquilibrée en vue d'une meilleure complémentarité des activités de soins.

■ La croissance des dépenses de santé en Auvergne, ou plus exactement son ralentissement, suit sensiblement l'évolution nationale. La prédominance du régime général et l'importance du poids relatif du régime agricole restent des caractéristiques régionales.

Toutefois le poste « honoraires » représente une part moins élevée qu'au niveau national. Ceci est à rapprocher de la moindre représentation des spécialistes en Auvergne. Parallèlement, le recours à l'hospitalisation reste encore proportionnellement faible, ce qui ouvre des perspectives de travail pour la réorganisation de l'offre de soins.

La conclusion globale de ce diagnostic peut être résumée ainsi :

Si l'offre de soins en Auvergne a des défis importants à relever en matière de vieillissement de la population et d'évolution de la démographie des professionnels, la région est néanmoins dotée d'atouts en matière d'équipements et de niveau de recours aux soins qui, sous réserve d'une amélioration de la coordination des modes de prises en charge, devraient permettre de répondre aux besoins de la population et contribuer à l'amélioration de son état de santé.

Le démarrage de l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP) prévu par la loi du 9 août 2004 et l'analyse de la situation de la région au regard des cent priorités de santé publique a permis de prendre en compte dans l'élaboration du schéma les articulations nécessaires.

### **> Articulations avec le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) autour des priorités de santé publique**

Les établissements de santé représentent depuis longtemps des acteurs majeurs de la politique de santé publique. Ils doivent, au-delà de leurs missions de soins, participer à la qualité des réponses « santé » apportées à la population de leur territoire d'influence.

En conséquence, ils doivent définir une stratégie leur permettant de remplir pleinement leur rôle dans l'ensemble des champs de la prévention, notamment pour un certain nombre de thématiques, que ces thématiques aient été rendues obligatoires par la loi ou qu'elles répondent à des priorités de santé retenues en région Auvergne. Le PRSP est, par ailleurs, fortement orienté vers les populations vulnérables pour lesquelles les établissements doivent mettre en œuvre des modalités d'accueil adaptées, quel que soit le service sollicité.



		PN*		PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN	PN			
		cardio vasculaire nutrition	cancer	suicide	addiction	accident voie publique	qualité vie maladies chroniques	PRS autonomie	PRAPS	violences intra familiales	SIDA	maladies rares	SREPS	santé/ environnement travail	alerte gestion crises	santé scolaire et éducation pour la santé	Santé / travail	
SROS 3 2006 - 2011	MEDECINE																	
	diabète																	
	AVC																	
	infarctus																	
	accueil des handicapés																	
	IRC																	
							relation sanitaire médico-social - social											
	CHIRURGIE/greffes																	
	CANCER																	
	oncopédiatrie																	
	radiothérapie																	
	douleur soins palliatifs																	
	PERINATALITE																	
	SSR																	
	HAD																	
	Urgences																	
	Médecine légale																	
réanimation																		
Surveillance continue																		
Soins intensifs																		
réanimation pédiatrique																		
Imagerie																		
Techniques interventionnelles																		
Psychiatrie et santé mentale																		
Addictions																		
Souffrance psychique des exclus																		
Personnes âgées																		
Enfants et adolescents																		
SRIOS																		
Observations										cette thématique sera accrochée au chapitre autonomie sous le double aspect : - diagnostic précoce/dépistage - réponse médico-sociale		actions « éducation pour la santé » pour les personnels et les accompagnants « Hôpital sans tabac »		risques liés à l'exercice professionnel			violence burning out	

\* PN = Plan national

## > L'éducation pour la santé

Les établissements ont une double mission à remplir :

■ **Commerelais d'informations sur les comportements favorables à la santé à destination de toutes les personnes qui fréquentent l'établissement (patient, accompagnant, personnel).** Les thématiques à aborder concernent, entre autres, la nutrition et l'activité physique, les addictions, le bon usage des médicaments, l'hygiène de vie aux différents âges.

■ **Comme promoteurs de l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques ainsi que de leur entourage afin de limiter, autant que possible, rechutes et complications.** A ce titre, les formations initiales et continues devront comporter des temps de sensibilisation-information des personnels à l'éducation thérapeutique.

Tout projet médical doit comporter un chapitre concernant la structuration interne de l'éducation pour la santé ainsi que les programmes développés dans le cadre de réseaux « ville-hôpital ».

## > L'organisation de la réponse aux personnes présentant les problèmes de santé suivants :

- maladies cardio-vasculaires, en particulier les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, ce qui implique la prise en charge de tous les facteurs de risque (obésité, diabète, hypertension artérielle, syndrome métabolique),
- cancer,
- tentative de suicide,
- addictions,
- traumatologie routière,
- handicaps et maladies rares.

Dans cette liste, les cinq premiers problèmes de santé constituent les principales causes de la surmortalité observée en Auvergne.

Il s'agit pour les établissements d'organiser aussi bien le dépistage que la prise en charge en phase aiguë, les soins de suite et l'articulation, en tant que de besoin, avec les structures des champs médico-social et social.

Le tableau ci-dessous résume les activités hospitalières qui sont mobilisées par ces problèmes de santé.

PRSP	SROS 3 : thématiques obligatoires
Maladie cardio-vasculaire	Médecine – chirurgie – radiologie – soins de suite – urgences
Cancer	Médecine – chirurgie – radiologie – radiothérapie – soins de suite – psychiatrie – soins palliatifs
Tentative de suicide	Urgences – psychiatrie – chirurgie
Addictions	Urgences – médecine – chirurgie – psychiatrie
Traumatologie routière	Urgences – chirurgie – radiologie – soins de suite
Handicaps et maladies rares	Médecine – chirurgie – obstétrique – psychiatrie – soins de suite

Si les établissements de santé représentent des acteurs majeurs de la mise en œuvre des priorités de santé publique, cette mise en oeuvre ne peut néanmoins être réalisée sans l'engagement des professionnels de santé hors de l'hôpital. La problématique de la démographie des professionnels

de santé pour permettre de répondre à l'ensemble des missions imparties aux établissements dans leur environnement est un des points centraux des réflexions qui ont présidé à l'élaboration du présent schéma.

## > Démographie des professionnels : les faits marquants

Aujourd'hui, à l'échelle régionale, l'offre de soins peut apparaître globalement satisfaisante, la France et l'Auvergne n'ont jamais compté autant de médecins qu'aujourd'hui. Les caractéristiques de cette offre sont cependant préoccupantes : la démographie médicale est en stagnation, les professions médicales sont vieillissantes, les différentes spécialités médicales et paramédicales n'ont pas la même attractivité pour les jeunes et les situations varient beaucoup d'une profession à l'autre... Les réelles préoccupations se portent donc sur les perspectives à moyen terme (5/10 ans).

Les grands axes d'interrogations sur la démographie des professionnels de santé en Auvergne sont assez similaires à ceux de l'échelon national. Les nuances qui apparaissent sont surtout liées au caractère rural de la région et aux conditions de travail plus ou moins difficiles en découlant. Celles-ci influencent et influenceront l'installation de professionnels dont les attentes ont beaucoup évolué en quelques décennies.

### ■ Une offre globalement satisfaisante proche des résultats nationaux

Les effectifs de professionnels libéraux donnent un aperçu de l'offre de soins d'une région ou d'un pays mais ne permettent pas de faire des comparaisons. Ainsi, l'usage veut que l'on utilise la notion de densité médicale, afin de relativiser l'offre par rapport au poids démographique d'une zone.

Source : CNAMTS / SNIR au 31/12/2003

	Effectifs offre libérale exclusivement		Densité	
	Auvergne	France	Auvergne	France
Médecins généralistes	1 365	60 761	104,3	103,8
Médecins spécialistes	961	53 104	73,4	90,7
Dentistes	830	36 681	63,4	62,7
Sages-femmes	28	1 885	2,1	3,2
Infirmiers	1 144	48 650	87,4	83,1
Masseurs-kiné.	935	41 763	71,4	71,4
Pédicures	115	6 923	8,8	11,8
Orthophonistes	154	11 254	11,8	19,2
Orthoptistes	33	1 497	2,5	2,6

Globalement, les densités de professionnels de santé auvergnats sont assez proches des valeurs nationales, notamment pour les médecins généralistes, les dentistes et les masseurs kinésithérapeutes. Comparées à la moyenne nationale, certaines autres professions sont sous représentées. Sont dans ce cas, les médecins spécialistes qui ne comptent que 73,4 médecins pour 100 000 habitants contre 90,7 en France mais aussi les orthophonistes et les pédicures. A l'inverse, la densité des infirmiers est supérieure en Auvergne à celle de la France, 87,4 professionnels pour 100 000 habitants contre 83,1.

Ces résultats globaux ne permettent ni de montrer les inégalités territoriales de répartition de l'offre ni d'interpréter les évolutions propres à chaque type de profession.

#### ■ Les professions médicales, des perspectives assez inquiétantes

Les professions médicales ont connu de fortes mutations au cours des dernières décennies. Celles-ci ont plusieurs causes dont les principales sont concentrées autour de l'évolution du numerus clausus et de la féminisation des effectifs de professionnels.

Aujourd'hui, le nombre de départs de médecins du marché de travail (retraite, décès prématuré etc...) est à peu près identique au nombre d'entrées. Cette situation devrait durer jusqu'en 2007. Après cette date, le solde deviendra négatif. Cette baisse des effectifs s'accroîtra jusqu'en 2015 puis commencera à s'infléchir après cette date.

En effet, le numerus clausus instauré en 1971 a été au plus bas au début des années 90 et depuis il croît régulièrement, mais il n'atteint toujours pas les valeurs des années 70. Son influence sur les entrées dans les professions médicales ne se ressentira qu'à partir de 2015 étant donné la durée du cursus de formation pour un médecin

La féminisation des professions médicales est de plus en plus importante. Au niveau national elle est s'est accrue de 29 % entre 1989 et 2003<sup>2</sup> (tous types de médecins confondus). La tendance est identique en Auvergne. Le taux de féminisation des médecins généralistes atteint + 45 % chez les moins de 40 ans, alors qu'il est globalement très proche de la valeur nationale (29,2 % contre 29,8 %).

Sources : CNAMTS / SNIR au 31/12/2003 -

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes	
	Auvergne	France	Auvergne	France
Effectifs au 31/12/2003 :	1 365	60 761	961	53 104
Taux de féminisation :	29,2 %	29,8 % <sup>3</sup>	27,2 %	32,5 % <sup>4</sup>
Taux de féminisation de médecins de moins de 40 ans :	45 %	NC	34,8 %	NC
Part des médecins de plus de 55 ans :	20 %	20,4 %	25,6 %	NC
Age moyen	47,9	46,7	49,4	48,3

<sup>2</sup> Source ONDPS

<sup>3</sup> Source DREES – ADELI redressé

<sup>4</sup> Source DREES – ADELI redressé

Les effectifs de médecins auvergnats, généralistes ou spécialistes, sont légèrement plus âgés que la moyenne nationale. Cette situation pose le problème du renouvellement des effectifs à la suite des nombreux départs en retraite de la génération du baby-boom attendus au cours de la prochaine décennie.

L'Auvergne connaît une plus faible part de médecins spécialistes, seulement 41,3 %, dans son effectif total de médecins en comparaison à la valeur française (46,6%). Ceci s'explique par une faible attractivité de la région pour ces médecins. La mise en place de l'examen national classant (ECN) risque d'alourdir cette tendance.

#### ■ Les paramédicaux, une situation apparemment plus stable

Les infirmiers libéraux et les masseurs kinésithérapeutes sont les professions paramédicales les plus représentées dans le secteur libéral ; leurs caractéristiques démographiques connaissent un certain nombre de points communs notamment dans l'évolution à la hausse des effectifs et une jeunesse plus marquée que pour les médecins. Dans l'absolu, les effectifs d'infirmiers n'ont pas cessé d'augmenter depuis les années 70.

Une diminution des effectifs n'est pas à prévoir dans la mesure où les entrées dans la profession compensent encore les sorties prévisibles. En effet, le nombre de diplômés est en constante hausse depuis 1992 ; les quotas de formation ont doublé pendant cette période. L'Auvergne suit cette tendance. Pour les infirmiers, l'entrée dans l'activité libérale retardée par l'obligation des années d'activité hospitalière explique le plus faible effectif des moins de 35 ans. Pour les masseurs kinésithérapeutes, les effectifs ont, eux aussi, connu une hausse entre 1990 et 2003 ; les quotas de formation ont augmenté de 15 %.

La profession infirmière est marquée par une surféminisation très importante alors que les effectifs des masseurs kinésithérapeutes se partagent plus en faveur des hommes. Ce ratio diffère un peu à l'échelle nationale où il est plus homogène.

Ces résultats ne présagent pas des problèmes d'offre au niveau local. Il est très difficile d'estimer le poids des sorties de carrière avant l'âge de la retraite. Ces mouvements professionnels, assez fréquents, impliquent une réflexion sur le déroulement de carrière de ces professionnels paramédicaux, afin de pallier les manques potentiels.

Source : CNAMTS / SNIR au 31/12/2003

	Infirmiers libéraux		Masseurs kinésithérapeutes	
	Auvergne	France	Auvergne	France
Effectifs en 2003:	1 144	48 650	935	41 763
Taux de féminisation :	84,2 %	85,5 % <sup>5</sup>	33,1 %	38,1 % <sup>6</sup>
Part des plus de 55 ans :	12,1 %	12,9 %	24,2 %	18,7 %
Âge moyen	43,7	42,4	44	NC

<sup>5</sup> Source DREES – ADELI redressé

<sup>6</sup> Source DREES – ADELI redressé

## ■ Des inégalités au niveau local

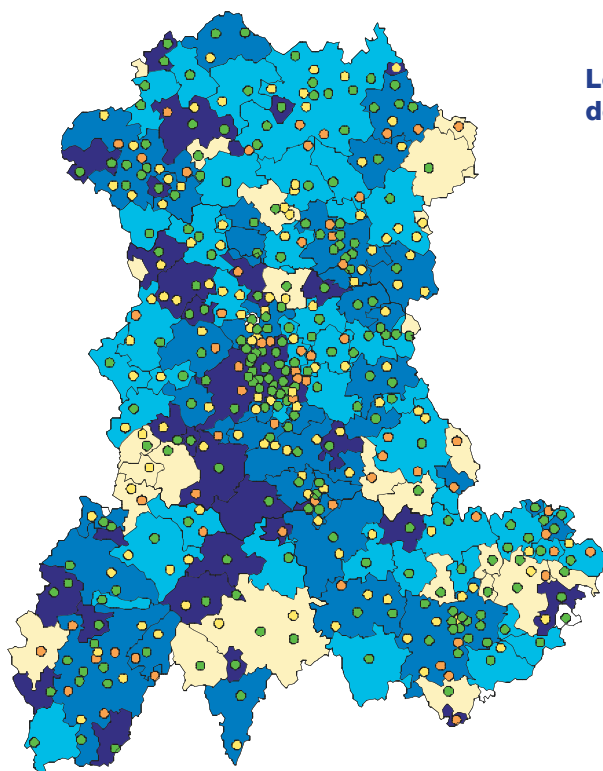
La région Auvergne, comme la majorité des autres régions, connaît de profondes différences territoriales dans la répartition des effectifs des professionnels de santé. Ce phénomène est accru par la structure géographique de la région. La dichotomie entre monde urbain et rural est amplifiée par la grande variété des campagnes auvergnates. En effet, zones de montagnes et de plaines n'évoluent pas de la même façon. L'extension de la métropole clermontoise, mais aussi celle de Vichy, Moulins ou Montluçon, influencent beaucoup ce phénomène. En effet, les professionnels s'installent plus facilement dans ces communes dont la forte expansion démographique est liée à l'arrivée de population travaillant dans la métropole mais souhaitant vivre à l'extérieur de celle-ci.

En zone rurale plus isolée, les professionnels sont essentiellement dans le bourg-centre ; l'équipement se compose alors, généralement, d'un seul professionnel de chaque type et forme un pôle de santé de base composé d'un médecin généraliste, d'un infirmier libéral, d'un masseur-kinésithérapeute, d'une pharmacie. Cette organisation implique pour les médecins et les

paramédicaux de nombreuses adaptations dans leur activité et induit souvent une charge de travail plus importante. Ces conditions de vie peuvent engendrer certaines difficultés de remplacement lors d'un départ à la retraite.

Ainsi les zones les moins bien dotées sont identifiées notamment dans l'Artense et le Cézallier mais aussi dans la Margeride, la planèze de Saint Flour, le Livradois-Forez ou le Bocage bourbonnais. La répartition des pôles complets se densifie notamment dans le couloir du Val d'Allier et dans les zones urbaines. En milieu rural, force est de constater que la structure est beaucoup plus lâche et que les pôles de santé de base sont beaucoup plus isolés.

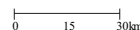
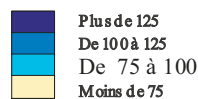
En conclusion, la démographie des métiers de la santé soulève de nombreuses questions sur la nature même de ces professions et leurs évolutions sociologiques. L'analyse des effectifs nécessite une approche à la fois globale pour assimiler toutes les grandes tendances, et aussi à l'échelle fine d'un territoire pour analyser les conditions de vie et d'exercice. Les réponses à trouver ne sont donc pas uniquement quantitatives ; elles doivent aborder des aspects qualitatifs afin qu'elles s'adaptent le mieux aux besoins.



### Les pôles de santé de base en Auvergne

- Equipements sanitaires isolés (1 ou 2 des 4 types de professionnels sont présents)
- Pôle incomplet (3 des 4 types de professionnels sont présents)
- Pôle complet (les 4 types de professionnels sont présents)

Nb de médecins généralistes pour 100 000 habitants



## 1-2 Les axes transversaux

Plusieurs problématiques ont été abordées de façon transversale au cours des travaux, soit en terme de population, soit en terme d'organisation. Leur présentation préalable aux volets thématiques les inscrit comme facteur commun pris en compte dans les différents volets et à retenir pour les projets territoriaux d'offre de soins et les projets d'établissements. Ils concernent :

### > Les populations vulnérables

Les populations « vulnérables » constituent les populations privilégiées par le plan régional de santé publique.

#### ■ Les personnes en situation de précarité

Il s'agit de conforter le fonctionnement des permanences d'accès à la prévention et aux soins de santé (PASS) ou de définir un fonctionnement assimilé dans les territoires qui n'ont pas officiellement de structure PASS. Les éléments de réflexion et de réponse concernent :

- le repérage des personnes en situation de précarité, quel que soit leur point d'entrée au sein de l'établissement (exemple : procédures, fiches réflexes, actions de formation, ...),
- les modalités d'évaluation de leur condition d'existence (ressources, logement, couverture sociale, ...), leur environnement familial, leur état de santé,
- les liens avec les partenaires sociaux et de santé pour offrir un ensemble de prestations permettant une prise en charge globale : médicale, psychologique et sociale,
- les conditions de la continuité des soins et les actions de prévention nécessaires,
- l'orientation et le suivi de la personne à la sortie de l'établissement,
- les consultations avancées et toutes stratégies thérapeutiques adaptées aux publics en grande difficulté pour faciliter leur accès à certaines

spécialités et/ou à la prévention et aux soins (exemple : consultations avancées au sein des centres d'hébergement et de réinsertion sociale),

- les coordinations et liens avec les hôpitaux locaux, les maisons médicales...

Les établissements de santé, liés par convention avec les établissements pénitentiaires, adaptent, en tant que de besoin, leur modalité de prise en charge des personnes sous main de justice, conformément aux dispositions du nouveau guide méthodologique de septembre 2004 relatif au fonctionnement des UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires).

#### ■ Les personnes âgées

L'hospitalisation constitue souvent pour les personnes âgées un risque majeur de déstabilisation de leur état physique et mental.

De nombreux facteurs concourent à cette altération, dont les problèmes de nutrition : dénutrition à l'entrée, problème d'édentation, régimes particuliers, troubles de la conscience ou de la motricité. Il apparaît essentiel que s'instaure dans tout territoire de santé une réflexion sur la question de l'alimentation en institution, qui peut prendre la forme d'un comité de liaison « alimentation-nutrition » ou CLAN regroupant médecins, diététiciens, responsables de la restauration, personnels soignants et autres.

### ■ Les personnes handicapées, quelle que soit la nature du handicap (intellectuel, sensoriel, moteur)

L'amélioration de l'accueil passe par :

- des aménagements assurant l'accessibilité des locaux, non seulement aménagements architecturaux mais aussi adaptation fonctionnelle (couleur, fléchage, livret d'accueil, couverts, ...),
- la formation d'une ou deux personnes référentes connues de l'ensemble des services, chargées de multiplier information et sensibilisation auprès des personnels de l'établissement,
- un renforcement des liens avec les structures médico-sociales qui accompagnent ordinairement les personnes handicapées.

### ■ Les personnes victimes de violences

Le PRSP concerne les personnes victimes de violences intra-familiales, quel que soit leur âge.

L'objectif est d'assurer une prise en charge des victimes (y compris la personne auteur de l'acte de violence) associant soins, orientation médico-sociale et réponse au problème médico-légal si nécessaire. Les dispositions relatives à la médecine légale, sous réserve de textes à venir, précisant son positionnement pourraient comprendre :

- l'organisation de l'accueil dans les services d'urgence et la formation des personnels,
- l'amélioration du dispositif de médecine légale avec la création d'un centre régional de référence par le rapprochement physique et fonctionnel des deux structures internes au C.H.U (le pôle régional de référence des victimes de violences sexuelles et de maltraitance et l'institut régional de médecine légale),
- l'amélioration du maillage territorial en unités médico-judiciaires (UMJ) par la formalisation du travail en réseau entre le centre régional et les différentes UMJ implantées sur le territoire (organisation de la permanence de la réponse, protocoles, formation, ...). Les UMJ ont vocation à répondre 24 h sur 24 à toutes les urgences et à toutes les demandes émanant de la Justice, des victimes ou de toute autre personnalité physique ou morale concernée par la violence.

La désignation de deux personnes référentes, mobilisables en tant que de besoin, est une piste à explorer; les relations avec les services d'accueil des urgences sont à re-définir.

- la consolidation des liens avec l'ensemble des acteurs potentiellement concernés, en particulier les services sociaux, les autorités judiciaires, les associations pour un accompagnement adapté à la sortie de l'hôpital.



## > Des vigilances à la gestion des risques

En quelques années, les enjeux en matière de sécurité dans les établissements de santé sont devenus incontournables pour les gestionnaires mais aussi pour les soignants.

En réponse aux événements dramatiques de santé publique, les pouvoirs publics ont accentué leur pression sur les hôpitaux afin que les pratiques de soins s'améliorent dans un objectif de maîtrise du risque.

### ■ La participation aux systèmes de veille, d'alerte et de gestion de crise

Les établissements, compte tenu des données dont ils disposent sur les pathologies qui touchent la population de leur territoire, contribuent à l'information des autorités sanitaires. Ils doivent répondre, en tant que de besoin et pour les missions qui leur incombent, à la gestion des crises sanitaires; pour ce faire, ils élaborent et tiennent à jour régulièrement leurs plans internes de mobilisation du personnel et participent aux exercices organisés par l'autorité préfectorale.

### ■ Les vigilances

Au sein des établissements de santé de nombreuses vigilances sont à mettre en place en application des dispositions réglementaires :

- biovigilance,
- hémovigilance,
- infectiovigilance,
- matériovigilance,
- pharmacovigilance,
- réactovigilance,
- toxicovigilance,

Des correspondants doivent être nommés dans chaque établissement et pour chacune des vigilances. Leur rôle consiste à :

- enregistrer et signaler les incidents ou les risques d'incidents,
- enregistrer, exploiter et évaluer ces informations dans un but de prévention,
- réaliser et suivre les actions correctives décidées.

Pour mieux appréhender l'ensemble de ces

surveillances, et aider les correspondants à suivre une législation et des réglementations évolutives, une commission de coordination régionale des vigilances sanitaires et de gestion des risques hospitaliers est mise en place depuis mars 2004. Ses premiers travaux portent sur :

- la création d'un annuaire régional des correspondants,
- l'élaboration d'un guide des vigilances,
- l'édition d'un guide des formations aux vigilances,
- la définition d'indicateurs régionaux.

Ils vont être poursuivis dans le cadre du SROS 3.

### ■ Les risques sanitaires

La réglementation rend obligatoire la mise en œuvre de moyens et une organisation rendant possible la quasi-disparition des accidents et incidents médicaux ou environnementaux. La gestion des risques, c'est prévenir l'apparition de phénomènes évitables.

Parmi les sept domaines énumérés ci-dessous, les trois premiers sont repris dans le SROS :

- la sécurité de l'anesthésie et du secteur opératoire,
- la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance,
- la sécurité des systèmes d'information,
- la sécurité incendie (elle est fondée sur la difficulté que peuvent rencontrer les personnes accueillies ou hébergées, pour évacuer ou se faire évacuer d'un bâtiment),
- la sécurité électrique,
- la sécurité de l'environnement (air – eau – gestion des déchets de soins),
- la sécurité alimentaire.

Des vigilances accrues et une application stricte des réglementations concernant les risques au sein des établissements de santé sont le premier maillon de la chaîne assurance qualité.

La qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé constituent un droit fondamental du patient.

## > La qualité du système de soins

La qualité des soins de santé se définit comme la prestation des meilleurs soins qui soient et l'atteinte des meilleurs résultats possibles chaque fois qu'une personne a recours au système de soins de santé ou utilise ses services. Il s'agit donc essentiellement de faire le meilleur travail possible en fonction des ressources disponibles.

Le système de soins comporte des professionnels de santé d'une part, des structures d'autre part. Chacun de ces différents acteurs doit participer à l'amélioration de la qualité des soins :

- amélioration des pratiques et de la qualité médicale des actes, ce qui demande une meilleure efficacité de chaque professionnel,
- dimension organisationnelle du bon emploi des moyens, ou emploi « efficace ».

De plus, l'optimisation de l'emploi des moyens est un devoir éthique de chaque acteur pour sauvegarder la protection sociale : toute ressource consacrée à une procédure ou à une structure inefficace est une ressource perdue pour les soins utiles.

### ■ L'amélioration des pratiques

Pour les médecins, le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 fait obligation de satisfaire à une Evaluation de leur Pratique Professionnelle (EPP). L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé, et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Voir le rapport HCAAM de janvier 2004

<sup>8</sup> Voir le rapport de Septembre 2005, intitulé «La Chirurgie en France - Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie».

<sup>9</sup> Voir le rapport HCAAM de janvier 2004 : «La coordination des soins aborde plutôt la notion d'organisation du côté professionnels soignants. Il s'agit de veiller à ce que chaque intervenant ou chaque structure fasse ce qu'elle a à faire, et seulement ce qu'elle a à faire, tout en fournissant, au bon moment, aux autres intervenants et structures, l'appui et l'information dont il a besoin.

La notion de continuité des soins aborde plutôt l'organisation sous l'angle du patient. Elle comporte une dimension temporelle (le soin 24 heures sur 24), mais surtout thématique. Le processus soignant, quel que soit le nombre d'intervenants qu'il implique, doit se dérouler sans rupture de traitement, sans perte d'information ou de mémoire».

### ■ L'accès aux soins

Optimiser les moyens, accroître l'efficacité globale des systèmes de soins passent par une meilleure organisation. Il convient en effet d'assurer, pour les patients, en fonction de leur état de santé,

- l'accès à une structure adaptée,
- l'accès à un mode de prise en charge adéquat, avec une meilleure articulation des acteurs.

L'équité dans l'accès aux soins conduit à une question princeps : « toutes les activités sont-elles possibles partout ? »

Deux thématiques du SROS sont plus particulièrement confrontées à cette question : la périnatalité et la chirurgie. Le principe général est que la qualité ne peut se résumer à la proximité<sup>8</sup>.

La qualité s'apprécie avant tout en termes de sécurité, ce qui conduit à :

- évaluer le risque à maintenir une activité,
- privilégier les sites réellement utiles à l'organisation des soins,
- adapter les transports sanitaires.

### ■ L'articulation des acteurs

Améliorer l'articulation des acteurs devient une nécessité. Un même patient connaît fréquemment des alternances d'hospitalisation et de traitement à domicile ; il bénéficie souvent de l'intervention de plusieurs professionnels différents. La nécessité d'une meilleure articulation s'exprime dans toutes les thématiques du schéma. Elle est traitée en termes de coordination des soins et de continuité des soins<sup>9</sup>.

Parmi les instruments de coordination et de continuité des soins, le parcours de soins reposant sur le médecin traitant et le dossier médical personnel sont des innovations majeures. En cancérologie, les réunions de concertation pluridisciplinaires jouent un rôle capital.

Quant aux réseaux, leur mise en œuvre recouvre des champs très variés, qu'il s'agisse de la périnatalité, d'affections médicales (diabète, affections neurologiques, infarctus du myocarde,...), de pathologies cancéreuses, de prises en charge en soins palliatifs,...

#### ■ L'accréditation

A partir de 2005, la procédure d'accréditation, prévue initialement par l'ordonnance du 24 avril 1996, comporte dans sa deuxième version de nouveaux objectifs, notamment l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient.

Elle est plus exigeante que la précédente version en matière d'évaluation de la pertinence des pratiques et d'évaluation des risques liés aux soins, notamment par l'analyse des événements indésirables qui révèlent des failles dans l'organisation qualitative des soins. Ils constituent une cause importante de souffrance humaine, et de pertes financières. Leur analyse conduira à l'amélioration tant des pratiques des professionnels que de l'organisation du système.

En conclusion, l'amélioration de la qualité constitue donc un enjeu majeur pour la réussite du SROS 3, et les acteurs du système de soins auvergnat ont l'ardente obligation de relever ce défi.

Les principes exposés dans ces axes transversaux sous-tendent les choix qui ont été effectués tant en termes de territorialisation, que de graduation des soins et d'organisation de la prise en charge de pathologies ou de populations spécifiques.

**DEUXIEME PARTIE  
DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE  
D'Auvergne 2006-2011**

**> Territoires  
et thématiques**

# Territoires et thématiques

## 2-1 Territoires de santé

Voir détails des travaux sous  
[www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)

### > Méthode suivie

Les travaux ont porté sur la définition des territoires d'accès aux soins de proximité ainsi que sur le découpage de la région en territoires de santé opérationnels dans lesquels vont s'élaborer les projets médicaux de territoires ou projets territoriaux d'offre de soins. Cette base est primordiale pour décliner les orientations stratégiques du SROS.

La méthode s'est appuyée sur la réalité des flux des patients en 2002, à travers les données PMSI et sur l'ensemble des données disponibles au moment des travaux.

Si de manière conceptuelle, l'organisation de l'accès aux soins se décline selon trois niveaux (territoires de proximité, territoires de santé et niveau régional et interrégional), seuls les deux premiers ont une traduction cartographique dans cette partie. Le niveau III, concernant quelques établissements pratiquant des actes rares ou très spécialisés est décrit dans la partie 2-2 relative aux thématiques.

La démarche suivie est résumée dans le schéma page suivante :

## Fil directeur

Niveau 1 : Accès aux soins de proximité

Choix des bassins de services intermédiaires comme plus petite unité territoriale d'accès aux soins de proximité

Etude de la cohérence de ces bassins du point de vue de l'offre médicale de proximité et mise en évidence des zones de fragilité

Choix des bassins de services intermédiaires comme plus petite unité territoriale d'accès aux soins de proximité



Niveau 2 : Les Territoires de Santé

Sur la base du PMSI 2002 et des codes GHM d'activité

Détermination des territoires propres aux pôles hospitaliers de moins de 200 lits MCO

Détermination des territoires des pôles hospitaliers par spécialité

Carte de synthèse des zones de patientèle des pôles hospitaliers

Arbitrages sur les zones de patientèle obtenues par spécialité



Cartographie des territoires de santé

### > Niveau 1 : accès aux soins de proximité

La région Auvergne est découpée en 130 *Bassins de services intermédiaires* (BSI) qui constituent les plus petits territoires pertinents pour l'accès aux soins de proximité. Ils représentent le plus petit échelon sur lequel s'organise la vie quotidienne des habitants. Leur détermination repose sur le vécu des habitants et non sur des contingences administratives ou politiques.

Dans ces BSI sont positionnés les établissements de proximité ainsi que l'offre quantitative de soins des professionnels libéraux.

Il existe une forte interaction entre les services sanitaires et les autres services rendus à la population. Médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers

mais aussi dentistes, masseurs-kinésithérapeutes ont tendance à se concentrer sur des communes disposant d'une gamme particulière d'équipements caractérisée par une répartition et une fréquentation similaire. Ces communes identifiées comme *pôles de services intermédiaires* attirent les populations des communes environnantes grâce à la présence de services utiles à chacun.

Sur la carte suivante, on constate que l'aire d'influence des pôles de médecins généralistes à travers les données bi-localisées « Commune de résidence du patient - Commune d'implantation du cabinet médical » (Source : URCAM 2002) est cohérente avec celle des bassins de services intermédiaires.

## Cohérence entre les bassins de services intermédiaires et la fréquentation du médecin généraliste constatée en 2002



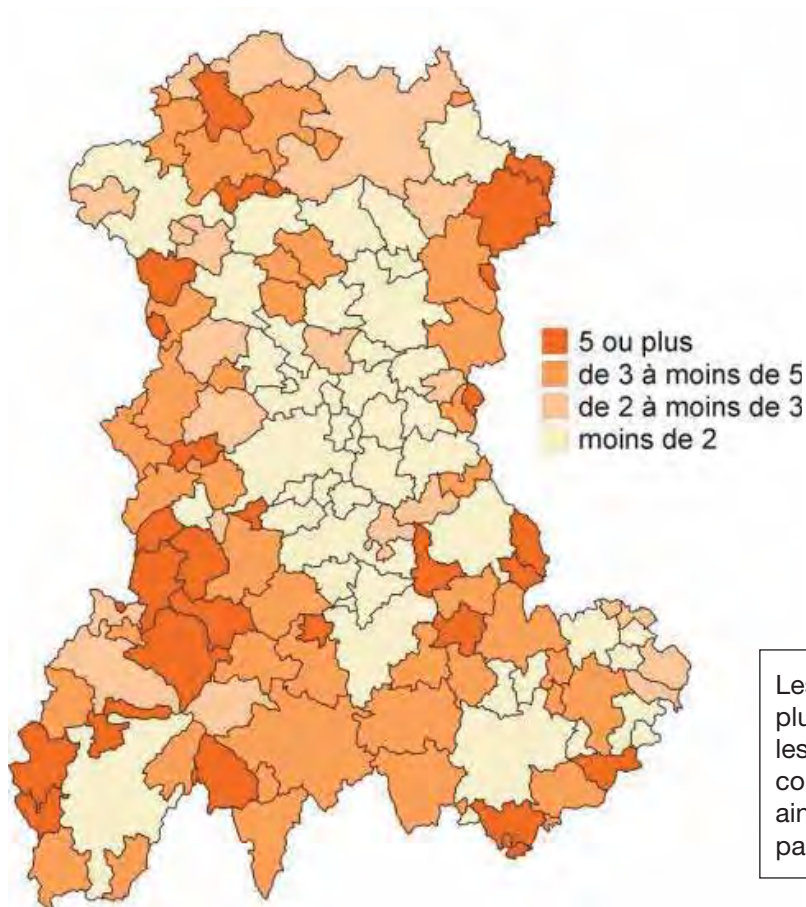


Du point de vue de l'accès aux soins de proximité, un score de fragilité a été déterminé pour les BSI à partir de neuf indicateurs :

- Part des 60 ans > 35 %
- Déclin démographique
- Densité inférieure à 25 habitants / km<sup>2</sup>
- Moins de 75 médecins pour 100 000 habitants
- Un seul médecin présent sur le bassin
- Nombre d'actes par médecin > 4 000
- Temps d'accès au médecin fréquenté > 10 mn
- Temps d'accès au 2ème médecin le plus proche > 10 mn
- Moins de 4 services de santé présents (médecin, pharmacien, dentiste, infirmier)

Chaque indicateur appliqué aux BSI est binaire (0 ou 1) et constitue une carte. L'addition des notes établit un score représenté sur une carte de synthèse de la fragilité des BSI.

### Score de fragilité



Plus le score est élevé,  
plus le bassin est fragile.

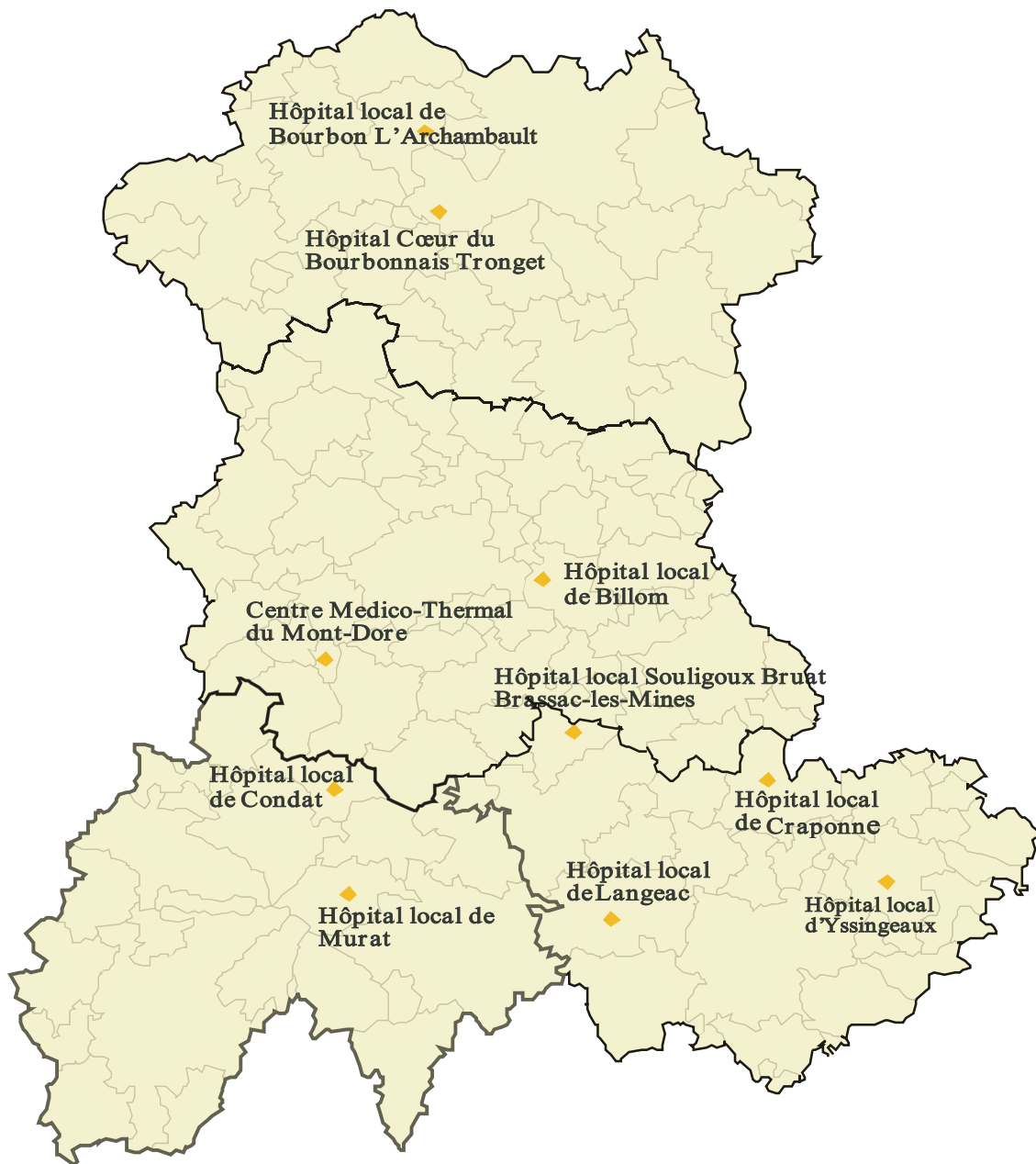
Les bassins de services intermédiaires les plus fragiles sont situés dans les zones les moins accessibles de l'Auvergne, aux confins de la région. Les centres urbains ainsi que le Val-d'Allier sont caractérisés par des scores faibles.

Les territoires d'accès aux soins de proximité sont contenus dans la carte ci dessous :

L'offre médicale de niveau I est présente dans chaque BSI. Elle est complétée par le positionnement des

hôpitaux locaux qui constituent des pivots d'une organisation médicale de proximité en réseau avec les médecins libéraux et relaient l'offre des pôles hospitaliers de niveau II en matière de consultation.

### Les hôpitaux locaux en Auvergne



0 25 50

Source : S.A.E. 2002,  
MAi 2004, URCAM Auvergne

## > Niveau 2 : les territoires de santé

La recherche d'un découpage de la région en territoires dans lesquels il serait possible de développer des coopérations à travers des Projets Territoriaux d'offre de soins (PTOS) a conduit à examiner les comportements des patients vis-à-vis de l'offre de soins existante. Le résultat cartographique a fait apparaître la zone de patientèle propre à chaque pôle hospitalier en fonction des thèmes retenus.

La notion de pôle hospitalier recouvre l'ensemble des établissements publics, privés ou PSPH présents sur un même site (BSI) et leurs activités additionnées.

A partir des données présentes dans le PMSI 2002, il a été recherché de :

■ déterminer les aires d'influence de certains pôles hospitaliers à partir de leur activité propre : Ambert, Brioude, Issoire, Mauriac, Riom-es-Montagnes, Riom, Saint-Flour, Thiers. Ces pôles hospitaliers peuvent comporter plusieurs établissements publics ou privés mais le cumul des capacités en MCO n'excède pas 200 lits.

La méthode de zonage utilisée a été la suivante :

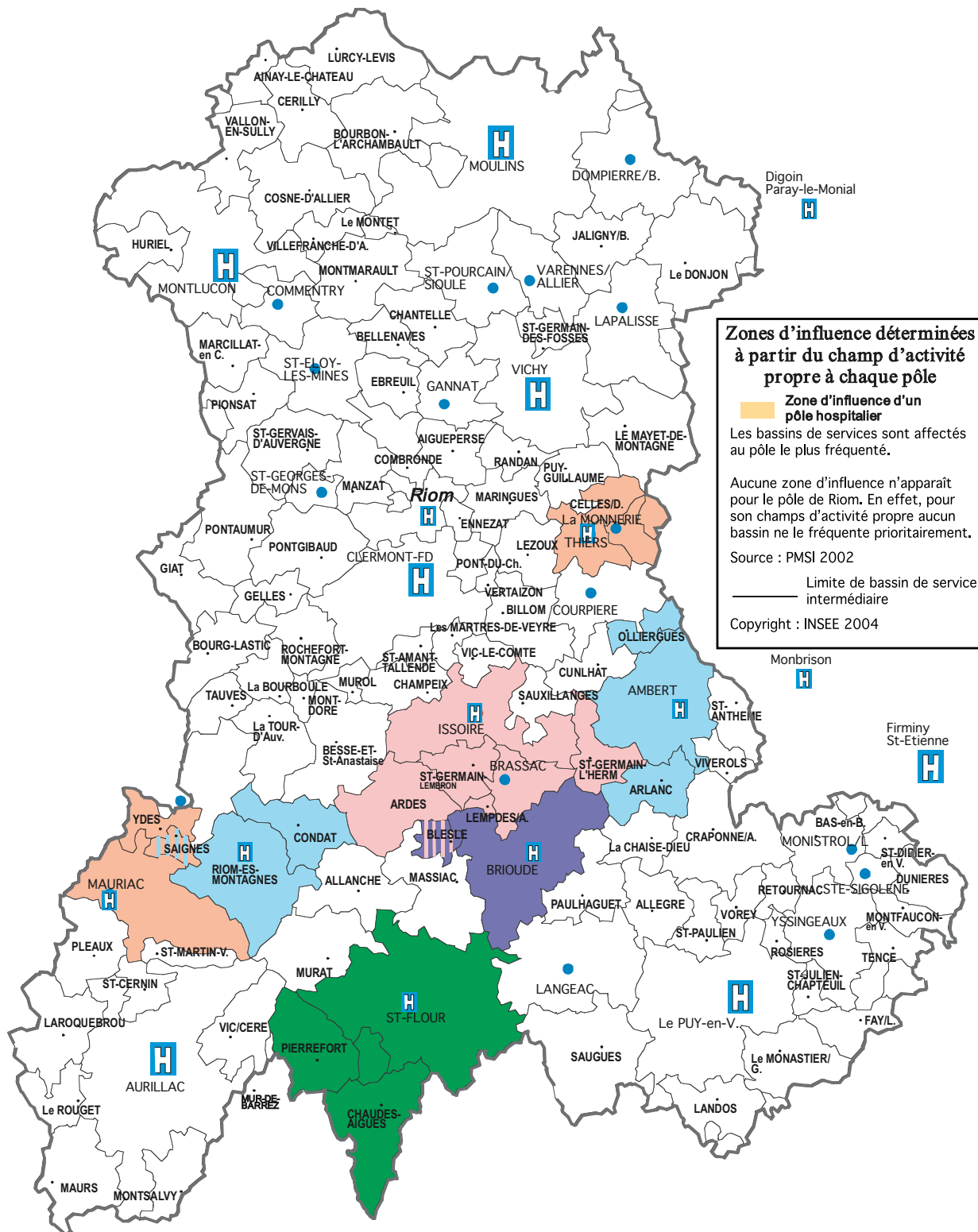
- sélection des séjours – pour chaque spécialité, GHM caractéristiques – pour chaque pôle hospitalier, GHM représentant plus des 2/3 des nombres de séjours de leur activité,
- répartition des codes postaux en codes communes proportionnellement à la structure par sexe et âge de chaque commune,
- affectation de la commune à une aire d'influence,
- pour chaque commune, détermination de la part des séjours réalisée dans chaque pôle hospitalier. Les communes sont affectées ensuite au pôle le plus fréquenté. Pour certaines spécialités, des pôles peuvent ne pas apparaître. Cela traduit le fait qu'aucune commune ne les fréquente majoritairement. Ces pôles secondaires sont alors inclus dans l'aire d'influence d'un pôle principal plus important.

## CARTOGRAPHIE DES AIRES D'INFLUENCE

Une carte montrant la composition communale des aires d'influence obtenues avec visualisation des bassins de services intermédiaires

### Zones d'influence des petits pôles hospitaliers - Pmsi 2002 déterminées à partir des champs spécifiques d'activités propres à chaque hôpital

#### Calage sur les bassins de services intermédiaires



■ déterminer les aires d'influence des pôles hospitaliers pour différentes spécialités : médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, obstétrique, oncologie.

La méthode de zonage utilisée est la même que pour les établissements de moins de 200 lits.

La cartographie des aires d'influences par spécialité, recoupant des volets du schéma, est composée :

- d'une carte de proposition de découpage des territoires de santé thématiques réalisée par affectation des communes au pôle le plus fréquenté,

- d'une carte en « oursin » où est précisée la valeur du lien de chaque commune au pôle principal de sa zone d'affectation

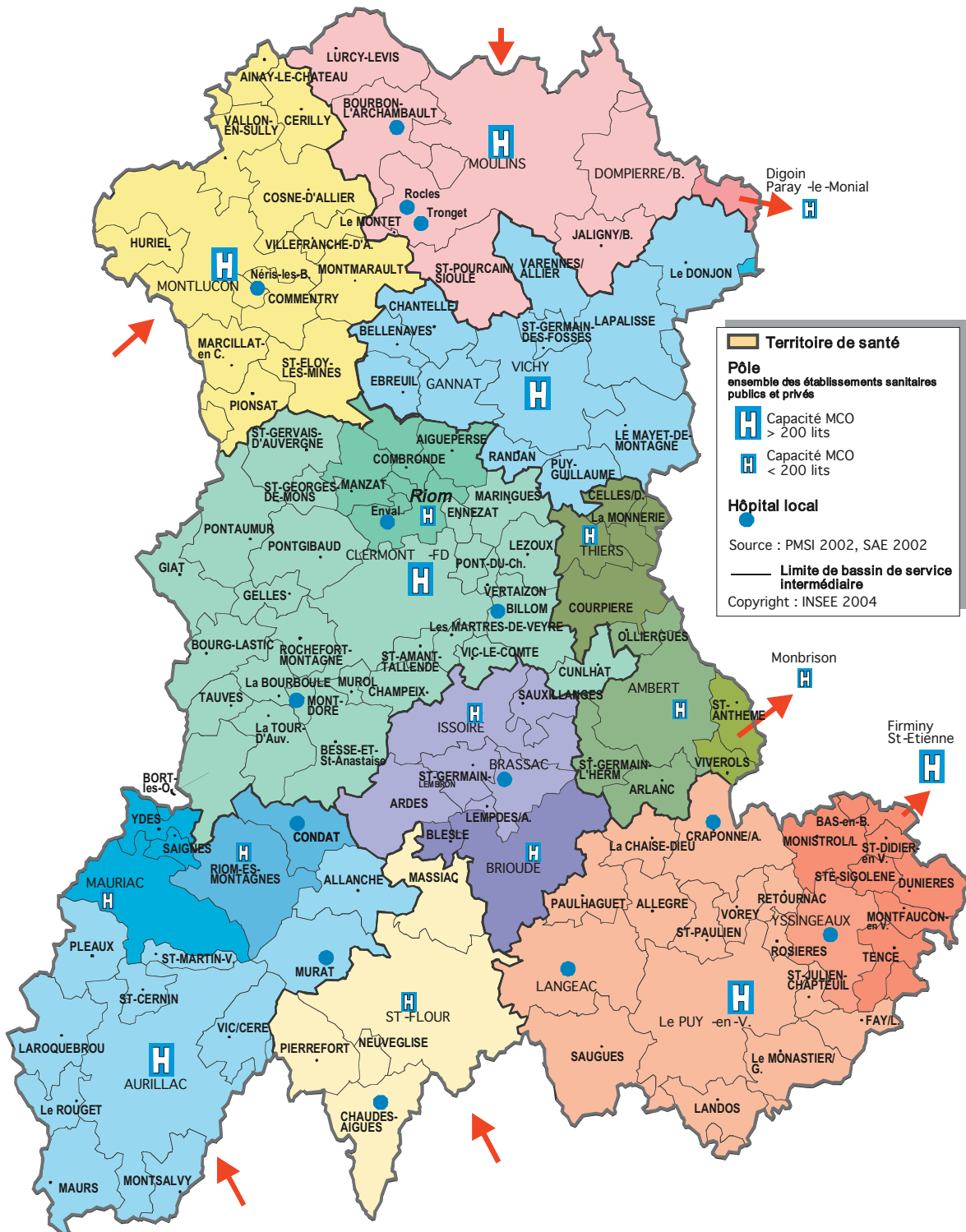
- d'une carte montrant la composition communale des aires d'influence obtenues par visualisation des bassins de services intermédiaires,

- d'un tableau des flux des patients des BSI vers les pôles hospitaliers,

Le découpage territorial de la région est donc fondé sur la plus grande zone de patientèle attribuable à chaque pôle hospitalier, issue de la plus favorable des cartes thématiques (hors oncologie et pédiatrie).

La carte page suivante illustre le découpage ainsi obtenu :

## Découpage de la région Auvergne en territoires de santé Ressort des projets territoriaux d'offre de soins



Les territoires de santé sont formés par les BSI sur lesquels se recoupent des zones de patientèle de pôles mitoyens. Ils sont regroupés sous une même couleur de base (exemple couleur verte pour Riom, Ambert, Thiers qui ont leurs zones de patientèle en commun avec Clermont-Ferrand).

Chaque pôle hospitalier possède un territoire qui peut être partagé en terme de clientèle, partiellement ou entièrement, avec un ou plusieurs autres pôles. Par exemple : le pôle d'Aurillac a une clientèle partagée avec les pôles de Mauriac et de Riom-es-Montagnes pour au moins un thème. C'est dans ces territoires de santé, que les projets de coopérations pourront être élaborés car les flux de patients sont partagés.

Ce découpage est calé sur la réalité des flux de patients, il exprime donc une volonté d'organisation du territoire en fonction des besoins réels de la population et tient compte des apports extra-régionaux qui augmentent l'activité des pôles.

Les fuites vers d'autres pôles hospitaliers en dehors de la région, en particulier sur l'est de la Haute Loire, n'ont pas affecté le découpage territorial, même si une concertation renforcée devra s'établir entre les pôles concernés dans chaque région.

La mise au point du dispositif d'organisation des soins dans la région a donc été établie sur ces territoires en fonction des thématiques traitées et en intégrant le niveau régional pour les activités de recours.

## 2-2 Thématiques

Les différents volets étudiés par ce SROS correspondent à ceux prévus par l'arrêté du 27 avril 2004.

L'ordre de présentation retenu suit la logique de regroupement suivante :

■ **le parcours hospitalier** : urgences, médecine, chirurgie, périnatalité, réanimation, soins intensifs et surveillance continue, imagerie, techniques interventionnelles, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile.

■ **les pathologies au long cours** : psychiatrie et santé mentale, insuffisance rénale chronique, cancer, soins palliatifs, personnes cérébro-lésées.

■ **les populations spécifiques** : les enfants et les adolescents, les personnes âgées.

Un volet complémentaire porte sur le système d'information.

La présentation des différents volets est volontairement synthétique et homogène. Elle est complétée d'une maquette reproduite dans la troisième partie au sein de l'annexe opposable.

### > PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

#### ■ Cadre général

La prise en charge des urgences et de la permanence des soins s'inscrit dans un contexte présentant trois caractéristiques :

- mutation profonde de l'exercice libéral de la médecine, en termes de démographie, désaffectation des gardes, insécurité, responsabilité, rupture rural/urbain, volontariat, rémunération, qualité de vie, formation, féminisation,

- exigence des patients et de libre accès au système de soins,

- nécessité de décloisonnement, pour un exercice collectif et coordonné du métier sanitaire.

Il convient de bien différencier la permanence des soins, l'Aide Médicale Urgente, et l'accueil hospitalier des urgences qui constituent trois réponses différentes apportées à la demande de soins d'urgence.

**LA PERMANENCE DES SOINS** demeure la réponse de la médecine de ville par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés, exprimées par les patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets. La garde libérale garantit la permanence des soins de ville et assure à titre principal la disponibilité des soins primaires.

**L'AIDE MEDICALE URGENTE** demeure la réponse de la médecine hospitalière hors les murs de l'hôpital et consiste en l'assurance apportée aux malades, blessés et parturientes de bénéficier, en quelque endroit qu'ils se trouvent, des soins médicalisés d'urgence appropriés à leur état.

**L'ACCUEIL DES URGENCES** demeure la réponse de la médecine hospitalière au sein d'un plateau technique dédié dans les murs de l'hôpital et consiste à assumer une fonction de tri des patients adressés par leurs médecins traitants ou venus de leur propre gré.



La confusion des notions tient essentiellement aujourd'hui au libre choix de la modalité de prise en charge par le malade de sorte que l'organisation des accès et l'éducation du patient sont les priorités d'interventions du nouveau schéma.

**CONCERNANT LA PERMANENCE DES SOINS,**  
il convient :

→ De privilégier la communication aux patients avec des messages généraux sur le bon usage du 15 (médias, collectivités locales, Assurance Maladie, professionnels de santé, institutions sanitaires, associations de malades et d'usagers...)

→ D'organiser la réponse à la demande de soins autour de trois plages horaires :

- **garde de jour** : 8 à 20 heures – ouverture des cabinets et rotation courte de cabinets dédiés pour accueil des demandes non programmées régulées,
- **garde de nuit** : 20 à 24 h – réponse libérale aux exigences de la permanence des soins,
- **astreinte de nuit** : 0 à 8 h – responsabilité de gestion confiée aux SAMU – intervention possible du médecin libéral pour des interventions particulières et justifiées.

→ D'organiser pour les centres 15 la réponse à la demande de soins, selon le principe d'activité de consultation, au gré des volontés et spécificités de terrain

- recrutement d'auxiliaires de garde,
- intervention du médecin traitant hors garde,
- ouverture du cabinet du médecin de secteur de garde,
- création en fonction des contextes locaux de maisons médicales intégrées dans la régulation 15 et articulées avec les services des urgences hospitaliers,
- contribution des associations de médecins urgentistes.

→ De mettre en place des procédures de gestion des situations médicales, à priori urgentes, dans l'ensemble des établissements scolaires, médico-sociaux, industriels et commerciaux (*articulation avec le PRSP*).

**CONCERNANT L'AIDE MEDICALE URGENTE,**  
il convient de :

→ Mutualiser les régulations spécifiques libérale

et hospitalière nécessaires au fonctionnement des SAMU.

→ D'avoir accès à une analyse détaillée quantifiée des besoins en favorisant les audits de fonctionnement quantifiés par territoire.

→ Déterminer un ratio cible en effectifs de permanenciers d'aides à la régulation médicale (PARM) prenant en compte les effets de la régulation unique.

→ Gérer l'organisation des moyens de secours (équipe mobile de renfort) des centres de régulation pour faire face à l'absentéisme et aux pics d'activité conjoncturels.

→ Coordonner la gestion des ressources hélicoptérées pour les transports sanitaires pré et post hospitaliers.

→ Contractualiser les partenariats avec la Défense Civile, la Gendarmerie, les Sapeurs Pompiers pour répondre à l'urgence.

→ Fixer les conditions de prise en charge et financement des transports sanitaires utiles dans un accord sur le bon usage des soins (AcBUS).

→ Optimiser les moyens radio-téléphoniques et réseaux de communication.

→ Conforter la protocolisation des appels 15/18.

→ Contractualiser l'activité SAU/UPATOU/SAMU/SMUR

- Par mutualisation interne au sein du territoire de santé : conventions inter établissements,

- Par mutualisation inter-départementale : conventions d'entraide.

**CONCERNANT L'ACCUEIL HOSPITALIER DES URGENCES,**

il convient de privilégier, en fonction des contextes locaux

→ Le regroupement, ou le mode de gestion globalisée entre services, notamment SAMU et Urgences.

→ Un accueil privilégiant l'accès direct dans les services concernés, sur la base de protocoles inter-services.

→ L'implication protocolisée des spécialistes en astreintes justifiées, y compris par des moyens appropriés de télé-médecine.

→ La constitution d'un système interne d'information fiable sur la disponibilité des lits et les possibilités d'hospitalisation dans les services de l'établissement, des établissements du territoire et des établissements référents.

→ L'optimisation de l'organisation des soins de suite (*articulation avec la thématique soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle*).

→ Une gestion coordonnée pour rationaliser les fermetures temporaires des lits.

→ Le suivi de la mise en place des commissions des admissions et consultations non programmées, pour évaluer les dysfonctionnements et adapter les changements nécessaires d'organisation et de procédures.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

Tout établissement sollicitant l'autorisation d'activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences formalise un réseau dont la convention constitutive précise notamment les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir les patients adressés par le SAMU ou par le service d'urgence.

Ce réseau est soit infra-régional, soit régional, soit inter-régional et il associe les professionnels de la médecine ambulatoire participant à la permanence des soins ou intervenant à la demande des SAMU, ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux concernés, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le dispositif gradué de soins est sécurisé par l'aide médicale urgente qui dispose des moyens appropriés de télé-médecine (*articulation avec la thématique système d'informations*).

### a) ce qui relève du niveau régional

Un Observatoire Régional des Urgences et Permanence des Soins est créé : l'une de ses missions principales est de réaliser un audit de fonctionnement quantifié par territoire permettant une approche quantifiée des besoins.

Vis à vis du transport sanitaire hélicoptéré, la mise en œuvre progressive du SROS et des projets territoriaux d'offre de soins va entraîner un renforcement de la gradation des plateaux techniques. Dans ce cadre, un suivi est mis en place pour réévaluer l'adéquation des besoins à l'offre auvergnate en moyens hélicoptérés.

Des organisations spécifiques concernant l'accueil des patients nécessitant des soins de recours spécialisé au CHU sont mises en place pour relayer les équipes SMUR qui doivent servir essentiellement la couverture médicale de leurs territoires ; ceci concerne notamment les polytraumatisés, les événements cardiovasculaires, les besoins neurologiques... (*articulation avec la thématique médecine*)

Les établissements autorisés pour une activité à vocation régionale de prise en charge spécialisée des patients accueillis au service des urgences sont :

- le CHU pour la spécialité de pédiatrie (service d'accueil des urgences pédiatriques),
- la clinique la Châtaigneraie à Beaumont pour la spécialité de chirurgie de la main.

Le pôle régional d'accueil des victimes de violences sexuelles et de maltraitance au CHU est conforté dans son rôle de référent (*articulation avec le PRSP*).

### b) ce qui relève des territoires de santé

**CONCERNANT LA PERMANENCE DE SOINS,**  
La centralisation de la régulation au centre 15 est rendue effective dans chaque département et implique un partenariat co-gestionnaire entre régulation hospitalière et régulation libérale. Des conventions entre établissements sièges de centres 15 et associations de médecins libéraux garantissent les aspects juridiques de statuts et de responsabilité.

Des protocoles détaillés des obligations et procédures applicables à la régulation centre 15, permettent éventuellement des lieux distincts d'implantation géographique des intervenants libéraux et hospitaliers.

#### **CONCERNANT L'AIDE MEDICALE URGENTE,**

La répartition des SMUR et des antennes permanentes est la suivante ;

SMUR du Centre Hospitalier de Moulins,  
SMUR du Centre Hospitalier de Montluçon,  
SMUR du Centre Hospitalier de Vichy,  
SMUR du Centre Hospitalier d'Aurillac,  
Antenne SMUR au Centre Hospitalier de Mauriac,  
SMUR du Centre Hospitalier de Saint-Flour,  
SMUR du Centre Hospitalier du Puy,  
SMUR du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand,  
SMUR du Centre Hospitalier de Riom,  
SMUR du Centre Hospitalier de Thiers,  
SMUR du Centre Hospitalier d'Issoire,  
Antenne SMUR au Centre Hospitalier de Brioude.

Le territoire de santé Issoire-Brioude a vocation à disposer d'un SMUR unique. Le territoire de santé Thiers-Ambert a vocation à disposer d'un SMUR au centre hospitalier d'Ambert.

Les transports médicalisés pédiatriques font l'objet d'un chapitre spécifique de la thématique périnatalité. *(articulation avec la thématique périnatalité).*

#### **CONCERNANT L'ACTIVITE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ACCUEILLIS AU SERVICE DES URGENCES**

Les établissements autorisés pour une activité de prise en charge polyvalente des patients accueillis au service des urgences sont le Centre Hospitalier de Montluçon, le Centre Hospitalier de Vichy, le Centre Hospitalier de Moulins, le Centre Hospitalier d'Aurillac, le Centre Hospitalier du Puy, le CHU à Clermont-Ferrand, le Centre Hospitalier de Mauriac, le Centre Hospitalier de Saint-Flour, le Centre Hospitalier de Thiers, le Centre Hospitalier d'Ambert, le Centre Hospitalier d'Issoire, le Centre Hospitalier de Riom, le Centre Hospitalier de Brioude.

Au sein d'un même territoire de santé, une demande d'autorisation supplémentaire pour une activité de

prise en charge des patients accueillis au service des urgences est examinée, si cette activité répond aux besoins identifiés par le projet territorial d'offre de soins.

L'établissement sollicitant l'autorisation de prise en charge des patients accueillis au service des urgences formalise le partenariat nécessaire avec les professionnels de la médecine ambulatoire, incluant les médecins participant à la permanence de soins ou intervenant à la demande du SAMU, ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux concernés, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes *(articulation avec la thématique prise en charge des personnes âgées).*

#### **c) ce qui relève de la proximité**

Tout territoire de santé doit s'assurer en propre ou par voie de convention de l'accessibilité permanente aux soins (secteurs libéral et hospitalier confondus) dans un délai de 30 minutes. Les modalités spécifiques d'organisation garantissant ce délai peuvent être :

- Des conventions avec des SMUR ou des zones de garde limitrophes,
- Des conventions avec les sapeurs pompiers, susceptibles d'associer localement certains types de moyens d'intervention ou de transport,
- Des conventions spécifiques avec les ambulanciers, pouvant intégrer, sous réserves, le dispositif d'AMU,
- Une contractualisation avec des médecins libéraux, volontaires, formés et équipés pour assurer un premier contact AMU, (les correspondants SAMU),
- La mise en place de maisons médicales.

En tant que de besoin, des pôles de soins de première urgence sont organisés, apportant une modalité de coopération intégrée entre hôpitaux locaux et médecins libéraux, afin d'optimiser les ressources et partager les contraintes notamment dans les territoires à dominante rurale.

## > MEDECINE

### ■ Cadre général

La prise en charge des soins en médecine recouvre des activités très diverses en fonction des plateaux techniques, et des populations hospitalisées :

- cette activité médecine est exercée au CHU, dans les Centres Hospitaliers et dans les Hôpitaux Locaux,

- la population vieillissante est à l'origine de nombreuses hospitalisations en médecine. Les pathologies en cause sont souvent multiples et compliquent la prise en charge et l'orientation après un passage par les urgences, et ce surtout dans les établissements qui sont organisés en service de médecine spécialisée,

- la démographie médicale, proche de la moyenne nationale, n'est pas homogène sur notre territoire régional (médecins généralistes mais surtout des médecins spécialistes),

- la population rurale a pour caractéristique de recourir plus tardivement aux services de soins que la population des zones urbaines et suburbaines,

- la prévention est peu développée, et les habitudes alimentaires auvergnates constituent un déterminant de santé notable,

- la répartition territoriale des lits d'hospitalisation est satisfaisante,

- l'activité de médecine répond aux besoins exprimés,

- des territoires n'ont pas d'hôpitaux locaux.

Il convient :

- D'améliorer le dépistage de facteurs de risque vasculaire,

- De mobiliser les différents acteurs intervenant dans le domaine de l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique (*articulation avec le PRSP*),

- De sensibiliser les usagers à l'appel précoce du 15 vis à vis de pathologies ou symptômes spécifiques,

- De réaffirmer le rôle des hôpitaux locaux vis-à-vis des soins médicaux de proximité avec la possibilité de développer :

- des alternatives à l'hospitalisation complète,
- des consultations avancées,
- des soins de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.

Les hôpitaux locaux ont naturellement vocation à intégrer les réseaux ville-hôpital dispensant des soins auprès des personnes âgées (*articulation avec la thématique prise en charge des personnes âgées*).

### CONCERNANT LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

- Ce sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques,

- Un tiers des AVC ne sont pas hospitalisés en service de neurologie,

- L'AVC implique la participation de l'ensemble du système de santé : la prévention, la prise en charge aux urgences, l'accès au plateau médico-technique, aux soins en hospitalisation aiguë, les soins de suite et de réadaptation, la réinsertion à domicile,

- Peu de neurologues sont installés dans la région.

### CONCERNANT LE DIABETE DE TYPE II

- Le dépistage doit être renforcé,

- La prise en charge du patient diabétique doit être améliorée tant au niveau ambulatoire qu'au niveau hospitalier,

- Le nombre de médecins spécialisés en endocrinologie est insuffisant.

### CONCERNANT L'INFARCTUS DU MYOCARDE (IDM)

- La prise en charge précoce de la douleur thoracique nécessite une organisation sanitaire renforcée de type réseau. Il convient particulièrement d'inciter les médecins généralistes à intégrer tout réseau axé autour de la prise en charge précoce de la douleur thoracique,

- Si le nombre de centres de coronarographies apparaît suffisant, une répartition géographique différente peut être étudiée,

- Le nombre et la répartition des cardiologues sont corrects, mais la pyramide des âges est à prendre en compte.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

Le dispositif actuel d'organisation et de gradation des soins en niveau doit évoluer compte tenu de la démographie de la population et de celle des professionnels.

Ce dispositif s'appuie sur les centres 15 avec une implication forte des régulateurs de l'urgence dans la prise en charge de l'AVC et de l'IDM. Ces régulateurs disposent de protocoles établissant des lieux d'accueils hospitaliers par territoires de santé pour ces pathologies (*articulation avec la thématique urgence et permanence des soins*).

Concernant le diabète, la création d'un réseau ville-hôpital dans chaque département doit être encouragée.

Le développement de la télé-médecine doit être poursuivi quelle que soit la discipline de soins médicaux concernée (*articulation avec la thématique système d'informations*).

### a) ce qui relève du niveau régional

La création ou la reconnaissance de pôles de référence est nécessaire

#### **CONCERNANT LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)**

- création d'une unité neurovasculaire de référence au CHU.

#### **CONCERNANT LE DIABETE DE TYPE II**

- reconnaissance d'un centre de référence régional en diabétologie au CHU.

#### **CONCERNANT L'INFARCTUS DU MYOCARDE (IDM)**

- formaliser et mettre en œuvre un réseau de prise en charge précoce de la douleur thoracique.

Les unités de référence au CHU doivent assurer :

- les soins de recours,
- la coordination de la filière,
- l'organisation de la formation des professionnels concernés,
- l'incitation à la recherche clinique,
- l'expertise spécifique concernant certains types de patients ou de techniques.

Pour cela, la télé-médecine doit être développée. (*articulation avec la thématique système d'informations*).

**b) ce qui relève des territoires de santé****CONCERNANT LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC)**

Il convient au niveau de chaque territoire de santé de disposer en propre ou par voie de convention d'une unité neurovasculaire.

L'identification des sites d'hospitalisation de proximité pour les AVC est nécessaire : ces établissements prennent en charge des patients présentant des AVC bien que n'ayant pas une activité suffisante pour dégager des moyens spécifiques à la création d'une unité neurovasculaire, sous réserve :

- qu'ils disposent d'un scanner opérationnel 24 h/24,
- qu'ils participent activement à la filière régionale de prise en charge des AVC (*utilisation de référentiels, participation aux actions de formation...*).

**CONCERNANT LE DIABÈTE DE TYPE II**

Chaque territoire de santé dispose en propre ou par voie de convention d'une consultation et/ou d'une hospitalisation de jour en diabétologie.

**CONCERNANT L'INFARCTUS DU MYOCARDE (IDM)**

Chaque territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à une hospitalisation complète en cardiologie, à une unité de soins intensifs de cardiologie et à un plateau de coronarographie et d'angioplastie coronaire (*accès H 24*) (*articulation avec la thématique techniques interventionnelles sous imagerie médicale*)

**c) ce qui relève de la proximité**

Tout établissement de santé quel que soit son statut et dispensant des soins de court séjour médecine, a vocation première à assumer une mission de soins médicaux de proximité.

L'ensemble des acteurs soignants médicaux et paramédicaux du secteur ambulatoire participent naturellement aux soins médicaux de proximité.

Une optimisation des prises en charge de proximité n'est possible que par l'émergence de réseaux de soins ville-hôpital permettant l'articulation et l'harmonisation des soins de médecine.

## > CHIRURGIE

### ■ Cadre général

L'organisation de la chirurgie en région Auvergne nécessite :

**a)** d'assurer l'activité chirurgicale en cohérence avec les autres disciplines du plateau technique : biologie, imagerie, accueil des urgences, pédiatrie et gynéco-obstétrique, anesthésie-réanimation.

Cette cohérence passe entre autres par :

- l'implantation d'au moins un scanographe par territoire de santé, incluant les moyens humains nécessaires pour un accès H24 (scanner intra-muros ou à proximité immédiate, accessible sans délai),

- l'implantation d'au moins une structure d'accueil des urgences (UPATOU au minimum) autorisée et conforme par territoire de santé.

**b)** de réaliser une activité chirurgicale minimale, dans un environnement médical sécurisé, pour les sites autorisés. Cela passe par l'évolution des sites de chirurgie qui ont une activité annuelle inférieure à 2 000 interventions avec anesthésie vers des disciplines répondant à des besoins avérés pour la population, tels que les soins de suite et la médecine.

La seule dérogation ne pourrait être occasionnée que par l'éloignement géographique, conformément aux recommandations de la circulaire ministérielle du 5 mars 2004.

**c)** d'intensifier le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, tant en secteur public qu'en secteur privé.

Au-delà des aspects réglementaires définis par le code de la santé publique, ce développement passe par :

- le respect de contre-indications socio-environnementales (notamment isolement et éloignement géographique) propres à l'Auvergne,

- la possibilité de partager un même plateau technique (bloc opératoire) entre activité chirurgicale ambulatoire et hospitalisation complète,

- l'optimisation du retour à domicile en lien avec la médecine de ville.

**d)** d'intégrer la notion d'interrégionalité pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

Les activités de soins suivantes : chirurgie cardiaque, traitement des grands brûlés et neurochirurgie seront traités dans le cadre d'un schéma interrégional en application de l'article D 6121-11 du code de la santé publique. Ce choix est motivé par la nature hautement spécialisée de ces activités, par le faible nombre de patients concernés et par le niveau de l'offre en conséquence plus restreint.

L'arrêté ministériel du 24 janvier 2006 a fixé les groupes de régions qui constituent les interrégions : l'interrégion Sud-Est comprend les régions Rhône-Alpes et Auvergne.

**e)** la chirurgie pédiatrique et l'ORL pédiatrique sont intégrées dans la thématique prise en charge des enfants et des adolescents, conformément à la circulaire ministérielle du 28 octobre 2004.

Il convient, pour tout site autorisé à pratiquer une activité de chirurgie, de veiller à favoriser l'évolution des plateaux techniques, tant en terme d'activité que de matériels ou de moyens en personnels.

### **CONCERNANT LA CHIRURGIE GENERALE, VISCERALE ET TRAUMATO-ORTHOPEDIQUE**

Il convient de maintenir une telle activité au sein de chacun des 9 territoires de santé arrêtés, cette notion étant compatible avec l'existence de plusieurs plateaux techniques chirurgicaux au sein d'un même territoire de santé. Le seuil minimum d'activité pour un même site de chirurgie peut être fixé à 200 000 KC annuels. Une activité inférieure à ce seuil peut nécessiter une évaluation des risques à maintenir ou pas une activité chirurgicale au sein d'un tel établissement.

La taille minimale souhaitable de l'équipe, pour assurer une sécurisation et une pérennité optimales de l'activité au sein d'un territoire de santé ou d'un établissement, s'établit ainsi :

- 3 chirurgiens viscéraux,

- 3 chirurgiens traumatolo-orthopédistes,

- 3 anesthésistes-réanimateurs.

Ces deux critères (seuil minimum d'activité, équipe minimale souhaitable) doivent être confrontés à d'autres critères, dont l'éloignement géographique et l'accès aux soins ainsi que la concertation avec les élus et les usagers.

Compte tenu des normes réglementaires et des recommandations des sociétés savantes pour une organisation optimale des blocs opératoires et un environnement sécurisé, il n'y a pas lieu de rajouter d'autre préconisation.

### CONCERNANT LES SPECIALITES CHIRURGICALES AUTRES

*(hors chirurgie vasculaire, thoracique, neuro-chirurgie et chirurgie cardiaque)*

Les moyens humains et les compétences médicales et chirurgicales en place ne permettent pas de couvrir en propre chacun des territoires de santé. Les conditions démographiques ne permettront probablement pas d'améliorer cette couverture dans les prochaines années.

Pour compenser ces insuffisances, plusieurs solutions sont possibles :

- coopération public - privé au sein des territoires avec constitution d'équipes communes,
- coopération formalisée par exemple sous forme de conventions de relais entre établissements pourvus des spécialités et établissements non pourvus,
- consultations avancées dans les territoires de santé non pourvus.

### CONCERNANT LA CHIRURGIE VASCULAIRE

Le constat relatif aux moyens humains et aux compétences est superposable au constat établi pour les spécialités chirurgicales, ainsi que les solutions possibles. L'activité chirurgicale minimale doit répondre aux recommandations des sociétés savantes, et notamment celles du Collège Français de Chirurgie Vasculaire. La cohérence du plateau technique passe par l'accès rapide aux explorations radio-vasculaires, dont l'angiographie conventionnelle.

La création de filières de soins garantissant l'accès direct à un avis compétent (public ou privé) en lien avec les SAMU/SMUR et les médecins généralistes

ou spécialistes de ville est nécessaire au moins pour les pathologies suivantes :

- accident vasculaire cérébral,
- ischémie artérielle aiguë du membre, toutes origines confondues,
- fissuration et rupture d'anévrisme aortique.

Ces circuits courts doivent éviter tous les intermédiaires susceptibles d'occasionner perte de temps et donc de chance pour le patient.

### CONCERNANT LA CHIRURGIE THORACIQUE ET PNEUMOLOGIQUE

La pratique de la chirurgie thoracique lourde, susceptible d'occasionner des suites et un suivi difficiles, est l'apanage du CHU. Des actes de chirurgie thoracique plus légers sont toutefois réalisés dans plusieurs établissements hors CHU.

La diminution importante depuis 1999, de la capacité d'hospitalisation du service de chirurgie thoracique du CHU, combinée à l'incidence croissante de la cancérologie pneumologique, ne permet pas de répondre actuellement aux besoins de la population. Il est nécessaire de restaurer rapidement la capacité initiale du service de chirurgie thoracique, avec les moyens matériels et humains compatibles.

Pour les patients opérés en chirurgie thoracique ou les insuffisants respiratoires graves notamment appareillés par Ventilation Non Invasive (VNI), le risque de décompensation et la saturation fréquente des unités de réanimation du CHU conduisent à proposer la création d'une Unité de Soins Intensifs (USI) de Pneumologie dont la capacité pourrait être de 4 lits.

Des difficultés d'aval concernent les insuffisants respiratoires chroniques, notamment les patients appareillés nécessitant une surveillance médicale et paramédicale experte, d'où la proposition de développer la prise en charge qualitative et quantitative de ces patients.

### CONCERNANT L'ACTIVITE DE PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS

*(moelle osseuse exclue)*

L'activité de prélèvement d'organes et de tissus



relève d'une approche interrégionale et nationale. Cependant, et face à une activité de prélèvement insuffisante en Auvergne, l'objectif régional est de tendre vers l'objectif fixé par le plan « greffes », soit 15 à 20 donneurs prélevés par million d'habitants.

L'atteinte de cet objectif suppose de :

- relancer l'activité de recensement des sujets en état de mort encéphalique (SME) en vue d'atteindre l'exhaustivité notamment dans les établissements autorisés au prélèvement et les unités de réanimation. A plus long terme : envisager d'étendre cette dynamique dans tous les établissements publics et privés d'Auvergne.

Pour cela continuer et renforcer :

- les campagnes d'informations au sein de la population générale,
- le travail de sensibilisation, d'information et de formation continue à l'intention des médecins et personnels paramédicaux (libéraux ou hospitaliers, réanimateurs prioritairement) en s'appuyant sur les équipes de coordination hospitalière, IDE et médecins coordonnateurs en place,
- développer la formation initiale auprès des étudiants des professions médicales et paramédicales, notamment des étudiants en médecine.
- apporter aux établissements demandeurs l'aide logistique et l'expertise des équipes hospitalières (celles du CHU notamment) pour l'aide au diagnostic de mort encéphalique.

Pour cela :

- faciliter l'accès à un avis neuro-chirurgical senior du CHU de Clermont-Ferrand,
- développer la télétransmission,
- favoriser le transfert des donneurs potentiels :
  - en réanimation du CHU (avant confirmation diagnostique de mort encéphalique) en adaptant par exemple la capacité d'accueil des unités saturées (Cf. SROS réanimation),
  - dans le « lit dédié » du service de réanimation médico-chirurgicale de l'Hôpital Gabriel

Montpied (après confirmation du diagnostic de mort encéphalique).

- rappeler la mission exacte du « lit dédié » existant au CHU,

- Faciliter l'accès au « Réseau Auvergne d'accueil des donneurs et de prélèvement d'organes et de tissus » pour les établissements non autorisés au prélèvement (que ces établissements soient publics ou privés),

- Limiter la fuite des donneurs potentiels hors région administrative et hors Inter Région 3 par une politique régionale volontariste en synergie avec l'Etablissement Français des Greffes,

- Adapter les préconisations aux évolutions techniques et aux recommandations des sociétés savantes (greffes à partir de donneurs vivants, prélèvements à cœur arrêté, limite d'âge des donneurs potentiels, cœur artificiel implantable ...),

- Adapter les moyens à l'activité sur la base des recommandations professionnelles («Recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale par la transplantation rénale en France 2004», notamment).

- Procéder à la révision des conventions entre établissements préleveurs et banques de tissus.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale (hors chirurgie pédiatrique)

#### a) ce qui relève du niveau interrégional

- L'activité de chirurgie cardiaque,
- L'activité de neuro-chirurgie.

#### b) ce qui relève du niveau régional

- L'activité de prélèvement d'organes et de tissus (hors moelle osseuse),
- L'offre de recours en matière de chirurgie viscérale et traumatolo-orthopédique,
- L'offre de recours en matière de spécialités chirurgicales autres (dont chirurgie thoracique et vasculaire).

Le recours répond à une logique d'accès à des techniques complexes et hyperspécialisées.

Leur mise en œuvre requiert la réunion des compétences d'expertise et d'innovation.

#### c) ce qui relève des territoires de santé

Il convient de doter chaque territoire de santé d'un dispositif qualitatif et quantitatif d'offre de soins garantissant l'accès à une activité de chirurgie générale, viscérale et traumatolo-orthopédique.

Ce principe vaut également, en propre ou par convention, pour les spécialités chirurgicales autres.

Pour ces dernières, il est défini six territoires de santé :

- Moulins,
- Montluçon,
- Vichy,
- Aurillac-Mauriac,
- Le Puy-en-Velay,
- et un territoire « Grand Clermont », regroupant les autres territoires de santé non encore cités, à savoir : Clermont, Thiers-Ambert, Issoire-Brioude et Saint-Flour.

Les établissements de chaque territoire de santé ont vocation à participer à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus (hors moelle osseuse), en lien avec le centre référent régional.

## > PERINATALITE

### ■ Cadre général

La prise en charge des soins de périnatalité en Auvergne révèle des fragilités dans l'organisation de l'offre de soins qui portent sur :

- la faible capacité du CHU à répondre aux besoins de soins intensifs de néonatalogie,

- les problèmes de démographie médicale des gynécologues-obstétriciens, des anesthésistes-réanimateurs, des sages-femmes, des pédiatres (réanimation – transports), et des psychiatres,

- les transferts (en particulier néonataux) en périnatalité qui doivent être optimisés grâce à :

- un bon niveau d'expertise lors de la décision de transfert,
- un conditionnement de qualité,
- une sécurisation du transfert,
- une mise à jour de la charte du réseau de santé périnatale pour faciliter le retour du niveau III vers les niveaux II.

- une coopération insuffisante entre maternités de niveau I et II à l'intérieur d'un même territoire, en contradiction avec les dispositions de la charte du réseau Périnatalité, certaines maternités de niveau I préférant adresser au niveau III directement,

- le diagnostic prénatal, pour lequel les échographistes référents doivent bénéficier d'une qualification optimale et d'un cadre juridique adapté,

- la prise en compte de la santé globale avec un développement indispensable de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (*articulation avec la thématique psychiatrie et santé mentale*),

- la faible activité d'accouchements dans les petites maternités (moins de 300 accouchements par an). Celle-ci ne peut être poursuivie sans :

- maintien du niveau de compétence obstétricale pour chacun des membres de l'équipe (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs),
- dispensation de l'analgésie obstétricale,
- accès à un pédiatre dans des délais compatibles avec l'urgence,
- continuité dans le suivi des patientes et

des nouveau-nés (le recours à des personnels intérimaires doit rester exceptionnel).

Si l'activité d'accouchement ne peut être maintenue, il convient de développer la prévention et le suivi, l'éducation et l'information des futures mères, autour de la mise en place et l'utilisation des Centres Périnataux de Proximité.

Il convient :

- d'assurer une organisation territoriale optimale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité,

- de doter chaque territoire de santé d'un dispositif qualitatif et quantitatif d'offre de soins garantissant à toutes les femmes enceintes l'accès, en propre ou par convention, à des soins de qualité,

- d'accompagner les évolutions du dispositif d'organisation graduée des plateaux techniques mis en place, de manière à garantir qualité et sécurité des soins, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, ainsi que d'actualiser la charte,

- d'optimiser les conditions de prise en charge de populations « cibles », notamment par le développement de l'éducation pour la santé, du diagnostic anténatal, par le renforcement de la prévention des addictions et des troubles psychologiques de la mère et de l'enfant, ainsi que par la coordination des acteurs du secteur, de la lutte contre la précarité,

- de développer la politique régionale d'évaluation de la nature et de la qualité des prises en charge maternelles, néonatales et post-natales, et, plus généralement, des indicateurs de suivi des populations concernées. Ces indicateurs englobent les objectifs nationaux de santé publique (grossesse extra-utérine, dépistage anténatal, handicap, IVG, ...). (*articulation avec le PRSP*).

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

Le dispositif actuel d'organisation et de gradation des soins en niveau doit évoluer pour tenir compte de la démographie des professionnels et de l'évolution du nombre des naissances dans certains territoires.

**a) ce qui relève du niveau régional**

- Le réseau de santé périnatale :

Le rôle du réseau de santé périnatale est déterminant pour assurer l'impulsion et la coordination des actions autour du dossier médical partagé, de l'informatisation et de l'offre de services en ligne, de la formation, de l'information pour les médecins comme pour les patients,

Le réseau de santé périnatale dispose d'indicateurs permettant de constituer une veille sur l'état de santé globale en périnatalité. L'évaluation des pratiques, et des résultats du fonctionnement des maternités en réseau, doit être poursuivie. Cette évaluation porte sur des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs,

- La télémédecine :

La pérennité de la télémédecine, avec les possibilités de diagnostic partagé qu'elle offre doit être garantie. (*articulation avec la thématique système d'informations*).

- Le niveau III :

Une maternité de niveau III organisée en pôle mère-enfant est autorisée au CHU de Clermont-Ferrand, sa mise aux normes est prioritaire,

- Les transports pédiatriques médicalisés :

Les transports pédiatriques médicalisés sont à mettre en place selon le protocole déterminé au niveau régional et intégré à l'annexe opposable.

**b) ce qui relève des territoires de santé**

Chaque territoire offre l'accès à au moins un site d'accouchement, éventuellement associé à un ou plusieurs C.P.P. (Centre Périnatal de Proximité).

Sont maintenus :

- une maternité de niveau II à Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac, Le Puy, et Clermont-Riom,

- au moins une maternité de niveau I dans chacun des autres territoires de santé,

Au sein d'un territoire, une activité de consultation est maintenue dans un Centre Périnatal de Proximité

(CPP) si un établissement n'est plus autorisé à pratiquer des accouchements, afin d'assurer l'accès à un avis et un suivi spécialisés,

Cette organisation territoriale implique un rapprochement :

- des médecins libéraux, spécialistes ou généralistes, des sages-femmes libérales,  
- des services de PMI et acteurs sociaux.

Au sein de chaque territoire de santé est mise en œuvre une organisation graduée des plateaux techniques et des équipements : mutualisation de moyens, éventuellement public-privé, conventions de coopération.

**c) ce qui relève de la proximité**

Le Centre Périnatal de Proximité, dans le cadre d'une offre graduée de soins sécurisée par le Réseau de Santé Périnatale, a vocation à développer la prévention et le suivi, l'éducation et l'information des futures mères, ceci dans une offre de consultation de proximité.

Outre les CPP existants de Brioude et Riom, les maternités d'Ambert et de Mauriac doivent évoluer en CPP. La création éventuelle d'une unité d'hébergement (après la naissance) à proximité d'un C.P.P. est tributaire des possibilités de couverture par des pédiatres disponibles.

Une bonne articulation avec les services de PMI est indispensable dans les zones éloignées des maternités.

Les modalités d'accompagnement, par exemple en hospitalisation à domicile, en cas de sortie précoce des patientes et/ou d'éloignement de la maternité sont déterminés au sein de chaque territoire de santé et inséré au projet territorial de l'offre de soins.

## > REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE ADULTE

(hors réanimation néo-natale, chirurgie cardiaque et grands brûlés)

### ■ Cadre général

L'activité de réanimation se pratique dans des unités aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës, circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu leur pronostic vital.

La surveillance continue est pratiquée dans des unités organisées pour prendre en charge des patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique.

Les soins intensifs sont pratiqués dans des unités qui ont vocation à prendre en charge les défaillances viscérales liées à une spécialité d'organe.

Pour ce qui concerne la neuroréanimation, l'accès direct et rapide au neurochirurgien n'est pas systématisé au CHU, et la filière d'admission n'est pas directe non plus, car elle passe par le service d'accueil des urgences. En aval du service de neuroréanimation, le transfert en service de chirurgie s'effectue avec beaucoup de difficultés lorsque le malade est équipé d'une trachéotomie ou d'une voie veineuse centrale, et ceci quel que soit l'établissement de santé d'accueil. L'unité de neuroréanimation est contrainte pour ces cas de garder des patients qui relèveraient tout au plus de surveillance continue.

Il convient :

- d'améliorer la réponse aux besoins de la population
- d'améliorer la qualité et la sécurité des soins
- de développer des filières de soins en organisant les relations entre établissements de santé publics et privés et fixer les conditions des complémentarités entre unités de façon à optimiser la qualité et la sécurité des soins.

L'organisation qui en découle tient compte :

- du vieillissement de la population,
- du taux d'équipement actuel des plateaux techniques

des établissements de santé, et des territoires de santé,

- des aspects en personnel et notamment de la démographie médicale,
- de principes de fonctionnement,
- de la réorganisation de l'existant avec en corollaire la création d'unités de surveillance continue complémentaires, ce qui impose la formalisation des coopérations entre unités de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs,
- de l'accessibilité aux soins en incluant les transports sanitaires et la permanence des soins ambulatoires et hospitaliers

L'optimisation des capacités est recherchée et les taux d'occupation sont ajustés afin de conserver une marge de manœuvre suffisante offrant la souplesse nécessaire pour répondre sans délai aux demandes.

Des conventions fixant les complémentarités sont prises en application de la réglementation en vigueur entre les structures et équipes publiques et privées.

Concernant la cardiologie, la complémentarité doit s'effectuer entre l'accueil des urgences, l'hospitalisation en cardiologie, les USIC, la cardiologie interventionnelle, la chirurgie CCV et la médecine libérale.

La complémentarité avec la pédiatrie doit également faire l'objet d'une convention. Les principes retenus sont :

- les adolescents à partir de 14 ans peuvent être reçus en réanimation pour adultes.
- dans les cas d'accueil en réanimation pour adultes, l'intervention d'un pédiatre s'impose (*articulation avec la thématique réanimation pédiatrique et surveillance continue pédiatrique*)

Une gestion anticipée des effectifs médicaux pour remédier au déficit de la démographie médicale est nécessaire :

- en lien avec l'Université, en proposant des postes d'internes attractifs par l'organisation de réseaux entre établissements de santé,
- par une enquête prospective sur la démographie médicale dans les établissements publics et privés.

La formation des personnels médicaux et non médicaux, la formation initiale et continue des médecins généralistes (notamment en ce qui concerne les urgences cardio-vasculaires) et la mise en place d'indicateurs pour l'évaluation des activités sont mises en place et/ou poursuivies.

Une réflexion est à mener sur la mise en place d'un comité d'éthique régional pour la réanimation.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

Il s'agit de promouvoir une organisation coordonnée par la création de filières de soins par l'intégration des unités de réanimation, de surveillance continue et d'USIC au sein de filières régionales de soins gradués et coordonnés. L'articulation de ces filières avec les autres secteurs d'activité (secteur opératoire, court séjour, soins palliatifs, S.S.R....) doit être déclinée du niveau régional au niveau local.

Cette organisation implique :

- la mise en place d'un système permettant la connaissance de la disponibilité en lits de réanimation par l'intermédiaire d'un site internet consultable par toutes les équipes en liaison avec le SAMU,
  - l'adaptation des moyens de communications entre les équipes,
    - mise en œuvre de protocoles consensuels de prise en charge pour certaines catégories de malades,
    - dossier médical «type» de transmission,
    - amélioration des moyens techniques de communication (télé médecine) et d'imagerie.
- (articulation avec la thématique système d'informations)*

Une articulation régionale, régulée et graduée, incluant les structures d'accueil des urgences, les SAMU et les transports sanitaires doit permettre d'améliorer le système et de mettre en place des filières de soins urgents notamment pour certaines pathologies spécifiques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, traumatisés crâniens et médullaires...) et une prise en charge directe adaptée. Ainsi la région doit pouvoir disposer de moyens adaptés, y compris hélicoptères.

### a) ce qui relève du niveau régional voire inter-régional

#### *Pour la pneumologie,*

Une unité de soins intensifs en pneumologie de 4 lits est individualisée au CHU. Cette unité est référente et complémentaire des unités de réanimation et des unités de surveillance continue.

#### *Pour la cardiologie,*

Les soins intensifs de cardiologie sont impliqués dans un réseau de prise en charge précoce de la douleur thoracique (projet déjà existant), réseau limité à son 1er niveau : le diagnostic.

#### *Pour la neuroréanimation,*

L'unité de neuroréanimation est localisée au CHU. Cette unité d'une capacité actuelle de 13 lits prend en charge entre autres :

- les traumatisés crânio-cérébraux,
- les traumatisés médullaires,
- les polytraumatisés présentant un traumatisme crânien et/ou médullaire,
- la neurochirurgie tumorale post-opératoire, adultes et enfants,
- les ruptures vasculaires qui nécessitent éventuellement un acte chirurgical ou une embolisation,
- les accidents vasculaires cérébraux.

L'articulation avec les lits de surveillance continue permet :

- un relais entre la réanimation et le court séjour, voire les soins de suite ou de réadaptation,
- l'accueil de patients ne relevant pas forcément de réanimation (environ un tiers des pathologies tumorales et vasculaires).

La neuroréanimation du CHU, les unités de réanimation des établissements autorisés qui accueillent des malades relevant de neuroréanimation, et les unités de surveillance continue sont complémentaires dans le cadre de filières de soins de neurochirurgie.

#### *En cas de fermetures temporaires de lits,*

Une concertation régionale préalable à toute fermeture de lits de réanimation, de surveillance continue ou de soins intensifs est mise en place.

## b) ce qui relève des territoires de santé

	Réanimation	Surveillance Continue	USIC
MOULINS	+	+	+
MONTLUCON	+	+	+
VICHY	+	+	+
GRAND CLERMONT - RIOM	+	+	+
THIERS AMBERT		+	
ISSOIRE - BRIOUDE		+	
LE PUY EN VELAY	+	+	+
AURILLAC	+	+	+
SAINT FLOUR		+	

**Capacités en réanimation et surveillance continue**

En réanimation, l'objectif capacitaire régional est compris entre 94 + 6 lits de réanimation (hors réanimation CCV et neuroréanimation).

En surveillance continue, la capacité souhaitable de 50% de celle des unités de réanimation dans un établissement de santé qui dispose des deux activités n'est pas une règle stricte.

La capacité minimale des unités de réanimation doit être de 8 lits, mais des unités de 6 lits peuvent être autorisées à titre exceptionnel. Sont retenus comme critères :

- l'isolement géographique : éloignement d'un établissement de santé ce qui impose à la population desservie pour atteindre un plateau technique adéquat des temps de trajets excessifs,
- une activité spécifique médicale ou chirurgicale qui génère des patients de réanimation dans des proportions qui ne justifient pas une unité de 8 lits.

**Capacités des USIC**

La fourchette de besoin est estimée entre 55 et 70 lits. 66 lits sont actuellement installés.

## > REANIMATION PEDIATRIQUE ET SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE

### ■ Cadre général

L'activité de réanimation se pratique dans des unités aptes à prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Concernant la spécificité pédiatrique, deux types d'unités peuvent être organisées :

- la réanimation pédiatrique prenant en charge les détresses vitales les plus fréquentes et la réanimation post-opératoire de la chirurgie néonatale et pédiatrique,
- la réanimation pédiatrique spécialisée qui a les mêmes missions que la réanimation pédiatrique et assure la prise en charge de patients dont l'affection requiert des avis et prises en charges spécifiques du fait de sa rareté ou de sa spécificité (hors la réanimation CCV).

L'activité de surveillance continue est pratiquée dans des unités qui ont pour mission la surveillance rapprochée ou la mise en œuvre d'un monitoring continu pour des patients ne nécessitant pas la mise en œuvre de techniques de suppléance. Ces unités sont médico-chirurgicales ou spécialisées en oncologie et activités de transplantation.

Il convient particulièrement en lien avec le volet périnatalité du SROS de tenir compte de la correction progressive du déficit en lits de soins intensifs de néonatalogie au CHU, retentissant sur les capacités d'accueil en réanimation pédiatrique, et de la nécessité de la mise en œuvre des 12 lits autorisés en soins intensifs de néonatalogie.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau régional voire inter régional

Il est mis en place une réanimation pédiatrique au CHU, seul établissement qui dispose à la fois de chirurgie pédiatrique pouvant prendre en charge des nourrissons de moins d'un an et d'un plateau technique adapté.

Cette unité de réanimation a vocation régionale à former des personnels soignants intervenant au niveau des unités de surveillance continue pédiatrique périphériques et des transports médicalisés pédiatriques.

Aucun enfant de moins de 3 ans ne doit être accueilli en réanimation adulte, quelle que soit la situation. En cas de manque de place, ils doivent être confiés à une réanimation pédiatrique de recours à l'extérieur de la région.

Tout enfant de moins de 14 ans doit être accueilli en réanimation pédiatrique. Dans la mesure où l'unité de réanimation pédiatrique ne peut remplir sa mission du fait du manque de places, le passage des enfants de plus de 3ans en réanimation adulte peut être proposé. Dans ce cas, l'intervention d'un pédiatre s'impose.

Les adolescents à partir de 14 ans peuvent être reçus en réanimation pour adultes.

Dans tous les cas, les états cliniques très instables qui relèvent de l'urgence doivent être pris en charge sans prendre de risques de transferts dans l'urgence. En dehors de ceux-ci, la situation doit être appréciée en fonction des compétences médicales présentes dans les unités concernées et de l'adaptation de leur équipement aux caractéristiques physiques (taille et poids) du patient.



Le nombre de lits et la répartition adaptée aux besoins sont :

- 12 lits de réanimation néonatale y compris le post-opératoire de néonatalogie (volet périnatalité),
- 4 lits de réanimation pédiatrique installés au CHU,

En ce qui concerne la surveillance continue, doivent être installées :

- une unité non spécialisée au CHU en lien avec la réanimation pédiatrique,
- une unité spécialisée en oncopédiatrie à installer au CHU comportant 7 lits.

### CONCERNANT LES SOINS PEDIATRIQUES DE NEUROREANIMATION

Les principes retenus sont :

- tous les nourrissons de moins de 6 mois sont accueillis en réanimation pédiatrique,
- pour les autres enfants, la répartition entre la neuroréanimation et la réanimation pédiatrique se réalise en fonction des lésions et de la chirurgie envisagée. C'est le cas notamment pour les polytraumatisés.

D'une manière générale, dans la mesure :

- où il s'agit uniquement de neurochirurgie, la prise en charge a lieu en neuroréanimation en collaboration avec les réanimateurs pédiatriques,
- où au problème neurologique s'associe une autre défaillance vitale, la prise en charge a lieu en réanimation pédiatrique,
- les liaisons entre les deux catégories de réanimation sont systématisées incluant les échanges de personnels dans le cadre de la formation.

#### b) ce qui relève des territoires de santé

Les 9 territoires de santé disposent en propre ou par voie de convention d'unités de surveillance continue pédiatrique qui, selon la définition, concernent des enfants et adolescents accueillis dans les établissements de santé publics et privés.

Les pathologies susceptibles d'être prises en

charge en fonction de leurs sévérités sont:

- les bronchiolites,
- les méningites,
- les convulsions,
- l'asthme,
- le diabète,
- le post-opératoire traumatique,
- l'oncologie.

Cette organisation implique notamment la formalisation par voie de convention des complémentarités entre unités et des coopérations entre établissements de santé.

Compte tenu des objectifs des conventions et de l'importance de l'organisation interne des établissements qui en découle, elles doivent être élaborées entre les directions et après concertation avec les chefs de service concernés et le médecin responsable du SAMU.

Cette organisation concerne entre autres la réanimation adulte, la réanimation néonatale et pédiatrique, les surveillances continues pédiatriques, certaines spécialités notamment l'oncologie, la chirurgie cardio-vasculaire et la neurochirurgie.

Elle concerne également la rééducation et la réadaptation pour la prise en charge, en aval, des patients.

Une articulation régionale régulée incluant les structures d'accueil des urgences, les SAMU et les transports sanitaires doit permettre d'améliorer le système d'accès aux soins nécessaires selon la pathologie et le degré de gravité.

La région doit pouvoir disposer de moyens adaptés, y compris hélicoptères. Les trois types suivants de transports doivent pouvoir être réalisés en toute sécurité : le transport médicalisé par SMUR, le transport interhospitalier accompagné par du personnel infirmier, le transport ambulancier.

## > IMAGERIE MEDICALE

### ■ Cadre général

Comprendre le contexte de la réalisation en région Auvergne des examens d'imagerie médicale nécessite d'appréhender différentes problématiques, notamment :

#### CONCERNANT LES MEDECINS RADIOLOGUES

La démographie médicale apporte une grande fragilité à l'offre régionale de soins d'imagerie. Le radiologue est en effet le premier correspondant du médecin généraliste, tant dans les quartiers urbains qu'en milieu rural. A activité identique à celle d'aujourd'hui, l'estimation effectuée sur la région fait apparaître une fourchette de besoins, en radiologues, dans les 5 années, comprise entre 30 et 40 personnes (cette situation tient compte des postes non pourvus et des départs en retraite). Trois radiologues (internes DES) sont en moyenne formés par an à la Faculté de Médecine et au CHU de CLERMONT-FERRAND.

Le relèvement du *numerus clausus* et l'augmentation du nombre d'internes DES de radiologie devront être attentivement suivis pour aider à combler les vacances de postes hospitaliers et préparer la relève des départs en retraite, nombreux, parmi les libéraux et hospitaliers dans les années à venir.

La promotion d'une entraide radiologique indépendamment du statut public ou privé permettant d'atténuer ce déficit démographique est à développer.

#### CONCERNANT LES MANIPULATEURS

Le constat est celui d'un déficit de manipulateurs aux plans national, et régional.

La programmation du relèvement des quotas de formations au diplôme d'Etat de manipulateur radio ne parviendra pas cependant à couvrir les besoins compte tenu :

- de l'augmentation du nombre de machines et de l'activité radiologique,
- des départs en retraite massifs dans les prochaines années,
- de la spécificité de Clermont-Ferrand avec une activité forte en médecine nucléaire et radiothérapie que choisissent plus volontiers les étudiants en laissant orphelines d'autres orientations.

Ainsi l'école du CHU est au maximum de ses capacités et ne peut plus répondre à la totalité des besoins.

#### CONCERNANT LES APPAREILLAGES

##### → la radiologie traditionnelle

La radiologie traditionnelle garde toute sa place, en renforçant particulièrement la numérisation. Cette activité concerne tout particulièrement : radiologie osseuse, certaines explorations viscérales et urinaires, radiologie dentaire, le sein, la radiographie standard du poumon et guidage de gestes interventionnels.

##### → l'échographie

L'intérêt de l'échographie réside dans le fait qu'il s'agit d'une technique de proximité qui permet soit de clarifier un tableau clinique, soit de répondre à la pratique quotidienne d'une spécialité pour imager un territoire ou un organe précis sans avoir besoin d'une imagerie «corps entier». L'échographie demeure cependant très dépendante de l'expérience de l'opérateur.

##### → l'angiographie numérisée

Certaines structures réalisant des angiographies interventionnelles ne pratiquent pas 20 actes par an. Le maintien des habiletés opératoires des praticiens ayant une aussi faible activité, l'utilisation des matériels et la prise en charge des urgences ne sont pas optimales.

Le niveau d'activité constaté des angiographes numérisés doit donc respecter les recommandations des sociétés savantes. Cela doit inciter les établissements et équipes d'un même territoire de santé à partager les équipements, et à regrouper les activités.

##### → les scanographe

Il existe une bonne couverture géographique. Toutefois, les carences ou disparités en personnel, notamment radiologues, sur certaines périodes ou plages horaires entraînent des effets reports vers des machines déjà saturées par ailleurs.

L'augmentation de la vitesse d'acquisition constitue le progrès le plus attendu. Cette majoration de la résolution temporelle permettra notamment un net élargissement qualitatif de l'offre de soins en tomodensitométrie, (diagnostic, interventionnel et

radiologie d'organe). Le corollaire est une possible évolution vers la spécialisation des appareils dont la planification doit nécessairement tenir compte.

→ **l'imagerie par résonance magnétique (I.R.M.)**

Il existe une bonne répartition géographique des appareils autorisés et installés, mais les équipes doivent être confortées. A ce titre, les collaborations public-privé sont absolument nécessaires.

Une astreinte H 24 et spécifique à l'IRM est souhaitable au CHU, notamment dans le cadre de la prise en charge des AVC et des traumatismes du rachis (*articulation avec les thématiques médecine et chirurgie*).

→ **les appareils de médecine nucléaire**

Il existe une bonne répartition géographique des gamma caméra autorisées. L'activité du TEP SCAN installé récemment devra être évaluée avant l'installation d'un nouvel équipement. Si ce dernier s'impose, une complémentarité public-privé s'avère nécessaire.

## ■ Gradation des soins et organisation territoriale

### a) ce qui relève du niveau régional

→ **L'offre de recours en matière d'I.R.M.**

Une astreinte opérationnelle H24 spécifiquement dédiée à l'I.R.M. doit être mise en place au CHU. Compte tenu de la mission propre de recours, d'enseignement et de recherche clinique, une I.R.M. 3 teslas est souhaitable sur le site clermontois.

→ **La caméra TEP**

La télé médecine (*articulation avec la thématique système d'informations*) ne constitue qu'une aide et, en aucun cas, une solution aux difficultés de démographie médicale. A ce titre, la téléconsultation de radiologue à radiologue, au cas par cas, pour un avis spécialiste en radiologie (téléexpertise) doit être encouragée au travers du développement de la numérisation et du transfert d'images.

### b) ce qui relève des territoires de santé

Chacun des neuf territoires de santé doit pouvoir disposer en propre ou par voie de conventions inter-

établissements d'un accès repéré aux techniques suivantes :

- l'angiographie numérisée,
- le scanographe,
- l'imagerie par résonance magnétique,
- la médecine nucléaire hors caméra TEP.

Toutes les conventions existantes sont à réviser à cet effet et doivent préciser ou redéfinir les conditions d'accès en cas d'urgence, ainsi que les conditions d'accès pour l'ensemble des établissements qui n'ont pas vocation à installer un plateau d'imagerie, mais dont l'activité peut nécessiter le recours à ces techniques.

La gestion partagée des équipements doit être mise en œuvre dans chacun des neuf territoires de santé. Compte tenu de la démographie des médecins radiologues, la constitution d'équipes multisites doit être recherchée.

### EN MATIÈRE DE SCANOGRAPHE,

Toute demande de renouvellement d'autorisation d'équipement ou d'installation nouvelle sera instruite au regard de quatre critères déjà employés dans le SROS de 2ème génération :

- adossement de l'équipement à un territoire de santé fédérant plusieurs établissements de santé associés ayant une activité commune médico-chirurgicale dépassant les 10 000 entrées,
- impossibilité d'une gestion commune inter-structures d'un équipement dans des conditions permettant de répondre aux besoins de chaque équipe,
- engorgement des équipements existants pour répondre aux besoins de la population de l'aire d'attraction du pôle sanitaire considéré,
- présence d'une équipe monosite ou multisite de trois radiologues au minimum.

Une attention particulière doit être portée au sein de chaque territoire concernant les scanners diagnostics pour la pathologie cancéreuse permettant par ailleurs le centrage pour la radiothérapie (*articulation avec la thématique prise en charge des personnes atteintes de cancer*)

**EN MATIÈRE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE,  
(HORS CAMÉRA TEP)**

Tous les territoires de santé ont vocation à disposer, en propre ou par voie de convention, d'au moins une caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, à la condition de disposer d'une équipe médicale suffisante.

**c) ce qui relève de la proximité**

La radiologie conventionnelle et l'échographie, relèvent de l'offre de soins de radiologie de proximité.

## > TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE

### ■ Cadre général

Les activités lourdes, cardiologiques, neuro-radiologiques et radiologiques interventionnelles vasculaires périphériques et non vasculaires (pathologies abdominales, urogénitales, ostéo articulaires, thoraciques...) relèvent de deux caractéristiques :

- un plateau technique performant,
- un niveau de pratique conséquent pour des effectifs médicaux en place en nombre suffisant.

La démographie médicale apporte en effet une grande fragilité à l'offre régionale de soins de techniques interventionnelles utilisant l'imagerie, alors même que le recours à une partie de ces techniques doit s'inscrire dans un cadre de permanence des soins.

Le relèvement du nombre de postes et l'augmentation du nombre d'internes DES des spécialités intéressées par les techniques interventionnelles devront être attentivement suivis pour aider à combler les vacances de postes hospitaliers et préparer la relève des départs en retraite, nombreux, parmi les libéraux et hospitaliers dans les années à venir.

La participation d'anesthésistes réanimateurs à de nombreuses procédures nécessite :

- des effectifs d'anesthésistes réanimateurs suffisants pour permettre le développement de techniques alternatives et/ou complémentaires à la chirurgie,
- l'articulation des blocs de radiologie interventionnelle avec des salles de réveil.

La cardiologie interventionnelle et la radiologie interventionnelle vasculaire neurologique et périphérique voient apparaître sur le marché des matériels à capteurs plans qui vont apporter un progrès notable, indispensable et attendu par les spécialistes. Ce matériel permettra de réaliser des actes dans un plus grand confort, avec une plus grande qualité d'image, indispensable devant la

miniaturisation constante des sondes à guider, en diminuant l'emploi de produits de contraste et surtout l'exposition aux rayonnements des patients et des personnels.

### CONCERNANT LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Il existe actuellement une bonne répartition des appareils sur la région. L'activité coronarographique régionale, après avoir connu une incidence positive depuis sa création, est actuellement en plateau, indépendamment de l'âge des patients.

Tout promoteur souhaitant demander ou renouveler une autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, doit justifier un potentiel d'activité suffisant au regard des recommandations de la Société Française de cardiologie.

Quant à la rythmologie, elle connaît une progression importante et fait l'objet d'une labellisation de centres référents pour les appareillages coûteux (défibrillateurs implantables et stimulateurs triple chambre).

### CONCERNANT LA SCANOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE

L'accès au scanner doit être facilité pour les actes interventionnels en adaptant si besoin les locaux, notamment pour répondre aux exigences d'asepsie.

### CONCERNANT LA RADIOLOGIE VASCULAIRE

L'activité de radiologie vasculaire doit être appréhendée conjointement avec l'activité de chirurgie vasculaire artérielle qui devrait rester concentrée dans des pôles référents où exercent au minimum un binôme de chirurgiens vasculaires seniors, préférentiellement au sein d'un même établissement.

Elle concerne également les activités non liées à la pathologie athéromateuse, liées aux disciplines de traumatologie, oncologie, hépato-gastro-entérologie médicale et chirurgicale, gynécologie-obstétrique, urologie et néphrologie.

**■ Gradation des soins et organisation territoriale****a) ce qui relève du niveau régional voire inter-régional**

Le recours répond à une logique d'accès à des techniques complexes et hyperspécialisées. Leur mise en œuvre requiert la réunion de compétences d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

**b) ce qui relève des territoires de santé**

Chaque territoire de santé se dote d'un dispositif qualitatif et quantitatif d'offre de soins garantissant l'accès à toutes les modalités de techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale toutes disciplines confondues, en propre, ou par convention,

Pour cela, il est défini six territoires de santé pour ces types de prise en charge :

- Moulins,
- Montluçon,
- Vichy,
- Aurillac,
- Le Puy en Velay,
- et un territoire «Grand Clermont», regroupant les autres territoires de santé non encore cités, à savoir : Clermont, Thiers-Ambert, Issoire-Brioude, et Saint-Flour.

## > SOINS DE SUITE REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE

### ■ Cadre général

L'hétérogénéité entre structures de soins de suite ou de réadaptation (SSR) en terme d'offre de soins, de capacités et de répartition géographique impose de mutualiser les moyens entre structures SSR et/ou structures court séjour, dans le cadre d'un territoire de santé, ou de territoire voisin.

Les capacités en SSR dans les territoires de santé déficitaires doivent être renforcées en veillant à une meilleure répartition entre les territoires, et en augmentant le nombre de lits en soins de suite ou de réadaptation par conversion de lits de court séjour ou par création.

L'efficacité des services SSR doit conduire au renforcement ou au regroupement de structures, voire à la reconversion de la structure vers le secteur médico-social, une taille minimale devant permettre d'assurer des conditions optimales de fonctionnement.

Il existe une complémentarité forte entre l'hospitalisation à domicile et les soins de suite et de réadaptation, les deux offres de soins devant être appréhendées conjointement (*articulation avec la thématique hospitalisation à domicile*) ainsi qu'avec les structures médico-sociales et les services de prise en charge à domicile (SSIAD...).

Les soins de suite ou de réadaptation se répartissent en deux grands types d'activité :

- les activités de soins de suite,
- les activités de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (RRF).

### CONCERNANT LES SOINS DE SUITE

Les activités de soins de suite répondent aux nécessités de soins et/ou de surveillance médicale qui ne peuvent être assurées au domicile du patient, pendant une période limitée, sur la base d'un projet individualisé, établi à partir d'un bilan global des problèmes médicaux, psychologiques et paramédicaux du patient. Leur action doit viser à rendre autonome le patient, dans un objectif de réinsertion au domicile ou au substitut du domicile, après stabilisation de son état, y compris à l'hôpital local.

Les soins de suite s'intègrent à la filière de soins d'aval au sein des territoires de proximité et doivent éviter la sur spécialisation.

La mise en place d'un projet de service de soins de suite associant pleinement les services adresseurs, est indispensable. L'intervention des professionnels de soins de suite au sein des structures d'amont (adresseurs) est l'un des fondements de ce projet de service.

La généralisation de la mise en place d'un dossier médical unique comportant des éléments précis sur la pathologie garantit la continuité des soins entre les services.

### CONCERNANT LA REEDUCATION ET LA READAPTATION FONCTIONNELLE ( RRF)

Les activités RRF ont pour objectif de rendre au patient par une prise en charge rééducative des déficiences et incapacités, le niveau optimal d'autonomie et de qualité de vie qu'il est susceptible d'atteindre, et le cas échéant de renforcer les possibilités restantes en réduisant les handicaps liés à l'environnement social, familial, professionnel.

Il est nécessaire de disposer en Auvergne de pôles référents identifiés en RRF pour des pathologies précises (traumatismes crâniens et blessures médullaires, pathologies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux) et ceci à proximité des plateaux techniques spécialisés.

Les consultations avancées d'évaluation de RRF en amont dans les services adresseurs doivent être étendues en permettant une évaluation globale, familiale et médico-sociale du patient et en permettant une orientation immédiate dès le court séjour, incluant les conditions potentielles du retour à domicile après la phase active de rééducation.

Les modalités de prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle doivent être diversifiées par le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein, de type places d'hôpital de jour.

La création d'une chaire de PU-PH en médecine physique et réadaptation est indispensable en Auvergne.

### CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE POPULATIONS OU PATHOLOGIES SPECIFIQUES

#### Les personnes âgées :

*(articulation avec la thématique prise en charge des personnes âgées)*

L'unité de soins de suite doit être intégrée à la filière gérontologique de l'établissement. Les unités de géronto-psychiatrie doivent en faire partie.

Les soins de suite à l'hôpital local prennent toute leur place dans l'offre de soins de proximité aux personnes âgées.

Pour cela, il convient d'intégrer l'hôpital local dans la dynamique des réseaux, notamment ceux de coordination gérontologique.

Cette intégration favorise la prise en charge des personnes âgées et les liens entre les services de soins de suite et les différents niveaux d'intervention :

- court séjour gériatrique ou non, unité mobile de gériatrie,
- services d'hébergement, structures médico-sociales, CLIC niveau 3.

#### Les enfants :

*(articulation avec la thématique prise en charge des enfants et des adolescents)*

Les maisons d'enfants à caractère sanitaire ont vocation à recevoir les enfants issus de la région et d'autres régions pour des séjours prolongés ou de courte durée en milieu climatique et thermal. Compte tenu des indications des deux stations thermales où elles sont implantées, sont particulièrement visés les prises en charge d'enfants souffrant d'asthme et de pathologies chroniques d'origine allergique.

Les MECS doivent se fédérer, en adoptant les orientations stratégiques suivantes :

- Création d'un dossier médical commun,
- Recherche d'intervenants extérieurs en fonction des besoins de chaque établissement,
- Signature d'une convention avec l'école de l'asthme de La Bourboule pour les MECS de la Bourboule et du Mont-Dore,

- Standardisation des protocoles d'intervention des éducateurs sportifs pour la réadaptation à l'effort,

- Recherche d'une approche commune concernant l'éducation et la prévention sanitaire et thérapeutique et l'auto-évaluation de cette approche.

Un seul établissement de rééducation et réadaptation fonctionnelle au niveau régional aura vocation à recevoir des enfants âgés de 0 à 17 ans (inclus) issus de la région, voire d'autres régions.

La prise en charge des enfants en soins de suite doit s'effectuer dans le cadre d'une collaboration s'appuyant sur le maillage actuel des services pédiatriques, médico-sociaux, PMI, médecins libéraux et autres, et par l'intermédiaire de réseaux existants ou à créer.

#### Les traumatisés crâniens (TC) ainsi que des blessés médullaires (BM) :

*(articulation avec les thématiques prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires, chirurgie et réanimation)*

Il existe une hétérogénéité des structures, sans fonctionnement coordonné, ayant une incidence sur la prise en charge globale des TC et des BM.

Une filière de prise en charge spécifique est à mettre en place : cette filière s'organise autour d'un centre de RRF à orientation neurologique qui doit répondre à toutes ses missions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

Le rôle pivot de ce centre doit permettre une articulation avec d'une part les structures d'amont que sont les services de réanimation neurochirurgicale, chirurgicale ou polyvalente ayant l'expertise de la réanimation des traumatisés crâniens et des blessés médullaires, pour une prise en charge précoce, et d'autre part en aval avec le dispositif de suivi médical, médico-social et social.

Ce centre à orientation neurologique doit disposer de modalités de prise en charge :

- en unité d'éveil. Cette unité assure la stimulation et la surveillance de l'état neurologique, des paramètres vitaux et hémodynamiques des patients à la sortie des unités de soins aigus ou de réanimation. Elle doit pouvoir bénéficier de l'avis de



réanimateurs, neurochirurgiens et neuroradiologues 24 H sur 24 soit sur place soit par télé médecine. Située au mieux à proximité d'une unité de réanimation, permettant ainsi de remédier à une éventuelle complication grave, cette unité accueille des traumatisés crânio-cérébraux non dépendants d'une technique de ventilation artificielle,

- en hospitalisation complète (autres que celle en unité d'éveil),
- en hospitalisation de semaine,
- en hospitalisation de jour.

#### **Les patients présentant des pathologies cardio-vasculaires :**

*(articulation avec la thématique médecine)*

La prise en charge de ces patients comporte deux niveaux :

- un seul établissement au niveau régional, situé à proximité du CHU, a vocation à recevoir les patients présentant une pathologie cardiovasculaire relevant d'une rééducation active en milieu spécialisé.
- plusieurs structures ou services de soins de suite ayant une orientation cardiologique ont vocation à recevoir les autres patients atteints d'une pathologie cardiovasculaire ne relevant pas du niveau précédent, et ce dans le cadre d'une filière graduée de prise en charge.

#### **Les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux :**

*(articulation avec la thématique médecine)*

Il convient d'optimiser la prise en charge des patients dès la phase aiguë afin de limiter les conséquences et le handicap potentiel qui peut en résulter, par :

- la définition de critères d'orientations liés à la problématique médicale du patient,
- le développement des consultations avancées de soins de suite ou de rééducation et réadaptation fonctionnelle en court séjour,
- l'orientation du patient à proximité de son environnement familial (territoire de santé).

Pour ces patients, il convient de développer l'accompagnement vers le secteur médico-social et l'aide à domicile.

#### **Les patients présentant des pathologies cancéreuses :**

*(articulation avec la thématique prise en charge des personnes atteintes de cancer)*

Les établissements ou services de soins de suite prenant en charge des patients cancéreux, assurent les missions suivantes :

- suivi médical des traitements spécifiques (chimiothérapie/radiothérapie) pendant l'inter cure : effets secondaires, complications aiguës, initiation des soins de support,
- administration des traitements per os initiés par l'oncologue référent, surveillance des dispositifs d'administration continue de cytostatiques initiés par le centre référent,
- dépistage, prévention et traitement de la dénutrition,
- ré-autonomisation du patient,
- prise en charge psychosociale du patient et de sa famille, en favorisant l'intégration de la famille dans la structure,
- accompagnement des patients en fin de vie.

Le projet d'établissement devra se référer aux éléments d'un cahier des charges défini par le réseau ONCAUVERGNE auquel adhère la structure, portant notamment sur les conventions signées avec les établissements d'amont (partage du dossier médical, intervention du médecin de soins de suite dans les services de court séjour, conditions du recours au médecin spécialiste et/ou traitant du patient).

## > HOSPITALISATION A DOMICILE

### ■ Cadre général

Les constats sont les suivants :

- la région présente un faible développement de l'hospitalisation à domicile,
- le décalage entre le nombre de places installées et autorisées est important,
- la répartition territoriale est très inégale,
- les structures, principalement de statut public, et centrées sur l'hôpital, sont de capacités réduites (10 à 25 places). Bien que de nature polyvalente, ces services assurent majoritairement une prise en charge en soins palliatifs.

Il convient de :

- développer de manière maîtrisée l'offre territoriale en places d'hospitalisation à domicile, afin que le patient, avec l'accord de son entourage, ait la possibilité, chaque fois que cela est possible, d'opter pour l'hospitalisation à domicile,
- faciliter la coopération, la complémentarité et la coordination des acteurs de l'hospitalisation à domicile,
- améliorer la qualité de la prise en charge de cette activité par la diffusion et l'application des recommandations telles que définies dans le document de référence annexé,
- mettre en place une plate-forme régionale en charge de déterminer des axes et lieux de formation pour les personnels médicaux et para médicaux,
- favoriser la création d'un diplôme universitaire de médecine de coordination et d'hospitalisation à domicile. Le développement de stages d'internes, résidents en médecine et professionnels paramédicaux, au sein des services d'hospitalisation à domicile est encouragé,
- favoriser la généralisation d'une procédure d'évaluation des services d'hospitalisation à domicile, basée sur la mise en œuvre des référentiels de l'HAS.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau régional

Le partage des données médicales ville/hôpital (dossier médical et social) est assuré dans le cadre des préconisations de la **thématique système d'informations**.

#### b) ce qui relève des territoires de santé

Chaque territoire de santé dispose, en propre ou par voie conventionnelle de l'intervention d'une structure d'hospitalisation à domicile :

- la création d'antennes de structures déjà existantes apparaît préférable à des créations «ex nihilo» en raison des capacités réduites des services fonctionnant actuellement.
- un seuil minimal de 30 places est préconisé, lors de création «ex nihilo» de façon à assurer un fonctionnement optimal.

La mise en place d'une astreinte 24 heures sur 24 est organisée par toute structure d'hospitalisation à domicile, pour assurer la continuité des soins.

Les établissements intègrent leur action en matière d'hospitalisation à domicile dans leur projet d'établissement, qu'ils soient promoteurs ou partenaires de ce mode de prise en charge.

Des actions de communication sur ce mode de prise en charge sont conduites en direction des établissements de santé et des médecins libéraux, de façon à envisager une prise en charge en amont de l'hospitalisation complète et pas seulement en aval.

Les professionnels libéraux de terrain sont associés aux études de besoin lors de l'élaboration du projet territorial d'offre de soins

#### c) ce qui relève de la proximité

La création d'antennes déconcentrées dans les zones géographiques dépourvues de services d'hospitalisation à domicile, appuyées sur les hôpitaux locaux ou articulées avec les SSIAD est encouragée.

L'intervention des services d'hospitalisation à domicile dans les EHPAD est envisagée dans le cadre de l'évolution de la réglementation.

La pluridisciplinarité de la prise en charge repose sur un projet thérapeutique défini pour chaque patient :

- la prise en charge pluridisciplinaire regroupe les acteurs médicaux (médecins coordonnateurs, médecins hospitaliers et médecins libéraux), les acteurs paramédicaux libéraux et salariés,

les acteurs psychosociaux administratifs et logistiques.

- le projet thérapeutique doit intégrer une coordination des soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers plus ou moins fréquents et le cas échéant des interventions de kinésithérapeutes, aides soignants, orthophonistes, diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, assistants sociaux.

## > PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Le découpage régional induit par le SROS 3 en « territoires de santé » qui ne se superpose pas au découpage des secteurs de psychiatrie impose une redéfinition de l'organisation des secteurs psychiatriques. Une nouvelle organisation géographique de la prise en charge psychiatrique est en cours d'élaboration.

### ■ Cadre général

Le contexte est le suivant :

- un recours aux soins psychiatriques élevé,
- des secteurs existants de taille très différente et des découpages en secteur « artificiels » notamment à Clermont-Ferrand,
- un éventail de structures variables d'un secteur à l'autre,
- une démographie médicale et para-médicale préoccupante.

Il convient de :

- redéfinir une nouvelle organisation, géographique de la prise en charge psychiatrique,
- développer la complémentarité entre psychiatrie publique, PSPH, et psychiatrie privée,
- définir et mettre en œuvre une politique de consolidation et valorisation des emplois en psychiatrie,
- répondre aux besoins prioritaires, liés à l'âge, ou à des difficultés spécifiques. Les dispositions préconisées s'articulent avec les différents programmes régionaux de santé PRS Alcool, PRS Cancer, PRAPS, Plan Régional de Santé Publique (*articulation avec le PRSP*),
- suivre la cohérence et la coordination des interventions auprès du patient et l'évaluation de la prise en charge pluridisciplinaire à partir du dossier de soins,
- porter une attention particulière aux soins permettant d'éviter la chronicisation des patients,

- renforcer la technicité des équipes soignantes qui doivent pouvoir assurer un travail intra et/ou extrahospitalier en équilibrant la répartition professionnelle des agents en place :

infirmiers dans les structures où la proportion des aides-soignants est importante, psychologues, ergothérapeutes, en psychiatrie générale, et personnels de rééducation en psychiatrie infanto-juvénile,

- généraliser l'évaluation du niveau de satisfaction des patients en psychiatrie. Pour la réalisation de ces enquêtes la méthode de mesure sera choisie en liaison étroite avec les équipes médicales et infirmières de telle façon que l'étude engagée s'inscrive dans la stratégie thérapeutique des soignants,

- favoriser le travail en réseau dans le champ de la psychiatrie infanto-juvénile dont l'articulation est indispensable avec le secteur sanitaire, le secteur médico-social, le secteur social, l'Education Nationale, la Justice. Des conventions inter-institutionnelles seront recherchées.

### CONCERNANT LA PETITE ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

La nomination d'un PU-PH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent demeure impérative afin de consolider la formation initiale des professionnels

### CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE ET DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

(*articulation avec le PRSP*)

Il convient de mettre en place pour les suicidants, un dispositif d'évaluation psychiatrique précoce en assurant la continuité de la prise en charge hospitalière par la transmission au service d'hospitalisation de l'évaluation psychiatrique et somatique initiale réalisée au service des urgences.

### CONCERNANT LES PERSONNES AGEES

Il convient d'identifier et améliorer la lisibilité des structures psychiatriques prenant en charge les personnes âgées, existantes sur le territoire de santé du Grand Clermont et leur articulation, en repérant des unités pour patients psychiatriques

vieillissants, des unités pour personnes âgées démentes perturbatrices, des unités pour personnes âgées dépressives.

**CONCERNANT LES PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES ADDICTIVES**  
(articulation avec le PRSP)

Il convient d'encourager le repérage de l'usage nocif (abus) ou de la dépendance le plus tôt possible, quel que soit le service d'accueil de la personne, par la désignation dans chaque établissement d'un référent formé en addictologie (en particulier tabacologie, alcoologie) : il peut s'agir soit d'un médecin, soit d'un membre du personnel paramédical (éventuellement un cadre de santé) ; il assure l'organisation des formations, le repérage des populations à atteindre et l'articulation avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de l'établissement.

Le dispositif hospitalier spécialisé de prise en charge des personnes caractérisées par un usage nocif (abus) ou dépendantes des substances psycho-actives peut prendre la forme d'un pôle d'addictologie regroupant :

- les consultations de tabacologie dont l'organisation entre les différents services concernés (en particulier médecine à orientation pneumologie, gynécologie-obstétrique, médecine à orientation cardiovasculaire) favorisera les synergies afin d'en optimiser le fonctionnement,
- l'équipe d'alcoologie de liaison, que l'unité fonctionnelle qu'elle constitue soit rattachée ou non à la psychiatrie,
- une unité fonctionnelle d'hospitalisation, d'une capacité à définir en fonction de la taille de l'établissement et de son bassin de population. Le positionnement au sein de chaque établissement de cette unité (en service somatique et/ou psychiatrique) doit se faire en fonction des modalités d'organisation préexistantes des services,
- des structures de prise en charge à temps partiel diversifiées : hôpital de jour, CATT, aux liens renforcés avec les structures médico-sociales (CSAPA, structures de réinsertion professionnelle,...). La coordination entre les structures doit être un des éléments clés des différents projets de soins.

Une réflexion concernant les services de soins de

suite « post cure » est à mener, afin de développer des modalités de prise en charge différentes et complémentaires, grâce à une concertation sur leur projet thérapeutique respectif.

Il convient de conforter les coopérations entre les structures impliquées dans la prise en charge des addictions ELSA-CSST-CCAA. Les territoires de santé ne disposant pas actuellement de ces structures devront indiquer dans leur projet territorial d'offre de soins leur réseau de recours.

**CONCERNANT LES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION PRESENTANT UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET LES PERSONNES PRESENTANT UN HANDICAP EN RAISON DE TROUBLES PSYCHIQUES**  
(articulation avec le PRSP)

L'organisation à mettre en place repose sur une bonne accessibilité des structures au plus près des populations. Il importe de ne pas créer de consultations spécifiques pour les personnes en voie d'exclusion.

L'équipement en alternatives variées permet une réponse plus adaptée aux besoins de soins et les équipes pluridisciplinaires de psychiatrie peuvent travailler en tant que de besoin au niveau du dispositif social : CHRS, Mission Locale, foyers, centres sociaux, service de PMI, services sociaux, PAIO.

Afin de favoriser l'accès aux soins, il est souhaitable que les familles puissent trouver une aide pour gérer des situations difficiles (gestion de l'appréciation du risque).

La formalisation des temps de rencontre avec les équipes de secteur psychiatrique et celles des établissements médico-sociaux est indispensable pour assurer une bonne tolérance des patients handicapés âgés au sein des maisons de retraite ou long séjour et des établissements pour adultes handicapés (conventions).

**CONCERNANT LES PERSONNES EN DETENTION**  
(articulation avec les axes transversaux)

La multiplicité des acteurs intervenant autour de la santé des détenus (autorité judiciaire, personnels de l'UCSA, du service pénitentiaire d'insertion et de probation) et la double tutelle (administration

pénitentiaire et administration de la santé) nécessitent un dialogue approfondi entre les partenaires.

En matière de psychiatrie, les difficultés d'hospitalisation au service médico-psychologique régional pénitentiaire localisé à LYON oblige pour les patients détenus auvergnats très dégradés ou non consentants des hospitalisation d'office souvent tardives, dans des conditions d'accueil parfois difficiles. Indépendamment des aspects d'équité d'accès aux soins psychiatriques pour cette population, les centres hospitaliers qui reçoivent ces détenus en H.O. supportent une charge complémentaire incombant au premier chef à l'administration pénitentiaire.

Une réflexion doit être menée sur ce thème pendant la durée de validité du SROS en liaison avec la thématique de l'accueil des patients difficiles.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

Organiser un programme de formation interdisciplinaire et inter-institutionnel en liaison avec le Réseau de santé périnatale d'Auvergne.

#### a) ce qui relève du niveau régional

- créer un dispositif « soins études » à Clermont-Ferrand,
- créer un centre régional pour l'évaluation cognitive articulé avec le secteur social et médico-social jouant un rôle d'observatoire,
- créer sur le pôle mère-enfant du CHU, auprès des services de pédiatrie, le centre de référence des troubles envahissants du développement,
- créer sur le pôle mère-enfant du CHU le centre de référence des troubles des apprentissages,
- créer un centre de ressources « autisme »,
- identifier les besoins en structures relais pour les adolescents autistes,
- créer pour la prise en charge de personnes souffrant de pathologie addictive un pôle de référence régional en addictologie,
- développer un dispositif de prise en charge varié et spécifique des jeunes adultes suicidants comprenant

une unité en hospitalisation à temps plein dédiée,

- mener une réflexion concernant la création d'une maison des adolescents sur le territoire de Clermont-Riom.

#### b) ce qui relève des territoires de santé

Au sein de chaque territoire de santé doit être conçue une stratégie commune de développement des dispositifs et des activités de soins psychiatriques, en propre ou par voie de convention. Ces stratégies devront :

- veiller à la continuité des soins grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.
- répondre aux besoins de soins, de prévention et de réinsertion-réadaptation de la population.

Les 9 territoires de santé ne se superposant pas au découpage des anciens secteurs de psychiatrie, il importe de redéfinir l'articulation des secteurs psychiatriques devant à terme s'intégrer dans une nouvelle organisation territoriale. Cette articulation concerne soit :

- les anciens secteurs gérés par un même établissement. Il s'agira de formaliser les relations de concertation nécessaires pour concevoir ensemble les stratégies de développement des dispositifs et des activités relevant de la responsabilité de chacun,
- les anciens secteurs et d'autres établissements de statut public ou privé gérant ou non des secteurs de psychiatrie.

### CONCERNANT LA PETITE ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

*(articulation avec la thématique prise en charge des enfants et des adolescents)*

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à un hôpital de jour, avec au moins une structure de soins pour les petits enfants, et doit présenter une offre de prestations diversifiée pour répondre aux problématiques des différents âges et aux diverses pathologies.

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à un dispositif d'hospitalisation mère-enfant devant être positionné soit en pédiatrie, soit en maternité (annexé à une unité d'hospitalisation et avec « psychiatrisation » des équipes qui accueillent la mère et l'enfant), soit en psychiatrie.

### **CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE ET DES PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE**

*(articulation avec le PRSP)*

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à un point d'accueil spécifique pour la prise en charge de l'urgence et des personnes ayant fait une tentative de suicide.

### **CONCERNANT LES PERSONNES AGEES**

*(articulation avec la thématique prise en charge des personnes âgées)*

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à une unité de gériatrie (volet personnes âgées). L'orientation vers la psychiatrie n'est réalisée qu'après bilan somatique. Tout patient âgé suicidaire doit être hospitalisé.

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à une consultation mémoire.

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à une unité de psychiatrie du sujet âgé, et à des unités de moyenne durée (personnes âgées démentes perturbatrices).

### **CONCERNANT LES PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES ADDICTIVES**

*(articulation avec le PRSP)*

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention :

- à une ou plusieurs consultations de tabacologie,
- à une équipe d'alcoologie de liaison,
- à une prise en charge en hospitalisation complète (en service somatique et/ou psychiatrique) dispensant des soins aux patients souffrant de pathologies addictives.

### **CONCERNANT LES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION PRESENTANT UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PERSONNES PRESENTANT UN HANDICAP EN RAISON DE TROUBLES PSYCHIQUES**

*(articulation avec le PRSP)*

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre

ou par voie de convention à des alternatives variées permettant une réponse adéquate aux besoins particuliers de soins.

Tout territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à une aide aux familles afin de gérer des situations difficiles (gestion de l'appréciation du risque).

Chaque territoire de santé doit particulièrement veiller à la formalisation des temps de rencontre des équipes soignantes de psychiatriques avec celles des établissements médico-sociaux afin d'assurer une bonne tolérance et prise en charge des patients handicapés âgés au sein des maisons de retraite ou long séjour et des établissements pour adultes handicapés (conventions).

### **CONCERNANT LES PERSONNES EN DETENTION**

*(articulation avec les axes transversaux)*

Les territoires de santé concernés sont ceux disposant d'une maison d'arrêt et a fortiori d'une maison centrale. Les projets territoriaux d'offre de soins devront particulièrement s'attacher à identifier l'organisation des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires incluant la réponse psychiatrique à la demande de soins des détenus.

Cette identification servira la réflexion menée sur le thème des soins psychiatriques aux détenus pendant la durée de validité du SROS en liaison avec la thématique de l'accueil des patients difficiles.

#### **c) ce qui relève de la proximité**

Une attention particulière devra être portée sur les structures de proximité à visée de réinsertion : appartements associatifs, accueil familial thérapeutique...

La localisation extra-hospitalière des hôpitaux de jour à créer ou déjà existants, est préconisée, en prenant en compte l'accessibilité par les transports en commun et en favorisant une adaptation des horaires d'ouverture pour répondre aux besoins de la population, notamment à ceux des enfants et des adolescents.

## > PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

### ■ Cadre général

Le contexte de la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique en région Auvergne est le suivant :

- l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique dans les prochaines années est très largement prévisible et doit être anticipée,
- les moyens matériels, notamment en matière immobilière, sont encore trop souvent inadaptés,
- les moyens humains, aussi bien en ce qui concerne les personnels médicaux que paramédicaux doivent être confortés,
- la prévention est peu développée, et mal structurée,
- la situation de la région au regard des prélèvements d'organes et de greffes devrait faire l'objet d'une étude spécifique, au-delà du seul problème de la greffe rénale.

Il convient de favoriser une adaptation rapide du dispositif de soins aux besoins de la population des insuffisants rénaux de la région :

- en accompagnant les évolutions du dispositif dans le respect des normes, de manière à garantir qualité et sécurité des soins,
- dans la mesure du possible, en prévenant, ou au moins en retardant l'installation de l'insuffisance rénale chez les patients porteurs en particulier de maladies cardio-vasculaires (HTA) ou métaboliques (diabète), par un renforcement de la prévention et une meilleure coordination des différents acteurs médicaux,
- en développant une politique régionale d'accroissement des prélèvements d'organes. Le développement de la greffe rénale s'intègre dans le dispositif général concernant l'ensemble des greffes, et fera l'objet d'un schéma d'organisation interrégional,
- en développant une politique régionale d'évaluation

de la qualité des prises en charge, portant entre autres sur les modalités d'information des patients, ainsi que sur les indicateurs de suivi des populations dialysées et greffées,

- en élaborant et en mettant en commun des protocoles d'évaluation de la qualité de la dialyse, à la fois sur les versants matériel et technique (qualité de l'eau, stérilisation, etc...) et sur les indicateurs de suivi,
- en incluant les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 en matière d'insuffisance rénale chronique, à savoir stabiliser l'incidence de l'IRC (à 112 par million d'habitants), mesurer la qualité de vie des personnes malades.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau régional voire interrégional

- l'hémodialyse pédiatrique,
- la greffe rénale.

Les prélèvements d'organes et les greffes rénales doivent progresser au travers de :

- l'information et la sensibilisation des acteurs : à la fois le public, et les professionnels, aussi bien libéraux qu'hospitaliers,
- l'adéquation des moyens matériels et humains adéquats aux structures concernées et la mise en place effective des moyens ainsi attribués,
- une juste reconnaissance de l'activité auvergnate de prélèvements d'organes vis-à-vis des régions limitrophes.

#### b) ce qui relève des territoires de santé

Il convient de doter chaque territoire de santé d'un dispositif qualitatif et quantitatif d'offre de soins garantissant l'accès à toutes les modalités d'épuration extra rénale, en propre, ou par convention.



Pour cela, il est défini six territoires de santé pour la prise en charge des patients dialysés en Auvergne :

- Moulins,
- Montluçon,
- Vichy,
- Aurillac,
- Le Puy en Velay,
- et un territoire «Grand Clermont», regroupant les autres territoires de santé non encore cités, à savoir: Clermont, Thiers-Ambert, Issoire-Brioude, et Saint-Flour.

Chaque territoire de santé est en mesure de proposer une offre de soins à la fois graduée et de proximité : depuis la possibilité d'hospitalisation en néphrologie (voire : en réanimation) en passant par l'hémodialyse en centre et ses alternatives, jusqu'à la dialyse à domicile (par hémodialyse ou dialyse péritonéale), et avec possibilité d'accès à la consultation pluridisciplinaire d'évaluation et de suivi.

Le maintien d'unités d'autodialyse assistée est indispensable afin d'offrir aux patients, dans la mesure du possible, une prise en charge de proximité mais néanmoins de qualité.

Le volet prévention doit être développé au niveau de chaque territoire de santé, sur un mode pluridisciplinaire. Cette prévention doit prendre la forme de consultations pluridisciplinaires d'évaluation et de suivi, implantées autour des équipes gérant les unités d'hémodialyse en centre, avec mise en place d'une structure de coordination régionale. Ces consultations regroupent, autour des néphrologues, d'autres médecins spécialistes (cardiologues, endocrinologues, diabétologues, biologistes), des médecins généralistes, des paramédicaux (IDE, psychologues), des travailleurs sociaux (assistantes sociales).

Ces consultations ont pour but de réaliser de véritables actions thérapeutiques et de formation pour la santé. Elles s'attachent à développer tous les volets de la prévention : primaire aussi bien que secondaire (dépistage, éducation des professionnels et des patients).

La nécessité d'en préciser les modalités techniques de fonctionnement justifie la poursuite de la réflexion sur ce sujet au sein d'un groupe de travail spécifique, associant entre autres des cliniciens et des biologistes (modalités de mise en œuvre de l'indice de Cockcroft).

Chaque structure autorisée pour la pratique du traitement de l'insuffisance rénale chronique s'engage à participer à la mise à jour du registre REIN.

## > PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

### Première partie : la cancérologie adulte

#### ■ Cadre général

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des personnes atteintes de cancer nécessite :

- de garantir la qualité et la sécurité des soins apportés par tout établissement ou site autorisé à développer une activité de soins de « traitement du cancer » (les autres établissements impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer recevront le qualificatif d'établissements « associés »),
- de poursuivre l'amélioration de la coordination des prises en charge des patients atteints de cancer, quel que soient leur âge et leur lieu de résidence, notamment par un fonctionnement optimal des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) fédérées au sein de centre de coordination en cancérologie (3C),
- de développer une politique d'évaluation dans chacun des champs d'activité mobilisés par la prise en charge des personnes atteintes de cancer.

Il convient, pour tout site autorisé à développer une activité de soins de traitement du cancer, de veiller à favoriser l'évolution des plateaux techniques, tant en termes d'activités que d'appareils ou de moyens en personnels.

#### CONCERNANT LA CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

*(articulation avec la thématique chirurgie)*

Les conditions d'exercice de la chirurgie des cancers en Auvergne doivent correspondre aux recommandations de l'INCA et des sociétés savantes en terme de plateau technique, de formation, d'activités et de compétences des équipes.

Il convient de mettre en place et rendre lisible une coopération avec des équipes chirurgicales référentes pour des praticiens dont l'activité opératoire serait

inférieure aux activités seuils autorisant le traitement du cancer.

#### CONCERNANT LA RADIOTHERAPIE

Il convient d'adapter les pratiques aux évolutions technologiques et thérapeutiques de manière à garantir la délivrance de soins de radiothérapie conformes à l'état de la science.

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques reprises par les circulaires ministérielles, le seuil convenu pour l'autorisation d'un appareil est fixé à 400 traitements par an.

L'accès au scanner dosimétrique doit être assuré dans des conditions répondant au besoin des équipes de radiothérapie (articulation avec la thématique imagerie médicale).

L'ensemble du parc des appareils devra être constitué par des accélérateurs de particules d'au moins 2 points de photons et d'un point supérieur ou égal à 15 Mev en électron, de manière à permettre la mise en œuvre des nouvelles modalités de traitement : radiothérapie conformationnelle, simulation virtuelle, contrôle balistique par imagerie portale, dosimétrie in vivo, et à terme radiothérapie à modulation d'intensité.

Le fonctionnement des centres de radiothérapie existants doit être optimisé :

- en assurant pour chaque centre la présence d'au moins deux radiothérapeutes,
- en développant les coopérations inter centres, en particulier pour les centres à un appareil, de manière à formaliser les conditions de la continuité des soins,
- en encourageant l'adaptation du parc des équipements aux évolutions technologiques par la poursuite du renouvellement régulier des appareils de manière à rendre possible l'accès aux pratiques nouvelles,

- en refusant toute autorisation pour un nouvel accélérateur si l'activité minimale prévisible ne respecte pas le seuil de 400 traitements par an.

### CONCERNANT LA CHIMIOThERAPIE

Tous les établissements, autorisés pour l'activité «traitement du cancer», doivent, au travers du réseau ONCAUVERGNE, avoir réalisé à échéance du présent schéma la centralisation de la préparation des cytostatiques. Cette centralisation doit intervenir dans les locaux de la pharmacie à usage intérieur, sous la responsabilité du pharmacien, avec des manipulations assurées par les préparateurs en pharmacie. Elle devra s'accompagner du respect d'un cahier des charges validé par le réseau ONCAUVERGNE (protocoles, formation, échange d'information, évaluation des pratiques). Une unité de préparation peut fournir plusieurs établissements sous réserve de la signature d'une convention.

### CONCERNANT LES PERSONNELS

Les renforcements tiendront compte des recommandations ministérielles et des crédits spécifiques obtenus dans le cadre de la mise en œuvre du Plan cancer.

## ■ Gradation des soins et organisation territoriale

### a) ce qui relève du niveau régional

#### Le réseau ONCAUVERGNE

La première mission du réseau ONCAUVERGNE est de promouvoir l'amélioration de la qualité en cancérologie par la diffusion des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques

Les autres missions du réseau ONCAUVERGNE se résument comme suit :

- développer l'évaluation et les audits qualité,
- appuyer le développement des réseaux territoriaux de proximité,
- promouvoir des outils de communication communs au sein de la région, en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le dossier communiquant en cancérologie en fonction des

conclusions des expérimentations nationales en cours, en lien avec les préconisations de la thématique système d'informations,

- l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, en formation initiale et continue, doivent avoir accès à une formation de qualité. Des contenus sont à cibler, notamment l'oncogériatrie,

- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins alimentés notamment par les 3 C afin de créer un tableau de bord régional de cancérologie,

- l'information des professionnels et des patients, en élaborant en particulier un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région. Le réseau régional devra associer des représentants de patients.

#### Le pôle régional de cancérologie

La constitution du pôle régional de cancérologie sur le site clermontois répond à une logique d'organisation visant à l'équité d'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes. Le pôle régional est constitué par les établissements de santé qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hautement spécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation. Le pôle régional participe à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation dans le cadre des missions des UFR de médecine. Certains établissements du pôle peuvent s'inscrire dans les projets mis en œuvre au sein du cancéropôle interrégional.

Le pôle régional de cancérologie, qui se définit comme une organisation, ne constitue pas un nouvel outil d'administration hospitalière. Il ne dispose pas d'instances propres de décision autres que celles que les établissements définiront eux mêmes dans le cadre de leurs coopérations.

Les établissements constituant ce pôle signent une convention et élaborent une charte d'accès au recours rendant lisible l'accès aux ressources du pôle ; cette charte précisera les critères qui justifient le recours régional ; ce document décrira les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes par équipement, type d'activité ou pathologie.

### **Le centre de coordination en cancérologie (3 C) de recours**

Les établissements qui constituent le pôle régional de cancérologie mettent en place une organisation fédérative et formalisée de leur activité de cancérologie, traduite en particulier à travers un centre de coordination en cancérologie.

### **Les systèmes d'information**

Il convient de développer les outils modernes de communication de manière à faciliter les relations entre professionnels, quel que soit leur mode d'exercice (*articulation avec la thématique système d'informations*).

### **b) ce qui relève des territoires de santé**

#### **Les réunions de concertation pluridisciplinaire**

Tout établissement ou site autorisé doit mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dont la fréquence sera pré établie ainsi que la composition en fonction des pathologies cancéreuses sur lesquelles portera l'examen des dossiers.

#### **Les centres de coordination en cancérologie (3 C)**

Les centres de coordination en cancérologie (3 C) sont des cellules qualité opérationnelle de l'établissement ou site autorisé « traitement du cancer ». Les 3 C ont pour première mission de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en fédérant les RCP, de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins (PPS). A terme ils pourront conduire des audits internes et produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques des établissements.

Les Centres de coordination en Cancérologie sont à créer dans une logique de regroupement des territoires de santé :

- 1 centre 3 C, pour les 3 territoires de santé de l'Allier,
- 1 centre 3C pour les 2 territoires de santé d'Aurillac et de Saint Flour,
- 1 centre 3 C au minimum, pour les 3 territoires de santé Clermont-Riom, Thiers Ambert et Issoire-

Brioude, les centres Clermontois faisant l'objet d'une réflexion complémentaire,

- 1 centre 3 C pour le territoire de santé du Puy.

Chaque Centre de Coordination en Cancérologie formalise ses liens avec le réseau ONCAUVERGNE par voie de convention.

### **Les réseaux territoriaux ville-hôpital**

Chaque territoire de santé doit pouvoir identifier son réseau ville-hôpital qui devra notamment garantir l'accès aux soins de support, l'utilisation d'outils d'évaluation de la qualité des pratiques (protocoles, réunion de concertation pluridisciplinaire, programme personnalisé de soins ou PPS, échanges de données, traçabilité) et les relations avec les associations de patients.

### **c) ce qui relève de la proximité**

Les établissements associés et structures de soins à domicile impliqués dans la prise en charge (*articulation avec les thématiques médecine, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile*).

Les établissements dits « associés » et structures de soins à domicile participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer. Il peut s'agir d'établissements de santé dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, d'hôpitaux locaux ou encore de structures de soins à domicile (type HAD), en lien avec les structures médico-sociales et les professionnels libéraux. Ces établissements ou structures doivent être membres d'un réseau de cancérologie.

## Deuxième partie : la cancérologie pédiatrique

### ■ Cadre général

L'organisation de la prise en charge en région Auvergne des enfants atteints de cancer nécessite d'améliorer encore le fonctionnement de la coordination des acteurs régionaux, voire interrégionaux, d'oncopédiatrie constitués par :

- le centre régional de cancérologie pédiatrique,
- les services de pédiatrie des centres hospitaliers,
- le CHU de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin.

Il convient de veiller, dans la perspective de la constitution d'un véritable maillage, à obtenir dans les territoires de santé dépourvus de service hospitalier pédiatrique (Thiers-Ambert, Issoire-Brioude et Saint-Flour) la désignation d'un pédiatre et/ou d'un médecin traitant.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau interrégional

##### *La coordination interrégionale d'oncopédiatrie*

Cette coordination fédère le centre régional de cancérologie pédiatrique, les services de pédiatrie des centres hospitaliers, le CHU de Limoges et les services de pédiatrie des centres hospitaliers du Limousin.

#### b) ce qui relève du niveau régional

##### *Le centre régional de cancérologie pédiatrique*

Ce centre est constitué par le service référent d'oncopédiatrie du CHU de Clermont Ferrand. Ce centre est le référent pour les services de pédiatrie de rattachement des territoires de santé.

#### c) ce qui relève des territoires de santé

Les territoires de santé sont définis en fonction de la répartition des services de pédiatrie de rattachement.

Six territoires de santé pédiatriques (Moulins, Montluçon, Vichy, Clermont avec les territoires de Thiers-Ambert et Issoire-Brioude, Saint-Flour, Aurillac-Mauriac, Le Puy).

### Troisième partie : les soins de support

L'expression « soins de support » recouvre un grand nombre de soins d'accompagnement. Ne sont évoqués ici que quelques grands thèmes. Les soins palliatifs sont traités dans le volet thématique qui leur est consacré.

#### LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

##### ■ Cadre général

Au sein de chaque établissement, la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur ou CLUD doit être encouragée avec pour missions :

- de proposer les orientations les mieux adaptées à la situation locale pour améliorer la prise en charge de la douleur ; ces orientations devront figurer dans le projet d'établissement et/ou de territoire,
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type (aigu ou chronique), l'origine maligne ou non, le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, phase terminale de la vie, douleurs provoquées par les gestes invasifs, ...),
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- de susciter le développement de plans d'amélioration du traitement de la douleur.

Ce dispositif sera mis au service des intervenants du territoire, quels que soient leur qualité, mode ou lieu d'exercice. Les territoires de santé qui ne pourraient être en mesure de créer ce dispositif devront, dans le projet médical de territoire, préciser les modalités d'accès aux CLUD existants.

##### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

##### a) ce qui relève du niveau régional

Le CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement

de la Douleur) est conforté en lui confiant un rôle d'animation régionale. Ses missions sont :

- D'élaborer un cahier des charges des consultations antidouleur,
- De coordonner les actions du réseau au travers de l'enseignement et formation continue, la recherche, l'élaboration (ou le relais) et la diffusion de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation, la communication, notamment en assurant le lien avec les autres réseaux régionaux (ONCAUVERGNE, réseau périnatalité, ...) ou départementaux (soins palliatifs).

##### b) ce qui relève des territoires de santé

Un maillage territorial des structures de lutte contre la douleur est à mettre en place en créant ou renforçant au niveau des territoires de santé les structures que sont les consultations antidouleur comportant obligatoirement du temps infirmier (personnel titulaire d'un DIU « douleur »), du temps psychologue (personnel titulaire DIU « douleur »), du temps secrétariat, et du temps médical de praticien(s) titulaire(s) de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur pouvant s'appuyer en tant que de besoin sur des intervenants médicaux complémentaires (psychiatre, neurologue, anesthésiste).

#### LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

*(articulation avec la thématique soins de suite et de réadaptation)*

##### ■ Cadre général

Les établissements comportant des lits SSR prenant en charge des patients cancéreux, assurent les missions suivantes :

- suivi médical des traitements spécifiques (chimiothérapie/radiothérapie) pendant l'inter cure : effets secondaires, complications aiguës, initiation des soins de support,

- administration des traitements initiés par l'oncologue référent, surveillance des dispositifs d'administration continue de cytostatiques initiés par le centre référent,
- dépistage, prévention et traitement de la dénutrition,
- re-autonomisation du patient,
- prise en charge psychosociale du patient et de sa famille, en favorisant l'intégration de la famille dans la structure,
- accompagnement des patients en fin de vie.

Le projet d'établissement devra se référer aux éléments d'un cahier des charges défini par le réseau ONCAUVERGNE auquel adhère la structure, portant notamment sur les conventions signées avec les établissements d'amont (partage du dossier médical, intervention du médecin SSR dans les services de court séjour, conditions du recours au médecin spécialiste ou référent du patient).

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève des territoires de santé

Il convient d'orienter l'activité d'établissements ou de lits de soins de suite ou de réadaptation (SSR) vers la prise en charge des patients atteints de cancer dans chacun des 9 territoires de santé.

### ONCOPSYCHOLOGIE

#### ■ Cadre général

Il est nécessaire de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie et de mettre en place une offre d'accompagnement psychologique à laquelle patient, entourage et personnel auront accès en tant que de besoin. La création des postes d'onco psychologues dans les établissements ou sites autorisés sera soumise au respect d'une double condition :

- participation de l'établissement ou du site au

réseau régional ONCAUVERGNE, fédérant les psychologues oncologues,

- accès possible à un référent psychiatre au sein de l'établissement ou site autorisé.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève des territoires de santé

Sur tout territoire de santé devront être mis en place un dispositif d'annonce selon le ou les modèles arrêté(s) au niveau national et une offre d'accompagnement psychologique, en propre ou par voie de convention.

### EDUCATION POUR LA SANTE

*(articulation avec le PRSP)*

#### ■ Cadre général

Il est nécessaire que tout projet médical d'établissement ou de site autorisé ainsi que tout projet médical de territoire comporte des préconisations relatives à l'éducation pour la santé (facteurs de risques et prévention primaire des cancers, éducation thérapeutique) et à la nutrition (composition et objectifs du comité de liaison alimentation-nutrition, intervention de diététicienne).

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève des territoires de santé

Tout territoire de santé doit pouvoir individualiser au sein de son projet d'organisation des soins un volet « éducation pour la santé » sur la thématique « maladie cancéreuse » conformément aux orientations du plan régional de santé publique.

## > SOINS PALLIATIFS

### ■ Cadre général

La prise en charge en région Auvergne des personnes en soins palliatifs s'inscrit dans le prolongement de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999. Dans son article premier, la loi garantit le droit d'accès aux soins palliatifs : « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Le constat issu du SROS précédent est le suivant :

- un réseau départemental en activité en Haute-Loire, trois en projet dans l'Allier, le Cantal et le Puy-de-Dôme,
- un pôle de référence constitué au CHU Hôpital Nord,
- des équipes mobiles aux moyens variables, en place dans tous les territoires opérationnels excepté Saint-Flour,
- des projets de lits identifiés formalisés, ou en voie de l'être, dans plusieurs établissements,
- des préconisations relatives à la prise en charge à domicile partiellement réalisées.

Il convient de :

- soutenir le développement des soins palliatifs à domicile.

Le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel doit permettre aux patients souhaitant être soignés à leur domicile, y compris jusqu'au décès de bénéficier de soins palliatifs et d'un accompagnement adapté à leur état de santé et à leur contexte socio-familial.

Ces soins peuvent être délivrés par une équipe à domicile, en collaboration avec un réseau de soins palliatifs, ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). Les services de soins infirmiers à domicile et d'aides à domicile peuvent participer à cette prise en charge.

- soutenir le développement des soins palliatifs en établissement de santé en confortant cette pratique dans tous les services, et en s'appuyant sur un dispositif spécifique comportant des lits identifiés, des équipes mobiles et une unité de soins palliatifs au CHU,

- promouvoir une amélioration de la qualité de la prise en charge passant par la formation des personnels, l'optimisation du bénévolat et une politique d'évaluation, pour l'ensemble de la région et quel que soit le niveau de prise en charge.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau régional

##### *L'unité de soins palliatifs (USP)*

La région comporte une unité de soins palliatifs au CHU. Elle assure une triple mission de soins, de formation, d'enseignement et de recherche. En outre, elle participe activement à la constitution d'un maillage adéquat en soins palliatifs et au fonctionnement en réseau dans sa zone de référence.

L'unité de soins palliatifs est constituée de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle réserve sa capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles.

Seule unité de la région, l'unité de soins palliatifs du CHU pourra bénéficier d'une augmentation de sa capacité d'accueil.

##### *La coordination régionale des réseaux départementaux chargée :*

- de la mise en commun d'outils de travail (dossier patient, protocoles thérapeutiques, d'outils d'évaluation, démarche de soins...),
- de l'organisation d'une astreinte téléphonique pour expertise en soins palliatifs H 24,
- d'un travail de formation avec mise en commun d'une documentation, actions de recherche, revue de dossiers (vidéoconférences, ...),



- de la mise en place d'une cellule régionale de réflexions sur l'éthique.

### **La formation du personnel soignant**

Il est nécessaire que dans toute structure identifiée de soins palliatifs exercent des personnels disposant d'une formation approfondie, diplômante, le D.U. de soins palliatifs, enseigné sur un an.

Cette formation permet aux diplômés d'être les référents concernant la prise en charge palliative au sein de leur équipe, c'est-à-dire que la formation leur permet d'être le(s) animateur(s) au sein de leur équipe concernant notamment l'identification des patients relevant de soins palliatifs et l'amélioration de la qualité des soins proposée aux patients. Ce(s) référent(s) a (ont) également vocation à solliciter les équipes identifiées lorsqu'une situation n'est pas maîtrisée.

Concernant les établissements gériatriques, un référent diplômé en soins palliatifs paraît également très souhaitable.

Concernant les professionnels libéraux, les formations doivent être proposées parallèlement à la mise en place de l'offre de soins et à sa montée en charge en soins palliatifs, en privilégiant, là encore, les formations assurées par l'équipe référente avec laquelle ces professionnels libéraux collaborent, améliorant ainsi la cohérence des soins et la qualité de la collaboration.

### **L'optimisation du bénévolat**

#### **→ La formation des bénévoles**

Les personnes souhaitant rejoindre une équipe de bénévoles devront, pour être pleinement opérationnelles, bénéficier d'une démarche en plusieurs étapes permettant de :

- s'appuyer sur une procédure d'entretien préalable, de journées de sensibilisation et de lettres de motivation pour retenir les candidats à former,
- assurer une formation initiale basée sur l'écoute, sur la relation d'aide, sur tout le processus de la communication (verbale, non verbale) et sur l'adhésion à la charte du bénévole,
- assurer un suivi par compagnonnage, contact régulier avec le responsable de l'équipe des bénévoles et participation régulière à un groupe de parole.

#### **→ Le bénévolat en établissement**

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements de santé publics et privés devront conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

#### **→ Le bénévolat à domicile**

Avant toute intervention, les bénévoles intervenant devront évaluer la situation auprès du malade et de ses proches avec un responsable de l'association de bénévoles, afin de définir les modalités de l'intervention.

Les associations devront privilégier l'intervention (séparée) de deux bénévoles auprès du même malade, et veiller à formaliser les liens avec l'équipe soignante.

Les associations devront contracter une assurance couvrant les différentes conséquences de l'intervention des bénévoles à domicile et de leurs déplacements.

### **b) ce qui relève des territoires de santé**

Tous les services de soins (court séjour y compris pédiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée) ont vocation à asseoir et développer les soins palliatifs. Ce développement doit s'inscrire obligatoirement dans le projet médical et le projet d'établissement.

Un dispositif spécifique doit également être développé :

- chaque territoire de santé devra être doté de lits identifiés (établissements publics et/ou privés),
- chaque territoire de santé devra comporter une équipe mobile de soins palliatifs.

#### **Les lits identifiés soins palliatifs**

Ces lits ont pour fonction d'assurer la continuité de la prise en charge en soins palliatifs, quelle que soit la pathologie grave et évolutive en cause, en :

- accueillant des personnes relevant de soins palliatifs habituellement suivies dans le service et/ou l'établissement,
- recevant des personnes nécessitant des soins palliatifs dans un contexte de crise où la nécessité de

répit temporaire est imposée par une prise en charge devenue trop lourde. Il peut s'agir alors d'un accueil temporaire,

- répondant à des demandes extérieures au service et/ou à l'établissement pour des cas complexes, émanant du domicile ou d'autres structures (y compris d'hospitalisation à domicile), dans le cadre d'une activité de proximité, permettant ainsi d'éviter ou de raccourcir le passage systématique dans différents services (ex. : passage par les urgences).

Les services disposant de ces lits peuvent également servir de base aux équipes mobiles.

L'identification de ces lits donne lieu à une contractualisation avec l'ARH.

Les conditions nécessaires à l'identification des lits dédiés en soins palliatifs font l'objet d'un cahier des charges régional inscrit en [annexe opposable](#).

### **Les équipes mobiles de soins palliatifs**

L'équipe mobile exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Elle a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services de l'établissement, de formation et est éventuellement associée à des fonctions d'enseignement et de recherche.

Les membres de l'EMSP se déplacent au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de santé des services de l'établissement de soins. Ils ne pratiquent pas d'actes de soins. La responsabilité de ceux-ci incombe au médecin qui a en charge la personne malade dans le service.

En fonction des moyens dont elle dispose, chaque EMSP peut intervenir à la demande et par voie de convention dans les autres établissements sanitaires du territoire, ainsi que dans les établissements médico-sociaux.

### **c) ce qui relève de la proximité**

#### **Les équipes à domicile**

L'équipe à domicile comprend les professionnels de santé exerçant à titre libéral, ou les professionnels salariés des centres de santé, intervenant auprès d'un patient qui a exprimé son désir, à un moment donné, de rester à domicile ou d'y retourner. Elle

est notamment composée du médecin généraliste du malade, prescripteur et de personnel infirmier.

Cette équipe est choisie par le patient. Elle a pour mission de garantir l'interdisciplinarité, la continuité thérapeutique et le soutien de l'entourage des patients en fin de vie pendant toute la durée des soins palliatifs et de l'accompagnement. La coordination est assurée par un des professionnels, membre de l'équipe. Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge du patient, a vocation à accomplir cette mission.

Lorsque l'accès à un réseau de soins palliatifs est possible, les membres de l'équipe pourront y adhérer de façon à pouvoir bénéficier des prestations de ce réseau.

Lorsqu'il n'existe pas de réseau de soins palliatifs présent dans son territoire, l'équipe à domicile choisie par le patient élaborera un document qui définit la composition de l'équipe, les conditions de son fonctionnement, les modalités de concertation interdisciplinaire, et de transmission des données médicales, dans le respect des règles déontologiques.

#### **Les réseaux départementaux**

Dans chaque département d'Auvergne, un réseau de soins palliatifs a pour objectif de mobiliser et de mettre en lien les ressources sanitaires et sociales autour des besoins des personnes. Il vise à assurer la meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir des soins de proximité de qualité.

Il s'articule, en tant que de besoin, avec les réseaux de prise en charge de la douleur, des personnes âgées ou de cancérologie (ONCAUVERGNE) et tout réseau ayant en charge des patients atteints de maladie grave et évolutive (réseau SEP,...).

Le réseau est doté d'une équipe de coordination qui a pour mission de :

- mobiliser et mettre en lien les personnes et structures ressources, sanitaires et sociales dont le réseau dispose, notamment avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), l'unité de soins palliatifs (USP),

- offrir des ressources complémentaires en professionnels de santé (psychologues, ergothérapeutes et travailleurs sociaux par exemple), non inclus dans cette équipe, à la demande du médecin généraliste, coordinateur de l'équipe à domicile,
- proposer un soutien et un accompagnement des équipes à domicile pour les situations difficiles ou complexes,
- permettre l'accès à une expertise en soins palliatifs,
- aider à la continuité de la prise en charge entre le domicile et l'hôpital et entre l'hôpital et le domicile;
- faciliter une organisation de la permanence des soins,
- proposer des possibilités de formation et d'évaluation aux différents acteurs.

L'équipe de coordination ne se substitue ni à l'équipe à domicile, ni à l'équipe interne d'une structure de soins palliatifs. Elle n'a pas pour mission d'effectuer des soins, ni de prescrire. Elle accompagne la démarche de soin dans une dynamique de partenariat et de complémentarité avec les acteurs du domicile ou du substitut (EHPAD,...).

Elle peut être composée, selon l'importance du réseau, de professionnels de santé libéraux ou exerçant en établissement de santé public ou privé.

### **L'hospitalisation à domicile**

*(articulation avec la thématique hospitalisation à domicile)*

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

Compte tenu des exigences liées à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement, et afin de les doter des moyens nécessaires, les structures d'hospitalisation à domicile peuvent individualiser des places consacrées à la pratique de soins palliatifs : il s'agit de places identifiées.

Ces places identifiées de soins palliatifs en HAD

doivent disposer de moyens nécessaires pour développer ce type de prise en charge qui suppose des temps de soins importants, et doivent être adaptés à chaque niveau de soins.

Un lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs et toute autre structure de soins palliatifs doit être envisagé, afin d'assurer notamment la continuité de la prise en charge dans le cas d'une hospitalisation jugée indispensable.

La continuité du dialogue entre les différents intervenants à domicile doit passer par une transmission interdisciplinaire (cahier de transmission, dossier informatisé).

Le service social doit être en situation de répondre à tous les besoins engendrés par cette situation de soins palliatifs à domicile.

## > PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CEREBRO-LESES ET TRAUMATISES MEDULLAIRES

*Articulation avec les thématiques urgences, chirurgie,  
réanimation, soins de suite et réadaptation*



## > PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

### ■ Cadre général

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) doit structurer la prise en charge des enfants et des adolescents, organiser la coordination des acteurs hospitaliers et libéraux, et la réponse aux enjeux majeurs de santé publique des enfants et adolescents en lien avec les programmes régionaux de santé.

L'organisation des soins concerne la population jusqu'à l'âge de 18 ans ; elle répond aux spécificités des différentes périodes au cours desquelles les enfants sont les plus vulnérables et à certaines problématiques de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Les principes décrits dans ce volet s'articulent avec ceux énoncés dans les volets concernant :

- les urgences,
- la réanimation,
- la cancérologie,
- la chirurgie,
- la périnatalité,
- la psychiatrie,
- les soins d'aval : réadaptation et soins de suite.

Ces services procèdent d'une conception très globale de la santé de l'enfant et de l'adolescent : celle-ci est considérée à la fois sous l'angle médical, mais aussi psychique, social et environnemental, toutes dimensions qui contribuent à la bonne santé de l'enfant et de l'adolescent.

La population des 0-18 ans : cette population est inégalement répartie entre les territoires de santé. L'étude des pyramides des âges montre une diminution constante à partir de la classe 15-19 ans et ce dans tous les territoires. On note une augmentation des naissances sur quatre territoires (Brioude-Issoire, Clermont-Ferrand, Le Puy, Montluçon) entre 1990 et 2001.

L'offre de soins : Le CHU dispose d'un service de chirurgie infantile (volets SROS chirurgie, réanimation pédiatrique et périnatalité) et un accueil spécifique des urgences pédiatriques (volets SROS urgences).

De multiples faiblesses sont relevées :

- la densité des pédiatres et des pédopsychiatres est plus faible que celle en France entière,
- il n'y a pas de pédiatres et de pédopsychiatres dans tous les territoires,
- sur certains territoires, les offres libérale et salariée ne peuvent pas se suppléer. Si le renouvellement des praticiens libéraux n'est pas assuré, seule persistera l'offre hospitalière, car la moyenne d'âge est moins élevée,
- il n'y a pas de service de pédiatrie et de pédopsychiatrie dans tous les territoires,
- il n'existe pas de service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) dans tous les territoires,
- il n'existe pas de centre régional de référence des troubles de l'apprentissage.

### ■ Graduation des soins et organisation territoriale

Une réflexion concernant l'émergence des réseaux ville hôpital pour les soins pédiatriques est à mener.

#### a) ce qui relève du niveau régional

Un renvoi aux *thématiques urgences, réanimation, prise en charge des personnes atteintes de cancer, chirurgie, périnatalité, psychiatrie et santé mentale, soins d'aval (réadaptation et soins de suite), est nécessaire.*

Dans le cadre de filières graduées de prise en charge en chirurgie pédiatrique, le CHU assure les soins de recours.

**b) ce qui relève des territoires de santé**

Chaque territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à un service de pédiatrie.

La chirurgie non programmée dans les établissements et service de pédiatrie peut se faire s'il existe une convention avec le CHU. Les limites d'âge et les actes chirurgicaux pouvant être réalisés en urgence dans l'établissement sont décidés par accord entre les chirurgiens et les anesthésistes de l'établissement et ceux du service de référence.

Chaque territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention à un service de pédopsychiatrie (*articulation avec la thématique psychiatrie et santé mentale*).

Chaque territoire de santé doit avoir accès en propre ou par voie de convention aux prises en charge de toutes les jeunes victimes de sévices sexuels et de maltraitance (*articulation avec le PRSP*).

**c) ce qui relève de la proximité**

Les acteurs de proximité sont les médecins généralistes, la PMI, la médecine scolaire : ils sont mobilisés entre autres, autour du dépistage, du mal-être des jeunes, de l'éducation à la sexualité et à l'hygiène de vie, de la prévention des conduites à risque.

## > PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

### ■ Cadre général

Les personnes âgées représentent une population spécifique en augmentation, dont les besoins en soins appellent des réponses diverses : à domicile ou institutionnelles. Ces besoins en soins varient principalement selon trois facteurs qui peuvent se conjuguer : l'âge, la fragilité, la présence de pathologies ou de polyopathologies.

En particulier, les personnes âgées peuvent être considérées comme fragiles lorsqu'elles présentent plusieurs déficiences parmi lesquelles le grand âge, des perturbations locomotrices, une altération sensorielle, une dénutrition et/ou des troubles cognitifs. Ces critères ne sont pas exhaustifs, mais leur présence, combinée à un événement particulier tel qu'une infection, peut entraîner rapidement une évolution défavorable de l'état de santé.

Afin de dépister les risques de dégradation et préserver au maximum l'autonomie tout en optimisant l'orientation, les établissements de santé se doivent de promouvoir auprès des personnes âgées des politiques de prévention.

La poursuite du développement de l'évaluation gériatrique globale s'inscrit dans ce cadre.

En fonction de trois orientations qui correspondent aux modalités de prise en charge de la personne âgée avant, pendant et après l'hospitalisation, il convient de :

#### 1<sup>re</sup> orientation

en amont de l'hospitalisation, développer la prévention et le dépistage des personnes âgées fragiles, avec trois priorités (*articulation avec le PRSP*) :

- dépister les démences de type Alzheimer ou assimilées. Cette proposition doit être articulée avec les dispositions du Plan Régional Autonomie.
- promouvoir et faire connaître l'évaluation gériatrique globale,
  - promouvoir l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans le cadre de la

formation des professionnels de santé

- poursuivre la mise en place des consultations d'évaluation gériatrique
  - poursuivre la création d'équipes mobiles gériatriques
- optimiser l'utilisation des places d'hospitalisation de jour comme lieu de bilan.

#### 2<sup>e</sup> orientation

en hospitalisation, accélérer l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées :

- créer des consultations de spécialistes dans les établissements de santé de proximité (*articulation avec la thématique médecine*),
- poursuivre, dans chaque territoire de santé, l'individualisation de lits ou de secteurs d'activité à orientation gériatrique,
- inscrire un volet « prise en charge des personnes âgées » dans chaque établissement de santé accueillant des personnes âgées : améliorer les pratiques et veiller à l'adaptation des locaux.

#### 3<sup>e</sup> orientation

en aval de l'hospitalisation, favoriser l'organisation de filières de prise en charge des personnes âgées :

- coordonner le développement des réseaux de santé gériatriques avec les CLIC.

Toutes ces propositions sont précisées et déclinées selon les niveaux territoriaux concernés.

### ■ Gradation des soins et organisation territoriale

#### a) ce qui relève des réseaux

La coordination des réseaux de santé gériatriques : les réseaux de santé gériatriques permettent aux personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire,

d'avoir une prise en charge coordonnée des professionnels de santé ou selon les cas, des établissements.

Leur développement doit être articulé avec les CLIC et leur rôle doit faire l'objet d'une évaluation.

### **b) ce qui relève du niveau régional voire inter régional**

- La promotion de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans le cadre de la formation des professionnels de santé,

La gériatrie, discipline médicale qui traite des personnes âgées, s'occupe notamment du diagnostic et du traitement des pathologies médicales souvent intriquées, des personnes âgées.

Sa promotion suppose :

- son enseignement auprès des étudiants en médecine,
- son inscription dans le cadre des plans de formation médicale continue.

Le développement de l'évaluation gériatrique standardisée est lié à l'évolution de la formation des médecins à la gériatrie, qui est un enjeu régional voire interrégional.

Cette formation trouve naturellement un écho dans la formation des personnels soignants en établissement ou en libéral et concerne à ce titre les deux autres niveaux (territoires opérationnels et proximité).

- L'optimisation de l'utilisation des places d'hospitalisation de jour comme lieu de bilan,

Compte tenu du développement de l'accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, la vocation sanitaire des places d'hospitalisation de jour en gériatrie doit être réaffirmée et précisée, dans le cadre d'une politique régionale de développement des bilans.

### **c) ce qui relève des territoires de santé**

- La mise en place de consultations d'évaluation gérontologique (*articulation avec les thématiques*

#### *médecine et imagerie médicale) :*

Cette consultation, effectuée par un médecin formé à la gériatrie, permet aux personnes âgées fragiles, présentant un problème qui peut être d'ordre somatique, cognitif ou social, d'effectuer un premier bilan dans un même temps et sur un même site. Ce bilan qui implique également les aidants de la personne âgée peut être effectué à la demande du médecin traitant, de la personne elle-même ou de son entourage.

Les «consultations mémoires» axées sur le dépistage des pathologies démentielles, peuvent exister en tant que telles ; cependant en raison des liens entre l'état physique et l'état mental des personnes âgées, les consultations d'évaluation gérontologique sont à privilégier.

A minima, chaque territoire de santé dispose d'une consultation d'évaluation gérontologique. Au-delà, les territoires ou bassins gérontologiques définis ou mentionnés dans les schémas départementaux pour personnes âgées peuvent servir de base à leur implantation.

- La création d'équipes mobiles gériatriques,

Composée d'un médecin formé à la gériatrie, d'une assistante sociale et d'une infirmière, l'équipe mobile gériatrique intervient à la demande des services d'accueil des urgences ou de l'ensemble des services hospitaliers. Dans le cadre de la psychiatrie de liaison, elle peut avoir recours à un médecin psychiatre. Toutefois, la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

Son intérêt est triple :

- elle permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à une prise en charge adaptée de la personne âgée fragilisée en évitant les transferts,
- elle a un rôle pédagogique auprès des services,
- elle a la possibilité d'intervenir dans d'autres établissements par voie de convention.

A minima chaque territoire de santé disposant d'une structure hospitalière MCO + urgences d'au moins 200 lits dispose d'une équipe mobile de gériatrie.



- La reconversion de lits de médecine ou l'individualisation de lits de médecine à orientation gériatrique,

Le service de médecine à orientation gériatrique permet une prise en charge globale et adaptée aux malades âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale qui ne relèvent pas de l'urgence ou d'un service de spécialité d'organe. Il permet l'admission directe des personnes âgées, sans passage par les urgences.

Cette possibilité intéresse notamment les résidents en EHPAD ; leur admission directe est formalisée par conventions.

Ces services doivent se situer à proximité d'un plateau technique, à raison d'un service au moins par territoire de santé.

- L'intégration des services de soins de suite à la filière gériatrique (*articulation avec la thématique soins de suite et de réadaptation*),

Le développement de services ou de secteurs différenciés en soins de suite (SSR) répond à une demande de prise en charge adaptée aux personnes âgées polypathologiques.

- Psychiatrie et géronto-psychiatrie (en propre ou par voie de convention),

Lorsque la personne âgée présente des troubles de comportement, que ceux-ci soient anciens ou apparus avec l'âge, incompatibles avec la présence d'autres patients, la poursuite de l'individualisation de lits ou de secteurs différenciés est opportune.

La définition des critères médicaux d'admission en gérontopsychiatrie qui est la psychiatrie de la personne âgée ou en psychogériatrie doit cependant faire l'objet d'une réflexion complémentaire. (*articulation avec la thématique psychiatrie et santé mentale*).

Toutefois le rôle prépondérant de la pathologie démentielle et des troubles du comportement qui peuvent l'accompagner, associés aux perturbations somatiques fréquentes à cet âge doit faire rechercher les formes d'une prise en charge pluridisciplinaire : gériatrique, psychiatrique et neurologique.

#### d) ce qui relève de la proximité

- La création de consultations de spécialistes dans les établissements de santé de proximité

Afin d'éviter les déplacements et garantir une offre de proximité en milieu rural, des consultations de spécialistes peuvent être organisées dans les hôpitaux locaux en complément de l'offre libérale sur place.

- L'inscription d'un volet « prise en charge des personnes âgées » dans le projet de soins et le projet d'établissement (établissement public ou PSPH) ou dans le COM (établissement privé) de chaque établissement pour améliorer les pratiques et veiller à l'adaptation des locaux.

Ce volet décline selon les cas les objectifs suivants :

① Formation du personnel médical et du personnel soignant concerné, ainsi que du personnel administratif, notamment sur le respect des droits des personnes âgées.

② Mise en place d'une politique de gestion des risques avec élaboration de protocoles, portant entre autres :

- sur la prévention (des chutes, des escarres, de la dénutrition, de la déshydratation, du risque médicamenteux, de la contention, de l'incontinence),

- sur la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, en référence notamment au guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD.

③ Adaptation des locaux existants ou futurs, du mobilier et de la signalétique, en référence notamment aux recommandations récentes du ministère de la santé en matière d'accueil des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

④ Organisation de la sortie et du retour à domicile, en associant les services sociaux en amont

## > SYSTEME D'INFORMATIONS

### ■ Cadre général

Le développement des systèmes d'informations de la région Auvergne s'inscrit dans la continuité du volet établi par le SROS II.

Il est important de noter qu'une dynamique régionale s'est affirmée :

- Le besoin de mutualisation des systèmes d'information des réseaux de santé de la région Auvergne ayant un financement au titre de la dotation régionale de développement des réseaux,
- La création d'une entité juridique regroupant les établissements de santé privés, publics, l'union régionale des médecins libéraux, les réseaux de santé et les représentants des usagers. L'objet de l'Association ainsi créée a pour finalité d'améliorer et de développer l'échange d'informations médicales en région Auvergne.

Face à la situation actuelle, l'organisation et le développement de l'utilisation des systèmes d'information nécessite de :

- 1 Mettre en oeuvre une plate forme d'échange d'informations médicales
- 2 Elaborer une charte d'interopérabilité régionale
- 3 Mutualiser les outils des réseaux de santé
- 4 Inciter les établissements de santé à se connecter au haut débit
- 5 Conduire des actions de sensibilisation
- 6 Promouvoir les collaborations et les partenariats
- 7 Développer les applications de télé médecine et l'utilisation de nouveaux outils

### ■ Gradation et organisation territoriale

#### a) ce qui relève du niveau régional

##### *La plate-forme technique régionale*

L'objectif est de mettre en place l'infrastructure nécessaire aux professionnels de santé pour échanger des informations de façon sécurisée.

La création de la plate-forme technique régionale est réalisée par l'Association Système d'Informations Médicales Partagées en Auvergne.

Ses missions sont :

- de mettre en place un socle d'infrastructure régional avec des services mutualisés,
- d'harmoniser les techniques nécessaires au partage de l'information en région Auvergne,
- d'améliorer la qualité de prise en charge du patient grâce à la continuité des soins,
- de développer une structure d'accueil pour tous les réseaux de santé (économie de coût et rapidité de mise en oeuvre ) ou applications régionales (urgences...).

Cette plate-forme regroupera les services modulaires suivants :

- un portail régional de santé qui représentera le point d'entrée unique des systèmes d'information,
- des messageries médicales sécurisées (inter personnelle et inter applicative),
- un annuaire des professionnels de santé régionaux,
- des outils de travail collaboratifs de type communautés de pratique, agendas partagés, partage de documents.

### **La charte régionale d'interopérabilité**

La charte fixe un cadre commun concernant les normes et standards techniques entre la plate forme régionale, les projets en région et les structures de santé.

Le respect de cette charte régionale garantit l'interopérabilité des systèmes d'information au niveau régional (plate forme, projets en développement et les établissements de santé). Cette charte doit décrire en plus des normes et standards à utiliser :

- l'annuaire régional,
- la gestion des habilitations,
- la messagerie sécurisée,
- la charte du patient,
- un système d'identification régional dans l'attente d'un identifiant au niveau national relié à la tenue du Dossier Médical Personnel.

### **La télémédecine**

*(articulation avec les thématiques Médecine, Périnatalité, Chirurgie, imagerie médical...)*

Selon l'article 33 de la loi du 13 août 2004, les schémas régionaux d'organisation sanitaire doivent intégrer la télémédecine et ceci dans l'objectif de « répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins ». La prise en charge du patient peut être optimisée en déployant les outils adéquats et en organisant leurs fonctionnements :

- Développer les téléstaffs en inter-régional : programme de recherche, d'étude de cas clinique,
- Développer la téléformation : formation initiale et continue des professionnels de santé avec l'outil de visioconférence.

### **Les réseaux de santé**

Le financement des réseaux de santé au titre de la dotation régionale de développement des réseaux est conditionné par l'adoption de la charte d'interopérabilité par le réseau et à l'engagement d'une réflexion sur son propre système d'information. Pour permettre les relais gradués entre différents niveaux de prise en charge des patients, les

réseaux de santé apparaissent comme le vecteur de développement des potentialités des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Le réseau doit développer un dossier patient concernant sa spécialité homogène au niveau régional respectant techniquement la charte d'interopérabilité.

### **Le réseau haut débit**

L'utilisation des outils de télémédecine crée des besoins en terme de mise en réseau et de débit, qui doivent conduire les établissements à rechercher des solutions d'accès à un réseau haut débit.

### **Les actions de sensibilisation**

Dans le but de faire connaître les applications de télé santé, leurs possibilités, leurs avantages, des actions de sensibilisation seront organisées auprès des directeurs et des médecins des établissements de santé. Si possible, ces actions de sensibilisation seront accompagnées de démonstrations grandeur nature d'applications déjà utilisées dans des établissements.

### **Le partenariat**

Le SRSIOS pourra favoriser le développement des relations avec les universités dans le cadre des projets régionaux de recherche, avec la Préfecture et avec le Conseil régional, les Conseils généraux, les communautés d'agglomération dans le cadre de projet de développement industriel et de projets conduits par les collectivités locales. Au-delà de la région, le SRSIOS a pour ambition de réaliser des actions avec les régions limitrophes et le Ministère.

## **b) ce qui relève des territoires de santé**

### **La téléimagerie**

*(articulation avec la thématique imagerie médicale)*

La transmission d'images entre le niveau d'expertise (niveau III) et les professionnels d'un territoire donné. Les professionnels de santé demandent des avis consultatifs auprès de confrères référents afin de vérifier et d'optimiser la qualité de prise en charge. Elle n'a pas pour objet de suppléer l'absence d'opérateur dans les niveaux de proximité.

L'équipement utilisé dans le but d'interprétation et de diagnostic doit remplir des critères de qualité pour ne pas avoir une perte critique de la résolution de l'image<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Recommandations de l'American College of Radiology

Cette demande doit être organisée et inscrite dans un contrat de télé-expertise explicitant :

- la mise en place de protocoles précis pour des situations stéréotypées,
- l'interprétation dans les meilleurs délais du compte rendu et des documents au médecin demandeur (différents selon outils synchrones ou asynchrones),
- la garantie formelle d'intégrité de l'image et d'anonymisation,
- la définition précise des responsabilités médico-légales respectives des différents acteurs.

#### **La télémédecine**

*(articulation avec les thématiques médecine, périnatalité)*

La liste des applications de télémédecine n'est pas exhaustive, toutes les possibilités de mise en place des systèmes pour la gradation des soins avec des nouveaux outils doivent être développées telles que :

- développer la téléexpertise avec comme objectif de répondre à des demandes d'avis du niveau II, d'établir des consensus mono-disciplinaires autour d'une prise en charge.
- développer les téléstaffs régionaux : mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires, de programme de recherche, d'homogénéisation des bonnes pratiques, d'étude de cas clinique.

#### **Le développement des échanges entre la ville et l'hôpital**

La mise en œuvre d'une application métier sera expérimentée. Il s'agira d'utiliser la messagerie sécurisée pour véhiculer des informations médicales entre des professionnels de santé d'une communauté de pratique particulière (cancérologie). L'objectif est réaliser une expérimentation sur la gestion de la RCP pour le réseau Oncauvergne *(articulation avec la thématique prise en charge des personnes atteintes de cancer)*.

Suite à la création du serveur de veille et d'alerte en région Auvergne et dans l'optique de l'articulation avec la médecine de ville pour la permanence des soins, l'accès aux professionnels libéraux sera à étudier vers ce serveur *(articulation avec la thématique prise en charge des urgences)*.

#### **c) ce qui relève de la proximité**

- Soutenir le développement de systèmes d'information et favoriser l'adhésion à la plate forme technique régionale.
- Organiser ou ré-organiser les systèmes d'information afin de pouvoir intégrer le Dossier Médical Personnel unique et informatisé tel qu'il est défini dans l'article 3 de la loi du 13 août 2004.
- Développer le partage d'information entre les professionnels de santé afin de faire évoluer les circuits d'information du dossier patient et d'assurer une gestion sécurisée des informations médicales de chaque patient.

**TROISIEME PARTIE  
DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE  
D'Auvergne 2006-2011**

→ **Annexe Opposable**

L'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire prévue par l'article L6121-2 du code de la santé publique précise :

- ① les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation et par équipements matériels lourds
- ② les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs

Les objectifs quantifiés définis à l'article D 6121-7 du code de la santé publique s'expriment en termes de maillage et de gradation des activités de santé sur le territoire.

La gradation des soins repose sur l'identification des différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau régional.

Le passage d'une logique d'offre à une logique de prise en compte des besoins a conduit à faire évoluer la traditionnelle carte sanitaire et ses indices lits/ population vers une approche d'objectifs de volume de soins à prendre en charge sur chaque territoire.

Cette approche est compatible avec celle imposée par la mise en oeuvre de la tarification à l'activité dans les services de court séjour, les moyens des acteurs étant liés dorénavant à l'activité de soins qu'ils produisent. Elle est de plus compatible avec les enjeux de la nouvelle gouvernance au sein des établissements et au nouveau mode de gestion qu'elle met en place.

Les objectifs quantifiés des territoires sont guidés par le principe d'équité d'accès aux soins pour les patients des différents territoires opérationnels.

### 3-1 Objectifs quantifiés par territoire de santé

#### ■ Maillage et implantations

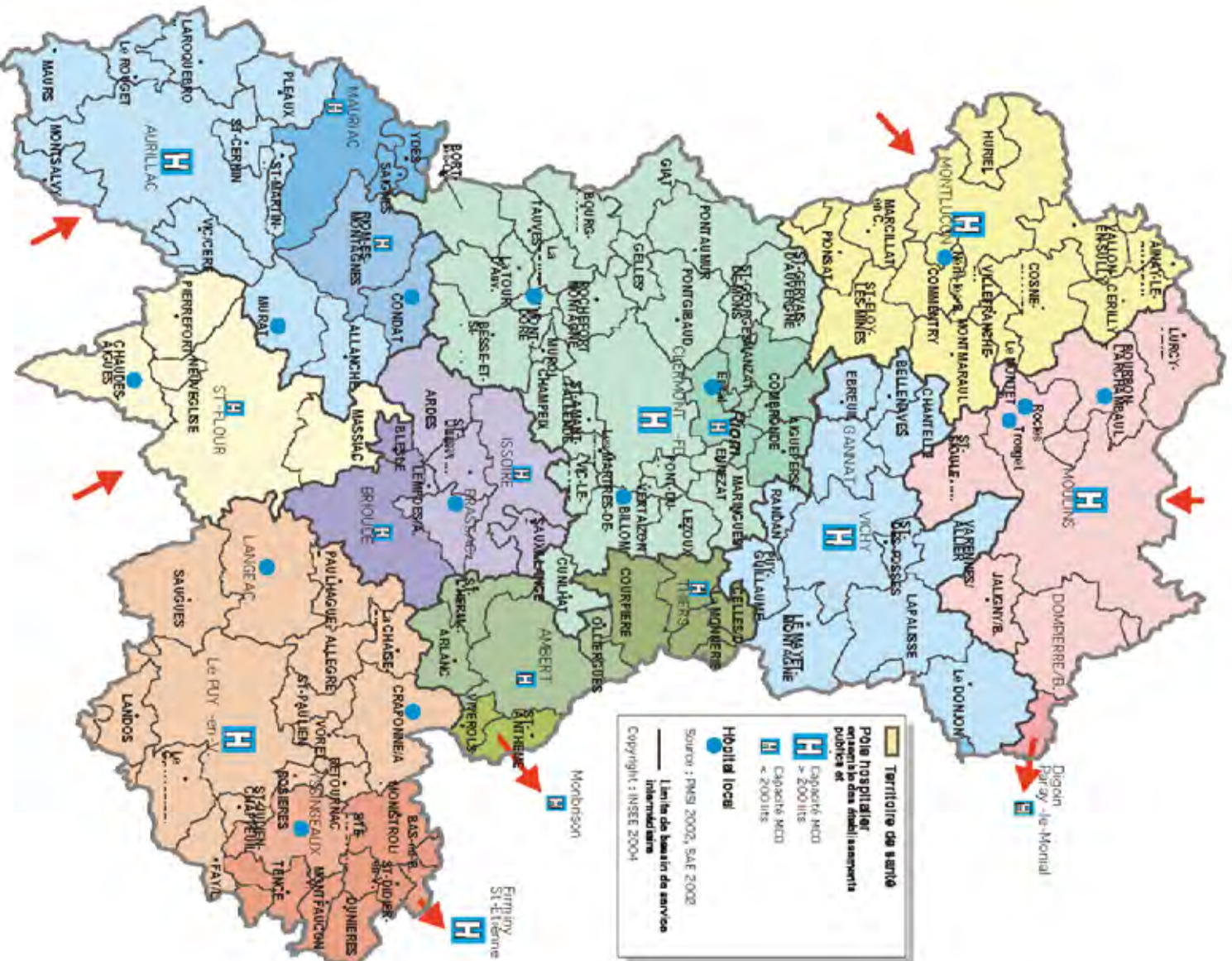
Les territoires de santé retenus par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Auvergne sont les suivants :

- territoire de santé de Montluçon,
- territoire de santé de Moulins,
- territoire de santé de Vichy,
- territoire de santé du Grand Clermont,
- territoire de santé de Thiers-Ambert,
- territoire de santé d'Issoire-Brioude,
- territoire de santé d'Aurillac-Mauriac,
- territoire de santé de Saint Flour,
- territoire de santé du Puy-en-Velay.

Leur délimitation est indiquée dans la carte page suivante.

# Annexe Opposable

## DÉCOUPAGE DE LA RÉGION AUVERGNE EN TERRITOIRES DE SANTÉ RESSORT DES PROJETS TERRITORIAUX D'OFFRE DE SOINS





Le maillage concerne la répartition des activités sur le territoire. Dans ce cadre, des objectifs d'implantation sont déterminés par territoire.

L'implantation désigne le lieu géographique de réalisation d'une activité de soins, et non l'entité juridique, qui peut elle-même concerner plusieurs lieux géographiques. Ainsi, un établissement qui exerce une même activité sur deux sites géographiques distincts (dans deux villes par exemple, ou sur un site annexe) sera comptabilisé pour chacun des sites.

Le tableau des objectifs quantifiés élaboré pour chaque territoire recense le nombre d'implantations existantes en 2006 et détermine en regard le nombre d'implantations à atteindre à la fin du schéma.

Le recensement des implantations a été réalisé en utilisant les sources d'informations suivantes :

- Autorisations délivrées pour les équipements et matériels lourds, la psychiatrie,
- Statistique annuelle d'activité (SAE) pour les activités de médecine, chirurgie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée, car les autorisations délivrées ne renseignent pas précisément le nombre éventuel de site,

- PMSI pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie,

- Etudes spécifiques ou travaux des groupes de travail pour l'élaboration du SROS de 3ème génération (réanimation, périnatalité, hospitalisation à domicile, soins palliatifs, traitement de l'insuffisance rénale chronique, urgences).

### > MÉTHODE DE DÉTERMINATION DES OBJECTIFS EN VOLUME

Les principes généraux de la détermination des objectifs quantifiés sont fondés sur le principe d'équité entre les territoires. La demande de soins est fondamentalement stable sur l'ensemble de la région.

Il est donc nécessaire de déterminer le taux de recours moyen aux soins de chacun des territoires pour connaître l'objectif d'activité qui leur est assigné.

Deux déterminants majeurs de l'activité doivent à l'évidence être pris en compte :

- Les caractéristiques structurelles de la population qui influent sur le besoin de soins. En particulier les caractéristiques démographiques de la population de chacun des territoires doivent être intégrées dans le modèle. Le sexe et l'âge sont en effet de puissants déterminants de la demande de soins. On conçoit aisément que le besoin d'hospitalisation de la population des personnes de 80 ans est, en moyenne, plus élevé que celle des jeunes de 30 ans,

- Les flux de patients entre les territoires. En effet, tant le libre choix des patients que les aléas de leurs déplacements ou encore les nécessités de la gradation des soins, conduisent certains patients à bénéficier d'une hospitalisation en dehors du territoire de leur domicile. Ces flux ont été mesurés et sont intégrés dans la détermination des objectifs quantifiés.

Les nomenclatures appliquées sont celles définies par l'arrêté du 8 juin 2005.

Conformément aux textes en vigueur, certaines activités de soins sont exclues de la détermination des objectifs quantifiés globaux en volume en médecine et en chirurgie. Ce sont :

- L'obstétrique,
- La néonatalogie,

- La réanimation,
- La chimiothérapie et la radiothérapie,
- Le diagnostic prénatal,
- L'assistance médicale à la procréation.

Seront traitées dans le cadre d'un schéma interrégional Rhône-Alpes-Auvergne, conformément à l'article D 6121-11 du code de la santé publique :

- La chirurgie cardiaque,
- La neurochirurgie,
- Les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- Le traitement des grands brûlés,
- Les transplantations d'organes et de moelle.

Par ailleurs, les activités de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, de soins de suite, de rééducation et réadaptation fonctionnelle et de soins de longue durée font l'objet d'objectifs quantifiés en volume déterminés à partir de la SAE et des autorisations délivrées.

Les sources de données utilisées pour la mesure du recours aux soins et des flux de patients sont les bases de données PMSI 2004 transmises par les établissements de santé et validées par l'ARH. Seuls les séjours de patients âgés de un an et plus sont pris en compte.

Les projections détaillées de la population auvergnate dans son ensemble et pour chaque territoire opérationnel sont fournies par les services de l'INSEE.

Pour chaque territoire et pour chaque activité, est ainsi défini le niveau de recours de ses habitants par rapport à la moyenne régionale. Il s'agit de l'écart, exprimé en pourcentage, entre le nombre d'habitants du territoire réellement hospitalisés dans un établissement français et le nombre de séjours prévisibles si le recours aux soins était strictement identique en chaque point de la région. Une valeur négative signifie donc un sous-recours à l'hospitalisation par rapport à la moyenne régionale.

L'évolution de la population de chaque territoire est caractérisée par deux indicateurs : d'une part l'évolution globale du nombre d'habitants et d'autre part l'indice de vieillissement. Cet indice démographique se construit comme le rapport du nombre de personnes de plus de 65 ans sur le nombre de personnes de moins de 20 ans.

Le niveau de recours des patients de chaque tranche d'âge est calculé pour

les deux sexes dans chaque territoire. Ce niveau est appliqué aux projections de population par sexe et âge à l'horizon 2010. Ce calcul permet d'estimer l'influence de l'évolution de la structure de la population sur l'activité hospitalière. Ainsi, bien que la population de la région doive baisser globalement de 1% entre 2004 et 2010, son vieillissement conduit malgré tout à une augmentation prévisible du nombre des hospitalisations.

Les flux inter-territoires correspondent d'une part aux séjours des patients qui résident sur un territoire donné et qui sont hospitalisés à l'extérieur de ce territoire, et d'autre part aux patients qui résident à l'extérieur d'un territoire et qui y sont cependant hospitalisés. La résultante de ces deux mouvements est calculée. Une valeur positive signifie qu'il y a plus de patients qui entrent sur le territoire que de patients qui en sortent. Il faut noter que la quasi-totalité des patients de la région d'Yssingeaux sont hospitalisés dans le département de la Loire.

Une fourchette, constituée sur la base de ces informations, détermine les objectifs quantifiés par territoire.

### > OBJECTIFS QUANTIFIÉS EN VOLUME PAR TERRITOIRE

#### ■ Chirurgie

L'activité de chirurgie correspond aux séjours avec intervention chirurgicale au bloc opératoire ou apparentés, après exclusion des séjours en rapport avec les activités mentionnées ci-dessus.

Le tableau ci-après décrit les résultats de l'observation des séjours. Si la population doit baisser d'environ 1% il faut néanmoins s'attendre à une augmentation globale de 2% des séjours de chirurgie. Le tableau détaillé est reproduit plus loin.

Les résultats avec une étape intermédiaire en 2008 soumise à évaluation sont présentés ci-dessous :

Territoire	Nombre de séjours 2004	Fourchette Basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette Basse 2011	Fourchette haute 2011
Aurillac-Mauriac	10 999	11 030	11 338	11 061	11 614
Grand-Clermont	59 517	60 439	61 974	61 360	62 587
Issoire-Brioude	4 231	4 291	4 394	4 350	4 437
Le Puy	7 491	7 801	8 313	8 110	8 516
Montluçon	13 180	13 132	13 215	13 084	13 346
Moulins	8 811	8 855	9 121	8 899	9 344
St Flour	1 159	1 138	1 140	1 113	1 168
Thiers-Ambert	1 704	1 701	1 741	1 698	1 783
Vichy	10 312	10 387	10 724	10 462	10 985
<b>TOTAL</b>	<b>117 404</b>	<b>118 771</b>	<b>121 959</b>	<b>120 138</b>	<b>123 781</b>

## ■ Médecine

Territoire	Nombre de séjours 2004	Fourchette Basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette Basse 2011	Fourchette haute 2011
Aurillac-Mauriac	18 228	18 484	18 928	18 741	19 116
Grand-Clermont	74 973	76 770	80 532	78 568	82 496
Issoire-Brioude	6 582	6 731	7 072	6 900	7 245
Le Puy	17 310	18 037	19 233	18 764	19 702
Montluçon	22 443	22 483	22 748	22 523	22 973
Moulins	15 116	15 292	15 623	15 466	15 778
St Flour	2 995	3 009	3 098	3 022	3 174
Thiers-Ambert	5 120	5 195	5 402	5 270	5 534
Vichy	16 629	16 884	17 567	17 139	17 996
<b>TOTAL</b>	<b>179 376</b>	<b>182 886</b>	<b>190 204</b>	<b>186 395</b>	<b>194 013</b>

L'activité de médecine correspond aux séjours sans intervention chirurgicale au bloc opératoire et hors des champs exclus listés ci-dessus. En particulier, les séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie ne sont pas prises en compte.

Malgré la baisse de population globale, il faut s'attendre, en l'absence de changement majeur des indications d'hospitalisation, à une hausse plus marquée d'activité de l'ordre d'au moins 4% en rapport avec le vieillissement de la population de chacun des territoires. Le tableau détaillé est reproduit plus loin.

Ici encore, ces variations démographiques ne s'expriment pas de façon uniforme pour chacun des territoires, la synthèse présentée ci-dessous, avec un palier intermédiaire en 2008, définit les objectifs quantifiés par territoire pour la médecine.

### ■ Activités interventionnelles sous imagerie médicale

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale sont définies par l'arrêté du 8 juin 2005. Elles comprennent des interventions de rythmologie, de traitement vasculaire intra thoracique et cardiaque réalisées par voie endovasculaire.

Le nombre d'actes élémentaires sert d'unité de compte. La projection du nombre d'actes prend en compte des autorisations différentes selon ces types de traitements et selon les territoires.

\* Territoire regroupant, conformément au volet thématique, Clermont-Riom, Issoire-Brioude, Thiers-Ambert et Saint Flour

Territoire	Nombre d'actes 2004	Fourchette Basse 2011	Fourchette haute 2011
Aurillac-Mauriac	222	249	261
Grand Clermont *	4 207	4 580	4 807
Le Puy	77	88	92
Montluçon	121	130	137
Moulins	91	103	108
Vichy	311	374	392
<b>Auvergne</b>	<b>5 029</b>	<b>5 523</b>	<b>5 799</b>

### ■ Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Les activités concernant le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale sont exprimées en nombre de patients. Les données utilisées sont issues du registre REIN.

\*Territoire regroupant, conformément au volet thématique, Clermont-Riom, Issoire-Brioude, Thiers-Ambert et Saint Flour

Territoire	Nombre de patients distincts 2004	Evolution de la population 2004-2010	Indice de vieillissement 2004	Indice de vieillissement 2011	Base du nombre de patients 2011	Fourchette Basse 2011	Fourchette haute 2011
Aurillac-Mauriac	88	- 3,6%	118	137	93	93	98
Grand Clermont *	424	-0,28%	77	84	459	459	482
Le Puy	85	+ 1,2%	82	85	91	91	96
Montluçon	99	- 3,8%	115	122	101	101	106
Moulins	56	- 3,0%	94	102	59	59	62
Vichy	89	- 1,7%	112	118	94	94	98
<b>Auvergne</b>	<b>841</b>	<b>+ 1,1%</b>	<b>89</b>	<b>96</b>	<b>898</b>	<b>898</b>	<b>943</b>

**Objectifs quantifiés 2011 (détail)  
Chirurgie**

Territoire	Nombre de séjours 2004	Sur/Sous recours 2004	Evolution de la population 2004-2010	Indice de vieillissement 2004	Indice de vieillissement 2011	Base du nombre de séjours 2011	Fourchette Basse 2011	Fourchette haute 2011
Aurillac-Mauriac	10 999	-3,9%	- 3,6%	118	137	11 061	11 061	11 614
Grand-Clermont	59 517	6,2%	+ 0,6%	70	77	61 360	61 360	62 587
Issoire-Brioude	4 231	10,1%	- 1,4%	95	103	4 350	4 350	4 437
Le Puy	7 491	-11,7%	+ 1,2%	82	85	8 110	8 110	8 516
Montluçon	13 180	3,7%	- 3,8%	115	122	13 084	13 084	13 346
Moulins	8 811	-0,9%	- 3,0%	94	102	8 899	8 899	9 344
St Flour	1 159	-4,2%	- 5,8%	118	133	1 113	1 113	1 168
Thiers-Ambert	1 704	-6,6%	- 3,5%	101	108	1 698	1 698	1 783
Vichy	10 312	-5,4%	- 1,7%	112	118	10 462	10 462	10 985
<b>Auvergne</b>	<b>117 404</b>		<b>- 1,1%</b>	<b>89</b>	<b>96</b>	<b>120 138</b>	<b>120 138</b>	<b>123 781</b>



**Objectifs quantifiés 2011 (détail)**  
**Médecine**

<b>Territoire</b>	<b>Nombre de séjours 2004</b>	<b>Sur/Sous recours 2004</b>	<b>Evolution de la population 2004-2010</b>	<b>Indice de vieillissement 2004</b>	<b>Indice de vieillissement 2011</b>	<b>Base du nombre de séjours 2011</b>	<b>Fourchette Basse 2011</b>	<b>Fourchette haute 2011</b>
Aurillac-Mauriac	18 228	5,5%	- 3,6%	118	137	18 741	18 741	18 989
Grand-Clermont	74 973	-6,2%	+ 0,6%	70	77	78 568	78 568	78 877
Issoire-Brioude	6 562	-2,5%	- 1,4%	95	103	6 900	6 900	5 086
Le Puy	17 310	2,8%	+ 1,2%	82	85	18 764	18 764	16 460
Montluçon	22 443	11,6%	- 3,8%	115	122	22 523	22 523	20 829
Moulins	15 116	9,4%	- 3,0%	94	102	15 468	15 468	14 924
St Flour	2 995	4,4%	- 5,8%	118	133	3 022	3 022	3 208
Thiers-Ambert	5 120	-10,8%	- 3,5%	101	108	5 270	5 270	5 343
Vichy	16 629	-1,6%	- 1,7%	112	118	17 139	17 139	17 121
<b>Auvergne</b>	<b>179 376</b>		<b>- 1,06%</b>	<b>89</b>	<b>96</b>	<b>186 395</b>	<b>186 395</b>	<b>194 013</b>

### ■ Psychiatrie

Les objectifs quantifiés en volume des activités de psychiatrie adulte et de psychiatrie infanto-juvénile sont définies à partir des journées d'hospitalisation complète recensées dans la Statistique annuelle d'activité (SAE) pour l'année de référence 2004 et le nombre de places d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation de nuit selon les capacités autorisées à ce jour.

En raison de l'équipement existant et du recours élevé aux soins psychiatriques en Auvergne, il n'est pas envisagé de variation sensible de l'activité d'hospitalisation complète en dehors de l'impact démographique de la population de chaque territoire.

Les places d'hospitalisation de jour et celles de nuit existantes sont reconduites sur la durée du SROS.

### ■ Soins de suite

Les indicateurs retenus concernent les journées pour l'hospitalisation complète et les venues pour l'hospitalisation à temps partiel recensées dans la Statistique annuelle d'activité (SAE) pour l'année de référence 2004.

L'évolution de l'activité par territoire intègre les perspectives démographiques de la population de 65 ans et plus. Elle ne prend pas en compte les variations d'implantations qui sont envisagées sur la période du schéma (cf objectifs quantifiés relatifs au maillage). De ce fait, les objectifs en volume de l'activité de soins de suite devront être révisés en cours de schéma.

### ■ Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Les indicateurs sont identiques à ceux relatifs aux soins de suite. Les données

de la SAE 2004 ont été complétés par une estimation de l'activité de services qui ont été mis en œuvre en 2005.

Les évolutions de l'activité par territoire intègre les perspectives démographiques de la population toutes classes d'âges confondues. Par ailleurs, un objectif de transfert de 5 % de l'activité d'hospitalisation complète vers une prise en charge en hospitalisation à temps partiel a été appliqué.

### ■ Soins de longue durée

Les indicateurs retenus concernent les journées et les venues recensées dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) pour l'année de référence 2004 auxquelles ont été appliquées les perspectives démographiques de la population âgée de 75 ans et plus.

Les objectifs ainsi définis ne tiennent pas compte d'une part des transformations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) susceptibles d'intervenir en fonction de l'évolution des signatures des conventions tripartites ainsi que de l'évolution réglementaire relative à la définition des unités de soins de longue durée.

En effet, l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit qu'une procédure de redéfinition de leur périmètre interviendra dans le courant de l'année 2006 : au plus tard au 1er janvier 2007, le préfet de région et le directeur de l'ARH sont chargés d'arrêter conjointement la répartition des capacités d'accueil actuelles entre des unités de soins de longue durée redéfinies et des établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées, sur la base d'un référentiel en cours de constitution.

Compte tenu de ces dispositions, les objectifs quantifiés relatifs aux unités de soins de longue durée seront révisés à l'issue de la procédure tant en implantation qu'en volume.

### 3-2 Gradation

#### ■ Présentation générale

Pour des raisons de clarté et d'homogénéité dans la présentation des différents volets thématiques, l'organisation en niveaux de soins de chaque thématique est résumée selon la même maquette présentée ci-dessous.

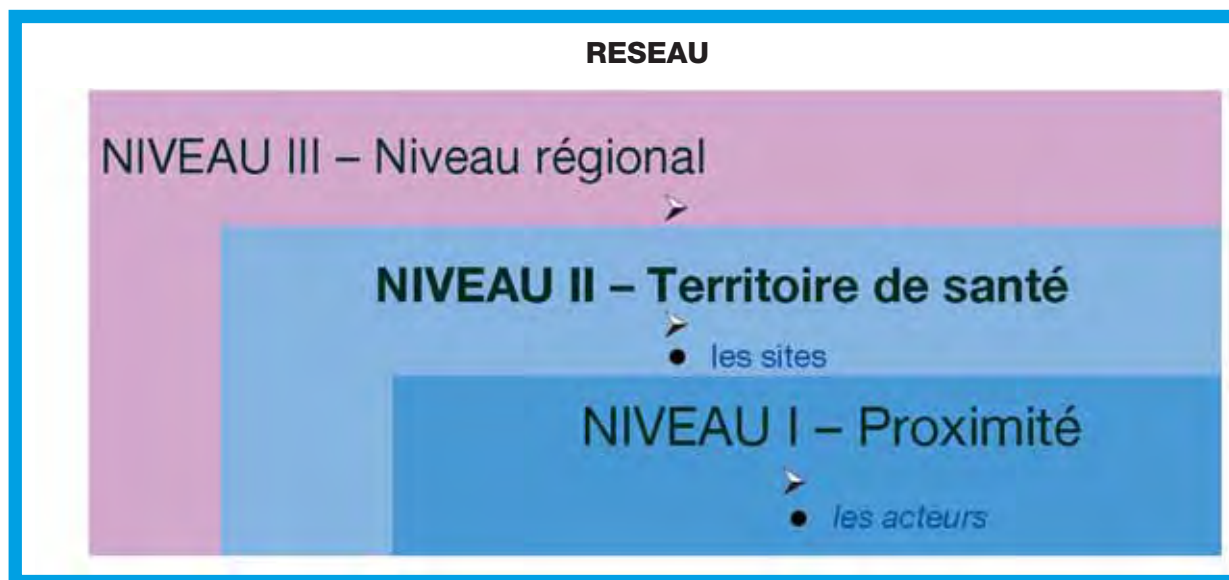
Elle représente visuellement :

- la gradation des soins et l'intégration des différents niveaux entre eux, par les carrés de couleur dégradée,
- ainsi que les éléments structurants contribuant au maillage régional, tels que le système d'information, les réseaux ou les transports, inscrits sur fond blanc dans un contour bleu.

Sont indiqués :

- au niveau des territoires de santé, en tant que de besoin, les sites retenus
- au niveau de proximité, les acteurs du système de santé concernés

Cette présentation synthétique propre à chaque thématique permet d'indiquer l'organisation des filières de soins et les conventions entre établissements et entre territoires. L'indication des sites concernés sous-tend les restructurations prévues en termes d'autorisation d'activité.



*Les synthèses sont présentées dans l'ordre retenu dans le développement du schéma*

## ■ Synthèses par volet thématique

## PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS

**Réseau d'urgences (médecine hospitalière, libérale, secteur medico social)**  
**Observatoire Régional des Urgences et Permanence des Soins Télémédecine (téléastreinte spécialistes)**

*MOYENS HELIPORTES TRANSPORTS MEDICALISES PEDIATRIQUES*

### NIVEAU III – Niveau régional :

#### URGENCES

- Accueils spécifiques au CHU pour les polytraumatisés, évènements cardiovasculaires, neurologiques
- Service d'accueil des urgences pédiatriques au CHU
- Pôle régional de référence d'accueil des victimes de violences sexuelles et de maltraitance au CHU
- Spécialité de chirurgie de la main à la clinique la Châtaigneraie à Beaumont

### NIVEAU II – Territoire de santé

- Activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences autorisée aux centres hospitaliers de Montluçon, Vichy, Moulins, Aurillac, Le Puy, Clermont-Ferrand, Mauriac, St Flour, Thiers, Ambert, Issoire, Riom, Brioude
- Autre autorisation d'activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences possible, si besoin identifié.
- SMUR à Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac, St Flour, Le Puy, Clermont-Fd, Riom, Thiers- Ambert, Issoire-Brioude
- Antennes SMUR à Mauriac et Brioude

**En propre ou par voie de convention, accès à une régulation – centre 15 départemental**

### NIVEAU I – Proximité

En fonction des contextes locaux :

- « Pôles de soins de première urgence » : hôpitaux locaux, cliniques
- Sapeur Pompiers avec régulation Centre 15
- Médecine libérale avec régulation Centre 15
- Maisons médicales
- Ambulanciers privés avec régulation Centre 15

## MEDECINE

TELE MEDECINE, CENTRES 15, RESEAU PRISE EN CHARGE PRECOCE DE LA DOULEUR THORACIQUE, RESEAUX DIABETE

## NIVEAU III – Niveau régional

**Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

- création d'une unité neurovasculaire de référence : **CHU**

**Diabète de type II**

- reconnaissance d'un centre de référence régional en diabétologie : **CHU**

## NIVEAU II – Territoire de santé

**accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

- en propre ou par voie de convention, accès à une unité neurovasculaire
- identification des sites d'hospitalisation de proximité pour les AVC nécessaire avec scanner opérationnel 24 h/24 et participation active à la filière régionale de prise en charge des AVC (utilisation de référentiels, participation aux actions de formation...)

**diabète de type II**

- en propre ou par voie de convention accès à une consultation et/ou à une hospitalisation de jour en diabétologie

**infarctus du myocarde (IDM)**

- accès en propre ou par voie de convention à une hospitalisation complète en cardiologie, à une unité de soins intensifs de cardiologie et à un plateau de coronarographie et d'angioplastie coronaire (accès h24).

## NIVEAU I – Proximité

- Tout établissement de santé doté de soins court séjour de médecine
- Soignants médicaux et paramédicaux du secteur ambulatoire

## CHIRURGIE

### NIVEAU III – Niveau régional (voire interrégional)

- Offre de recours pour la chirurgie viscérale et la traumatologie-orthopédie
- Offre de recours pour les spécialités chirurgicales autres (dont chirurgie thoracique et vasculaire)

### NIVEAU II – Territoire de santé

- Chirurgie générale, viscérale et traumatologie-orthopédique (hors recours)
- Spécialités chirurgicales autres (hors recours)
- Participation à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus (hors moelle osseuse)

## PERINATALITE

### RESEAU PERINATALITE TRANSPORTS PEDIATRIQUES MEDICALISES

#### NIVEAU III – Niveau régional

- maternité de niveau III
- cellule auvergnate de régulation

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- maternités de niveau II
- **Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac, Le Puy, Grand Clermont**
- maternités de niveau I
- **Chacun des territoires de santé ne disposant pas déjà d'une maternité de niveau supérieur**

#### NIVEAU I – Proximité

- **CPP : Ambert, Mauriac, Brioude, Riom**
- Unité d'hébergement (si pédiatres)
  - HAD
- Médecins, et Sages femmes, libéraux
  - PMI

## PERINATALITE

## ORGANISATION REGIONALE DES TRANSPORTS PEDIATRIQUES MEDICALISES

Dès qu'il y a nécessité de transférer un enfant ou/et une future mère de l'établissement d'origine vers un niveau II ou III : l'obstétricien ou le pédiatre demandeur appelle la cellule auvergnate de régulation du SAMU 63 qui recueille deux voire trois fois par jour l'état des lits des services de niveau II et III de la région.

Dès réception de l'appel, il y a liaison avec le senior pédiatre de réanimation néonatale et/ou le senior obstétricien du C.H.U., munis chacun de téléphone DECT, pour un échange direct (enregistrement médico-légal – conférence à trois qui s'appuie sur l'exploitation des fiches de régulation standardisées) pour prise de décision.

Le moyen de transport optimal est ensuite mis en œuvre :

- soit transport pédiatrique médicalisé au départ de Clermont-Ferrand - préférentiellement en hélicoptère sanitaire - (par exemple : enfant ventilé – intubé),
- soit SMUR du SAMU compétent disposant des matériels et équipements adaptés aux nouveau-nés.

L'ensemble des matériels et équipements doit tendre vers une standardisation, répondant à un cahier des charges régional.

Le transport pédiatrique médicalisé nécessite une astreinte pédiatrique dédiée et des matériels et équipements adaptés et standardisés. Pour les retours d'hospitalisation, la présence de puéricultrices dans les véhicules de transfert est à favoriser (Transferts Inter-Hospitaliers). Dans les territoires de santé et pour les transferts de niveau I à II, la régulation demeure réalisée par le SAMU compétent.

La formation des personnels de l'aide médicale urgente en charge d'éventuels transferts pédiatriques doit être renforcée sous l'égide d'un PU-PH de réanimation néonatale à la fois :

- sur un plan technique : conditionnement et prise en charge des nouveau-nés, pour l'ensemble des personnels des SMUR de la région (ainsi que des personnels intervenant en salle de naissance)
- sur un plan théorique sous forme de Formation Médicale Continue régulière (par exemple : visioconférence pour éviter les déplacements),

La formation des personnels de l'aide médicale urgente en charge d'éventuels transferts pédiatriques doit être renforcée sous l'égide d'un PU-PH de réanimation néonatale à la fois :

- sur un plan technique : conditionnement et prise en charge des nouveau-nés, pour l'ensemble des personnels des SMUR de la région (ainsi que des personnels intervenant en salle de naissance)
- sur un plan théorique sous forme de Formation Médicale Continue régulière (par exemple : visioconférence pour éviter les déplacements),  
POUR LES TRANSFERTS IN UTERO, DES SAGES-FEMMES PEUVENT ETRE ASSOCIEES A UNE EQUIPE SMUR POUR CERTAINS TRANSPORTS DE PARTURIENTES QUI NECESSITENT DES SOINS MEDICAUX DANS LE BUT D'ASSURER SPECIFIQUEMENT LA SURVEILLANCE FCETALE.

La charte de réseau doit être revisitée et actualisée (pathologies attendues du nouveau-né ou de la mère en fonction des niveaux de soins, permettant de définir des critères d'adéquation état de santé – niveau de prise en charge) en conformité avec les recommandations.



# Annexe Opposable

## REANIMATION, SOINS INTENSIFS, SURVEILLANCE CONTINUE ADULTE

### TRANSPORTS MEDICALISES, COORDINATION REGIONALE DES FERMETURES TEMPORAIRES DES LITS DE REANIMATION ET DE SURVEILLANCE CONTINUE

#### NIVEAU III – Niveau régional

- Neuroréanimation
- Soins intensifs pneumologie
  - CHU

#### NIVEAU II – Territoire de santé

	Réanimation	Surveillance Continue	USIC
MOULINS	+	+	+
MONTLUCON	+	+	+
VICHY	+	+	+
GRAND CLERMONT	+	+	+
THIERS AMBERT		+	
ISSOIRE - BRIOUDE		+	
LE PUY EN VELAY	+	+	+
AURILLAC	+	+	+
SAINT FLOUR		+	

## REANIMATION PEDIATRIQUE ET SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE

### TRANSPORTS MEDICALISES, COORDINATION REGIONALE DES FERMETURES TEMPORAIRES DES LITS DE REANIMATION

#### NIVEAU III – Niveau régional

- 4 lits de réanimation pédiatrique au CHU
- des lits de surveillance continue pédiatrique au CHU
- une unité de surveillance continue spécialisée en oncopédiatrie au CHU

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- une unité de surveillance continue par territoire en propre ou par voie de convention

## IMAGERIE MEDICALE

### TELEMEDECINE

#### NIVEAU III – Niveau régional

- I.R.M de recours
- Caméra TEP

#### NIVEAU II – Territoire de santé

*En propre ou par voie de convention, accès à*

- L'angiographie numérisée,
- La tomodensitométrie scanner,
- L'I.R.M.,
- La Médecine Nucléaire hors caméra TEP,

- **les neuf territoires de santé**

#### NIVEAU I – Proximité

- La radiologie conventionnelle,
- L'échographie,
- *Cabinets libéraux, hôpitaux locaux*

## TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES UTILISANT L'IMAGERIE MEDICALE

### NIVEAU III – Niveau régional :

- Techniques interventionnelles, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, s'appuyant sur le **pôle Clermontois et Vichy**
- Techniques interventionnelles de recours toutes spécialités confondues

### **NIVEAU II – Territoire de santé**

- Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie, hors recours
  - *Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac, Le Puy en Velay, et un territoire Grand Clermont, regroupant les autres territoires Clermont-Riom, Thiers-Ambert, Issoire-Brioude et Saint-Flour*

**SOINS DE SUITE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE****NIVEAU III – Niveau régional**

- Mise en place d'une chaire de Médecine physique et réadaptation
- Un établissement référent de SSR pédiatrique
- Une unité RRF à orientation neurologique pour la prise en charge des traumatisés crâniens (TC) ainsi que des blessés médullaires (BM)
- Un établissement référent pour la rééducation réadaptation cardiovasculaire

**NIVEAU II – Territoire de santé**

- Un ou plusieurs services soins de suite en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services rééducation et réadaptation fonctionnelle en propre ou par voie de convention
- Une ou plusieurs structures services rééducation et réadaptation fonctionnelle hôpital de jour en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services soins de suite ayant une orientation cardiologique en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services soins de suite ayant une orientation carcinologique en propre ou par voie de convention

- 9 territoires de santé

**NIVEAU I – Proximité**

- HAD
- Services soins de suite des hôpitaux locaux

## HOSPITALISATION A DOMICILE

### SYSTÈMES D'INFORMATION COMMUN VILLE HÔPITAL

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- Intervention d'une structure d'Hospitalisation à Domicile sur chaque territoire en propre ou par voie de convention

#### NIVEAU I – Proximité

- antennes appuyées sur les hôpitaux locaux ou articulées avec les SSIAD
- intervention des services d'HAD dans les EHPAD,
- Astreintes organisées pour continuité des soins
  - *les acteurs : hôpitaux locaux, SSIAD, professionnels de santé libéraux*

## PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

## NIVEAU III – Niveau régional

- centre régional pour l'évaluation cognitive avec rôle d'observatoire régional
- centre de référence des troubles envahissants du développement (pôle mère-enfant du **CHU**)
- centre de référence des troubles des apprentissages (pôle mère-enfant du **CHU**)
- centre de ressources « autisme »
- un pôle de référence régional en addictologie
- une unité en hospitalisation à temps plein dédiée aux jeunes adultes suicidants (**CHU**)

## NIVEAU II – Territoire de santé

- en propre ou par voie de convention intervention d'une équipe pluridisciplinaire
- en propre ou par voie de convention , soins psychiatriques de prévention et de réinsertion-réadaptation
- en propre ou par voie de convention , prise en charge psychiatrique de la petite enfance et de l'adolescence
- en propre ou par voie de convention , prise en charge de l'urgence psychiatrique et des personnes ayant fait une tentative de suicide
- en propre ou par voie de convention, prise en charge des personnes âgées
- en propre ou par voie de convention , prise en charge psychiatrique des patients souffrant de pathologies addictives
- en propre ou par voie de convention , prise en charge psychiatrique des personnes en situation d'exclusion présentant une souffrance psychique et des personnes présentant un handicap en raison de troubles psychiques
- en propre ou par voie de convention , prise en charge psychiatrique des personnes en détention (pour les territoires sièges d'une maison d'arrêt ou d'une maison centrale)

## NIVEAU I – Proximité

- structures alternatives de proximité à visée curative et de réinsertion : appartements associatifs, accueil familial thérapeutique

## PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

## REGISTRE REIN

## NIVEAU III – Niveau régional :

- hémodialyse pédiatrique
- structure de coordination régionale de prévention de l'IRC

## NIVEAU II – Territoire de santé

- la réanimation
- l'hospitalisation en service de néphrologie
- l'hémodialyse en centre (y compris dialyse médicalisée)
- l'autodialyse : assistée ou simple
- les alternatives à la dialyse
- le volet prévention : consultation pluridisciplinaire d'évaluation et de suivi (ou possibilité d'y recourir par voie de conventions inter établissements).
- *Moulins, Montluçon, Vichy, Aurillac, Le Puy-en-Velay, et un territoire "Grand Clermont" regroupant les autres territoires : Clermont-Riom, Thiers-Ambert, Issoire-Brioude, et Saint-Flour.*

## NIVEAU I – Proximité

- autodialyse sous contrôle d'un centre référent du territoire opérationnel de niveau II
- DPCA et hémodialyse à domicile sous contrôle d'un centre référent du territoire opérationnel de niveau II



**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER**  
**Cancérologie adulte**

**LE RESEAU ONCAUVERGNE ET SYSTEMES D'INFORMATION**

**NIVEAU III – Niveau régional :**

- le pôle régional de recours en cancérologie **CHU-Centre Jean Perrin-Pôle Santé République à Clermont**
- le centre de coordination en cancérologie (3 C) de recours

**NIVEAU II – Territoire de santé**

- Les RCP **9 territoires de santé.**
- Les réseaux territoriaux ville-hôpital - **9 territoires de santé**
- *Les centres de coordination en cancérologie (3C)*
  - **1 centre 3 C, pour les 3 territoires de santé regroupés de l'Allier**
  - **1 centre 3C pour les 2 territoires de santé regroupés d'Aurillac et de Saint Flour**
  - **1 centre 3 C au minimum, pour les 3 territoires de santé regroupés du Grand Clermont, Thiers-Ambert et Issoire-Brioude ; les centres Clermontois du pôle régional font l'objet d'une réflexion complémentaire**
  - **1 centre 3 C pour le territoire du Puy**

**NIVEAU I – Proximité**

- établissements et structures de soins à domicile associés dans la prise en charge
  - *Etablissements avec médecine polyvalente,*
  - *Etablissements avec soins de suite et de réadaptation*
  - *Etablissements avec soins de longue durée,*
  - *hôpitaux locaux*
  - *structures et/ou acteurs de soins à domicile (HAD par exemple)*

# Annexe Opposable

## Cancérologie pédiatrique

### COORDINATION REGIONALE ET INTER REGIONALE D'ONCOPEDIATRIE

#### NIVEAU III – Niveau régional :

- le centre régional de cancérologie pédiatrique - *CHU*

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- Les services de pédiatrie de rattachement

Dans 6 territoires de santé

- Montluçon
- Moulins
- Vichy
- Clermont avec les territoires de Thiers-Ambert et Issoire-Brioude-St-Flour
- Aurillac-Mauriac
- Le Puy

## Soins de support

#### NIVEAU III – Niveau régional :

Le CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) - *CHU*

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- Les consultations antidouleur
- Les services SSR
- L'éducation à la santé
  - 9 territoires de santé
- Le dispositif d'annonce et d'accompagnement
  - 9 territoires de santé (en propre ou par voie de convention)

## SOINS PALLIATIFS

## 4 RESEAUX DEPARTEMENTAUX

## NIVEAU III - Niveau régional

- l'unité de soins palliatifs, **CHU**
- la coordination régionale des réseaux départementaux
- la formation du personnel soignant
- l'optimisation du bénévolat

## NIVEAU II - Territoire de santé

- les lits identifiés « soins palliatifs »  
- **9 territoires de santé**
- les équipes mobiles de soins palliatifs  
- **9 territoires de santé**

## NIVEAU I - Proximité :

- les équipes à domicile
- l'hospitalisation à domicile.

## ■ Conditions nécessaires à la reconnaissance des lits identifiés en soins palliatifs

La structure (unité fonctionnelle, service, département, fédération) à laquelle appartiennent ces lits est choisie parce qu'elle a une activité importante en soins palliatifs et un projet élaboré. L'identification ne peut être effective que si certaines exigences sont satisfaites, à savoir un projet de service et/ou d'établissement structuré, concerté, élaboré en lien avec des équipes référentes et validé par les représentants de l'ARH, incluant :

- une formation spécifique des personnels
- une réflexion préalable de l'équipe
- un soutien de l'équipe
- un personnel en adéquation au plan qualitatif et quantitatif à cette mission
- un médecin, cadre infirmier ou infirmier référent en soins palliatifs dans le service
- des réunions régulières de synthèse pluridisciplinaires
- une procédure d'intervention d'une équipe de bénévoles d'accompagnement.

### ■ Organisation et fonctionnement

La structure à laquelle appartiennent ces lits est dotée d'une capacité suffisante et d'une organisation permettant l'accueil de personnes venant des autres services ou venant du domicile.

L'équipe soignante affectée à cette prise en charge n'est pas une équipe spécialisée en soins palliatifs, mais se compose d'un minimum de personnes formées. Elle doit être dotée d'un personnel en nombre suffisant pour soigner et accompagner les personnes malades et leur entourage, afin d'éviter l'épuisement professionnel.

Les praticiens qui adressent le patient en hospitalisation en lits identifiés sont invités à faire figurer le motif d'hospitalisation (soins palliatifs) précisément. Les médecins généralistes des personnes hospitalisées sont associés, dans des conditions définies avec le chef de service concerné, à la prise en charge pendant la période d'hospitalisation.

Les locaux doivent être adaptés à la pratique correcte des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les personnes malades (chambres individuelles...), pour les familles (lieux de repos et d'accueil...), et pour les équipes soignantes et bénévoles (bureaux, salle de réunion).

En l'absence de patients requérant des soins palliatifs, ces lits sont utilisés conformément à leur autorisation initiale d'équipement de soins.

L'admission en lits identifiés s'adresse à des patients relevant de soins palliatifs dont la durée de prise en charge palliative ne devrait pas dépasser 2 mois.

Les besoins en terme de capacité sont appréciés sur le nombre de décès, modulé par l'activité PMSI en soins palliatifs dans le(s) service(s) demandeur(s) et dans l'établissement.

# Annexe Opposable

## PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

### TELE MEDECINE, CENTRES 15, TRANSPORTS MEDICALISES PEDIATRIQUES, RESEAUX PEDIATRIQUES

#### NIVEAU III – Niveau régional

- Accueil des urgences pédiatriques au **CHU**
- Chirurgie pédiatrique de recours au **CHU**
- Réanimation pédiatrique au **CHU**
- Oncopédiatrie au **CHU**
- SSR et MPR au **CMI Romagnat**

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- en propre ou par voie de convention accès à un service de pédiatrie.
- en propre ou par voie de convention accès pour la chirurgie non programmée à un établissement disposant d'une convention avec le CHU
- en propre ou par voie de convention accès à un service de pédopsychiatrie
- en propre ou par voie de convention accès aux prises en charge de toutes les jeunes victimes de sévices sexuels et de maltraitance

- 9 territoires de santé

#### NIVEAU I – Proximité

- Soignants médicaux et paramédicaux du secteur ambulatoire
- PMI
- Médecine scolaire

# Annexe Opposable

## PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

### DEVELOPPER ET COORDONNER LES RESEAUX

#### NIVEAU III – Niveau régional

- formation des professionnels de santé à l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)
- politique régionale de développement des bilans par accès facilité à des places d'hôpital de jour

#### NIVEAU II – Territoire de santé

- accès à une consultation d'évaluation gériatrique
- accès à une équipe mobile gériatrique en propre ou par voie de convention
- accès à un service de médecine à orientation gériatrique a minima
- prise en compte des services de soins de suite dans la filière gériatrique
- psychogériatrie et gérontopsychiatrie (en propre ou par voie de convention)
  - 9 territoires de santé

#### NIVEAU I – Proximité

- accès à des consultations de spécialistes dans les établissements de santé de proximité
- volet « prise en charge des personnes âgées » dans chaque PE ou COM
  - tous les établissements

## SYSTEME D'INFORMATIONS

### NIVEAU III – Niveau régional

- Plate forme technique régionale pour la circulation de l'information entre les professionnels de santé
- Mutualisation des systèmes d'information pour les réseaux de santé.

### NIVEAU II – Territoire de santé

- Développement de l'utilisation de la télémédecine et des outils NTIC
- Développement de l'échange de documents structurés entre Ville et Hôpital

### NIVEAU I – Proximité

- amélioration et modernisation des systèmes d'information pour préparer l'insertion du Dossier Médical Personnel

### 3-3 Récapitulation par territoire

Les éléments contenus dans les deux précédents chapitres de cette annexe permettent de dresser une présentation récapitulative de l'évolution de l'offre de soins prévue par le SROS pour chacun des territoires.

#### TERRITOIRE DE MONTLUÇON

##### ■ Cadre général

Au nord-ouest de la région Auvergne, il compte 124 945 habitants au 01/01/2004. Bien relié par liaison autoroutière à la capitale régionale mais excentré par rapport aux autres villes du département de l'Allier, il est centré autour de l'agglomération de Montluçon. Il reçoit des flux de patients depuis les régions limitrophes du Centre (Cher), surtout du Limousin (Creuse) et recouvre l'extrême nord-ouest du département du Puy-de-Dôme pour la zone des Combrailles (Pionsat, Saint Eloy-les-Mines). Les flux identifiés pour ce territoire sont positifs et maintenus en l'état.

Le recours aux soins en médecine et en chirurgie est supérieur à la moyenne régionale.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 3,8 % et s'accompagne d'une augmentation de plus de 6% de l'indice de vieillissement, déjà nettement supérieur (29,21%) à l'indice moyen régional, en troisième position après les deux territoires de santé du Cantal.

##### ■ L'offre de soins existante

La carte permet de faire apparaître la concentration d'une offre de soins concurrentielle de court séjour sur Montluçon, la faible représentation des soins de suite et la situation particulière de la psychiatrie avec le centre

hospitalier interdépartemental d'Ainay-le-Château, fonctionnant avec un accueil familial thérapeutique d'environ 300 familles d'accueil et desservant des besoins régionaux et extra-régionaux. Le territoire est par contre bien doté en réadaptation-rééducation fonctionnelle du fait de la présence du centre de Pionsat et de l'orientation du centre hospitalier de Nérès-les-Bains.

##### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- le regroupement sur un site principal des activités de court séjour du CH de Montluçon et les complémentarités à mettre en place avec la polyclinique de Désertines, notamment en soins de suite et en obstétrique
- le développement des alternatives à l'hospitalisation : HAD et chirurgie ambulatoire
- le renforcement des urgences hospitalières et des transports sanitaires par la centralisation de la régulation des appels au niveau départemental
- le développement des coopérations en psychiatrie entre le CH de Montluçon et le CH interdépartemental d'Ainay-le-Château



## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

*Situation actuelle*

0 25 km

— Limnes départementales

Activités des établissements

- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

*Situation à fin de schéma*Statut des établissements

- Privé
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

POPULATION : 124 945 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

## TERRITOIRE DE SANTE : MONTLUÇON

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	3	2	22 443	22 483	22 748	22 523	22 973	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	2	2	13 180	13 132	13 215	13 084	13 346	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	2	2	41 922	41 084	42 760	39 518	41 131	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	25	25	25	25	25	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartements thérapeutiques	1	1							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	0	0	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	12	12	12	12	12	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	2	2	10 606	10 394	10 818	10 198	10 615	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	2	2	44 310	42 095	44 310	41 769	43 474	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	2 523	2 523	2 523	2 378	2 475	Nbre de venues	SAE 2004

TERRITOIRE de SANTE : MONTLUCON

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	2	2	110 371	108 164	112 578	118 601	123 442	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	1	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	1	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	2	2	121	NR *	NR *	130	137	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	1	1							
	Unités dialyse médicalisée	1	1	99	NR *	NR *	101	106	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	2	2							
	Hémodialyse à domicile	0	0							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	1							
<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	0							
NEONATOLOGIE	unités	1	1							
SOINS INTENSIFS en NEONAT	unités	1	1							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	1	1							
	UPATOU	0	1							
	SMUR	1	1							
	SAMU	1	0							

\* NR : Non renseigné

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	1	1							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	1	2							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	2	2							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie Radiothérapie Oncologie pédiatrique	2 1 1	2 1 1	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						

## Annexe Opposable

TERRITOIRE de SANTE : MONTLUCON	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	1	1	1	1
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	1	1
Scanographe à utilisation médicale	2	2	2	2
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

**TERRITOIRE DE MOULINS****■ Cadre général**

Au nord-est de la région Auvergne, il compte 101 571 habitants au 01/01/2004. Centré autour de l'agglomération de Moulins, siège de la Préfecture, il reçoit des flux de patients au Nord depuis la région limitrophe de Bourgogne (Nièvre) et en perd à l'Est vers la Saône et Loire. Les flux identifiés pour ce territoire sont légèrement positifs et maintenus en l'état.

Le recours aux soins en médecine et en chirurgie est supérieur à la moyenne régionale dans les mêmes proportions que le territoire de Montluçon.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 2,9 % et s'accompagne d'une augmentation de plus de 8,5% de l'indice de vieillissement, déjà supérieur de 5,6% à l'indice moyen régional.

**■ L'offre de soins existante**

La carte permet de faire apparaître la concentration d'une offre de soins concurrentielle de court séjour sur Moulins. Il convient de souligner la situation particulière de la prise en charge sanitaire des détenus par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure aux plans somatique et psychiatrique, du fait de l'implantation de l'importante centrale d'Yzeure. Outre le centre hospitalier de Moulins, les soins de suite sont assurés par l'hôpital local Cœur du Bourbonnais et l'hôpital local de Bourbon l'Archambault.

**■ Les principales évolutions prévues**

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- l'organisation de la complémentarité pour la prise en charge des personnes atteintes de cancer entre le CH de Moulins et la polyclinique Saint Odilon

- la centralisation au CH de Moulins de la régulation des appels pour l'ensemble du département

- l'organisation des filières de soins en rééducation fonctionnelle et soins de suite entre le centre hospitalier de Moulins et l'hôpital local de Bourbon-L'Archambault

- l'achèvement du transfert des capacités d'hospitalisation de psychiatrie du CH de Moulins vers le CH de Vichy

La prise en charge sanitaire des détenus devra faire l'objet d'une attention particulière, notamment au plan psychiatrique en fonction des implantations futures des UHSA.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

*Situation actuelle**Situation à fin de schéma*

0 25 km

— Limites départementales

## Activités des établissements

- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : MOULINS

POPULATION : 101 571 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	4	4	15 116	15 292	15 623	15 468	15 778	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	2	2	8 811	8 855	9 121	8 899	9 344	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	58 294	57 128	59 460	55 437	57 700	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	41	41	41	41	41	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartements thérapeutiques	1	1							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	1	1							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	1	1	4 056	3 975	4 137	3 680	3 831	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	18	18	18	18	18	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartement thérapeutique	1	1							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	5	4	66 638	65 305	67 971	65 416	68 086	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	2	2	12 140	11 533	11 837	10 950	11 397	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	2	2	1 604	1 604	1 908	2 120	2 207	Nbre de venues	SAE 2004



ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	3	3	102 241	100 196	104 286	113 863	118 510	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	1	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	1	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	1	1	91	NR *	NR *	103	108	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	1	1							
	Unités dialyse médicalisée	0	0	56	NR *	NR *	59	62	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	1	1							
	Hémodialyse à domicile	0	0							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1	1							
<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	0							
NEONATOLOGIE	unités	1	1							
SOINS INTENSIFS en NEONAT	unités	0	0							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	1	1							
	UPATOU	0	0							
	SMUR	1	1							
	SAMU	1	1							

\* NR : Non renseigné

TERRITOIRE de SANTE : MOULINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES									
REANIMATION	Sites	1	1							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	0	1							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	1	1							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	2	2	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	1	1							
	Oncologie pédiatrique	1	1							

TERRITOIRE de SANTE - MOLLINS	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	0	0	0	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	1	1
Scanographe à utilisation médicale	1	1	1	1
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

## TERRITOIRE DE VICHY

### ■ Cadre général

Au sud-est du département de l'Allier, il compte 136 004 habitants au 01/01/2004. Centré autour de l'agglomération de Vichy, en bordure nord de la zone d'influence de l'agglomération clermontoise, il recouvre la zone nord-est extrême du département du Puy-de-Dôme (Aigueperse, Randan, Puy-Guillaume). Il comprend à l'est une zone fragile en termes de densité médicale et peu desservie par les grandes liaisons structurelles, qui correspond essentiellement à l'obstacle naturel de la montagne bourbonnaise (Le Mayet de Montagne, Lapalisse) . Les flux identifiés pour ce territoire sont légèrement positifs et maintenus en l'état.

Le recours aux soins en médecine et en chirurgie est inférieur à la moyenne régionale.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 1,73 % et s'accompagne d'une augmentation de plus de 5,3% de l'indice de vieillissement, déjà supérieur de 25,8% à l'indice moyen régional .

### ■ L'offre de soins existante

La carte permet de faire apparaître la concentration exclusive de l'offre de soins concurrentielle de court séjour sur Vichy, et la faible représentation des soins de suite. Par contre, l'agglomération de Vichy comporte de nombreuses structures médico-sociales pour personnes âgées, et une concentration de la médecine de ville encore marquée par l'activité de thermalisme. Le centre hospitalier de Vichy est le siège de l'institut régional de formation des masseurs-kinésithérapeutes.

### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- le regroupement sur le site du CH de Vichy de l'activité d'obstétrique par transfert de la clinique La Pergola

- l'organisation de la complémentarité entre le CH de Vichy et la clinique, notamment pour l'activité de médecine, de soins de suite et de rééducation fonctionnelle

- le renforcement des urgences hospitalières et des filières d'aval par la centralisation de la régulation des appels au niveau départemental

- l'organisation de la filière de soins pour la prise en charge des personnes âgées en interne au CH de Vichy et en complémentarité avec les structures médico-sociales

- l'achèvement du transfert des capacités d'hospitalisation de gériatrie-psychiatrie du CH de Moulins vers le CH de Vichy

L'activité interventionnelle par voie endo-vasculaire en cardiologie devra faire l'objet d'une analyse en liaison avec le pôle clermontois pour définir la pertinence du pôle vichyssois au regard des zones de patientèle desservies dans le département de l'Allier.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



Situation à fin de schéma



— Limites départementales

## Activités des établissements

- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : VICHY

POPULATION : 136 004 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	2	16 629	16 884	17 567	17 139	17 996	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	2	2	10 312	10 387	10 724	10 462	10 985	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	18 513	18 143	18 883	17 829	18 557	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	4	4	25	25	25	25	25	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	2	2							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	0	0	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	Voir territoire Moulins	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	10	10	10	10	10	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	1	1	25 157	24 654	25 660	24 671	25 678	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	1	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	1	1	10 206	9 696	9 951	9 329	9 710	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	255	500	521	Nbre de venues	SAE 2004

TERRITOIRE de SANTE : VICHY

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	1	1	57 794	56 638	58 950	63 372	65 959	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	1	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	1	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	1	1	311	NR *	NR *	374	392	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	1	1							
	Unités dialyse médicalisée	1	1	89	NR *	NR *	94	98	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	1	1							
	Hémodialyse à domicile	0	0							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	1							
	<i>Centre Périnatal de Proximité</i> Centres	0	0							
NEONATOLOGIE	unités	1	1							
SOINS INTENSIFS en NEONAT	unités	0	0							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	1	1							
	UPATOU	0	0							
	SMUR	1	1							
	SAMU	1	0							

\* NR : Non renseigné

TERRITOIRE de SANTE : VICHY		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES									
REANIMATION	Sites	1	1							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	0	1							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	1	1							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	2	1	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	0	0							
	Oncologie pédiatrique	1	1							



## Annexe Opposable

TERRITOIRE de SANTE : VICHY	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	0	0	0	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	1	1
Scanographe à utilisation médicale	2	2	2	2
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

## TERRITOIRE DU GRAND CLERMONT

### ■ Cadre général

Au centre ouest de la région Auvergne, il compte 479 742 habitants au 01/01/2004. Il regroupe ainsi 36,86 % de la population régionale. Il comporte autour de l'agglomération clermontoise et du carrefour autoroutier une zone essentiellement urbaine et péri-urbaine en extension. Sa zone ouest recouvre la zone de montagne des Puys et des Monts Dore, peu densément peuplée et fragile en matière de densité médicale et de permanence des soins. Les flux identifiés pour ce territoire sont intra-régionaux, et maintenus en l'état.

Le recours aux soins en médecine est inférieur à la moyenne régionale alors qu'il est supérieur à la moyenne régionale en chirurgie. Cette situation peut s'expliquer en médecine par l'offre ambulatoire importante et en chirurgie par la concentration dans l'agglomération des plateaux techniques, y compris de recours.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en légère augmentation de 0,59 % et s'accompagne d'une augmentation de 10% de l'indice de vieillissement, le plus faible de la région et inférieur de 21,4 % à l'indice moyen régional .

### ■ L'offre de soins existante

Ce territoire est siège du CHU et du centre régional de lutte contre le cancer Jean Perrin. La carte permet de faire apparaître la concentration de l'offre de soins concurrentielle en court séjour. La surreprésentation des soins de suite est due à l'implantation de maisons d'enfants à caractère sanitaire sur les communes de la Bourboule et du Mont Dore, liées à l'activité thermale et climatique, et desservant essentiellement des besoins extra-régionaux.

La psychiatrie est assurée par l'établissement privé participant au service public hospitalier géré par l'association Sainte-Marie, mais également par le CHU et trois établissements privés.

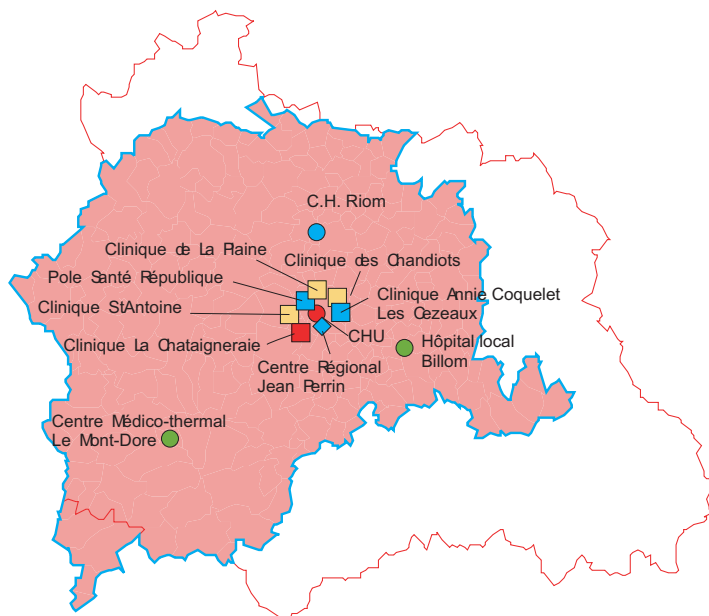
### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

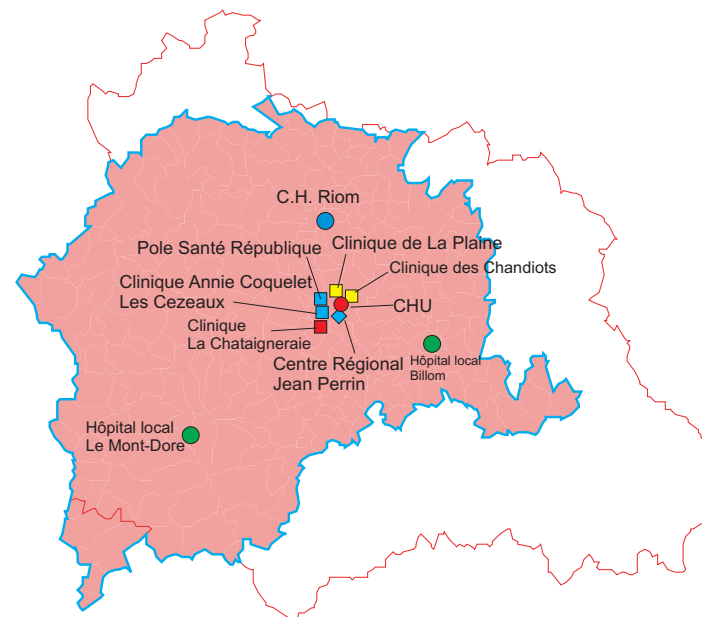
- l'organisation de la complémentarité pour la prise en charge des personnes atteintes de cancer par la constitution du pôle régional de recours entre le CHU, le centre Jean Perrin et le Pôle Santé République
- le développement des alternatives à l'hospitalisation dans les structures publiques et privées du territoire en matière d'HAD, chirurgie ambulatoire, réadaptation et rééducation fonctionnelle
- le renforcement des urgences hospitalières par la création d'une part d'un site d'accueil complémentaire de celui existant dans l'agglomération, en articulation avec la médecine libérale, et la reconnaissance d'autre part d'un pôle spécialisé dans un établissement privé
- le développement des coopérations en psychiatrie entre le CHU et le CH Sainte Marie, notamment pour l'accueil des urgences et par l'intervention d'équipes mobiles
- l'amélioration des filières d'aval par l'organisation des soins de suite notamment entre le CHU, le CH de Riom, le centre Clémentel et les hôpitaux locaux, et la reconversion de certains plateaux techniques , clinique saint Antoine à Chamalières notamment.
- l'évolution de la situation des maisons d'enfants saisonnières à caractère sanitaire, notamment à travers un regroupement de leurs missions ou avec d'autres établissements.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



Situation à fin de schéma



— Limites départementales

## Activités des établissements

- Chirurgie
- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- ◆ PSPH
- Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire et tableau des Maisons d'Enfants à caractère sanitaire

## TERRITOIRE DE SANTE : GRAND CLERMONT

POPULATION : 479 742 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	10	10	74 973	76 770	80 532	78 568	82 496	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	10	9	59 517	60 439	61 974	61 360	62 587	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	5	5	270 040	264 639	275 441	266 201	277 066	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	13	13	295	295	295	295	295	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	1	1	10	10	10	10	10	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	2	2	7 359	7 212	7 506	6 919	7 201	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	3	3	64	64	64	64	64	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	1							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	10	10	140 837	138 020	143 654	146 619	152 603	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	1 280	1 254	1 306	1 333	1 387	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	6	6	112 242	106 630	109 436	105 146	109 438	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	4	4	20 014	20 014	22 820	25 229	26 259	Nbre de venues	SAE 2004

TERRITOIRE de SANTE : GRAND CLERMONT		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	6	6	261 749	256 514	266 984	301 301	313 599	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	1	2							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	1	1							
	Equipe mobile	1	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	4	4	4 207	NR *	NR *	4 580	4 807	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	3	3							
	Unités dialyse médicalisée	1	1	424	NR *	NR *	459	482	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	4	4							
	Hémodialyse à domicile	1	1							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	2							
<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	1	1							
NEONATOLOGIE	unités	2	2							
SOINS INTENSIFS en NEONAT	unités	1	1							
REANIMATION NEONATALE	unités	1	1							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	2	3							
	UPATOU	1	2							
	SMUR	2	2							
	SAMU	1	1							

TERRITOIRE de SANTE : GRAND CLERMONT

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	4	3							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	1	5							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	1							
USIC	Sites	2	3							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		2	2							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		2	2							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		2	2							
Activités de diagnostic prénatal		3	3							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	5	6	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	2	2							
	Oncologie pédiatrique	1	1							

\* ND : Non renseigné

## Annexe Opposable

EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils		Observations
	2006	2011	2006	2011	
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	2	2	7	7	Dont 1 PET Scan
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	3	3	4	4	
Scanographe à utilisation médicale	5	6	7	8	
Caisson hyperbare	0	0	0	0	
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0	

## SROS 3 - Objectifs Quantifiés - MAISONS D'ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE

Etabli	Ville	Nombre de lits	Equivalent-lits activité permanente	Nbre journées réalisées 2004	Nbre journées réalisées 2005	Prévisions 2011 Fourchette basse	Prévisions 2011 Fourchette haute	Observations	
Bambi	La Bourboule	44	15	4 683	4 965	4 728	4 920	Fermeture à compter 01/09/06	
Les Cascades	La Bourboule	61	21	6 779	6 342	6 429	6 692		
Chalet Jean Pierre	La Bourboule	53	15	4 578	NC *	4 486	4 670		
Les Mésanges	La Bourboule	40	14	5 712	5 019	5 258	5 473		
Nono-Nanette	La Bourboule	36	10	2 814	2 339	0	0		
La Pastourelle	La Bourboule	67	23	5 082	5 448	5 160	5 370		
Les Pinsons - La Marjolaine	La Bourboule	84	29	7 203	6 405	6 668	6 940		
Volcana	La Bourboule	46	16	3 386	3 339	3 295	3 430		
La Chrysolithe	La Bourboule	39	9	3 171	3 045	3 046	3 170		
Le Domaine de Fohët	La Bourboule	77	18	3 927	3 822	3 797	3 952		
La Pergola	Le Mont Dore	51	15	3 780	NC *	3 704	3 856		
Le Secret - Les Iris - François et Suzon	La Bourboule	139	40	11 655	10 892	11 048	11 499		Secret = 27 lits, Iris = 40 lits, Francois et Suzon = 72 lits
L'île aux Enfants	La Bourboule	50	17	3 213	2 903	2 997	3 119		
Les Roitelets	La Bourboule	50	14	2 709	NC *	2 655	2 763		
<b>TOTAL</b>		<b>837</b>	<b>257</b>	<b>68 692</b>	<b>54 519</b>	<b>63 271</b>	<b>65 854</b>		

\*NC = non connue

Equivalent-lits activité permanente : nbre sessions annuelles x 21 jours / 365 x capacité



**TERRITOIRE DE THIERS-AMBERT****■ Cadre général**

Au centre Est de la région Auvergne, il compte 59 691 habitants au 01/01/2004. Orienté suivant la vallée de la Dore, au pied des Monts du Livradois et du Forez, il se caractérise par un relief accidenté, une zone essentiellement rurale, une population peu dense et regroupée autour des deux sous-préfectures de Thiers au nord et d'Ambert au sud. Le nord du territoire est bien relié par liaison autoroutière à la capitale régionale. L'implantation des médecins spécialistes est très peu développée et plusieurs zones du territoire sont potentiellement fragiles pour l'implantation des médecins généralistes.

Les flux de patients sont négatifs, fuites vers la capitale régionale, et pour les zones de Saint-Anthème et Viverols orientés vers la région limitrophe (Loire). Ils sont maintenus en l'état, pour stabiliser le niveau des fuites et maintenir l'offre de soins de proximité dans le territoire.

Le recours aux soins en médecine et en chirurgie est nettement inférieur à la moyenne régionale.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 3,45% et s'accompagne d'une augmentation de 6,93% de l'indice de vieillissement, supérieur de 13,5 % à l'indice moyen régional.

**■ L'offre de soins existante**

La carte permet de faire apparaître les deux centres hospitaliers desservant le territoire : le centre hospitalier de Thiers et le centre hospitalier d'Ambert, tous deux sites d'accueil d'urgences. Aucun autre établissement sanitaire n'est implanté dans le territoire.

**■ Les principales évolutions prévues**

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- l'organisation de la complémentarité en matière d'obstétrique entre les centres hospitaliers au sein du réseau régional de périnatalité et l'implantation d'un centre périnatal de proximité au centre hospitalier d'Ambert
- le renforcement du maillage des urgences hospitalières et des transports sanitaires par la création d'un SMUR rattaché au centre hospitalier d'Ambert
- le développement des alternatives par l'intervention, voire l'implantation d'un service d'HAD dans le territoire, en articulation avec les structures médico-sociales pour personnes âgées
- le renforcement des coopérations existantes entre les deux établissements en matière de psychiatrie, plateau médico-technique, activité chirurgicale...

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



Situation à fin de schéma



0 25 km

— Limites départementales

## Activités des établissements

- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- ◆ PSPH
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : THIERS AMERT

POPULATION : 59 691 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	2	5 120	5 195	5 402	5 270	5 534	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	2	2	1 704	1 701	1 741	1 698	1 783	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	13 874	13 597	14 151	13 127	13 663	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	2	2	20	20	20	20	20	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	0	0	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	2	2	14 002	13 722	14 282	13 454	14 004	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011			
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	2	2	77 104	75 562	78 646	83 330	86 731	Nbre de journées	SAE 2004	
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004	
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	0	1								
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0								
	Equipe mobile	0	1								
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	0	0	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	Nbre d'actes	CCAM	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	0	0								
	Unités dialyse médicalisée	0	0	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N	
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	2	2								
	Hémodialyse à domicile	0	0								
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	1								
	<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	1							
NEONATOLOGIE	unités	0	0								
SOINS INTENSIFS en NEONAT.	unités	0	0								
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0								
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	0	0								
	UPATOU	2	2								
	SMUR	1	2								
	SAMU	0	0								

TERRITOIRE de SANTE : THIERS AMBERT

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	0	0							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	2	2							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	0	0							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	2	2	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	0	0							
	Oncologie pédiatrique	0	0							

## Annexe Opposable

<i>TERRITOIRE de SANTE : THIERS AMBERT</i>	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	0	0	0	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	0	0	0	0
Scanographe à utilisation médicale	1	1	1	1
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

**TERRITOIRE D'ISSOIRE-BRIOUDE****■ Cadre général**

Au centre de la région Auvergne, il compte 69 502 habitants au 01/01/2004. A cheval sur le sud du département du Puy-de-Dôme et le nord-ouest du département de la Haute-Loire, il est orienté pour suivre la vallée de l'Allier, au pied des Monts Dore et du Cézallier. Zone agricole, sous l'influence de l'agglomération du Grand Clermont, il regroupe une zone de population moyennement dense pour la région. Il est traversé par un axe autoroutier et bien relié à la capitale régionale. Les flux de patients sont négatifs, en raison des fuites vers la capitale régionale. Ils sont maintenus en l'état pour stabiliser le niveau des fuites et maintenir l'offre de soins de proximité dans le territoire. Le recours aux soins en médecine est inférieur à la moyenne régionale et supérieur en chirurgie.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 1,39% et s'accompagne d'une augmentation de 8,42% de l'indice de vieillissement, supérieur de 6,8 % à l'indice moyen régional .

**■ L'offre de soins existante**

La carte permet de faire apparaître l'offre de soins de court séjour, partagée entre public et privé dans chacune des villes du territoire, la présence d'un hôpital local sans lit de médecine à Brassac-les-Mines, l'absence de lits d'hospitalisation complète en rééducation fonctionnelle-réadaptation et en psychiatrie.

**■ Les principales évolutions prévues**

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

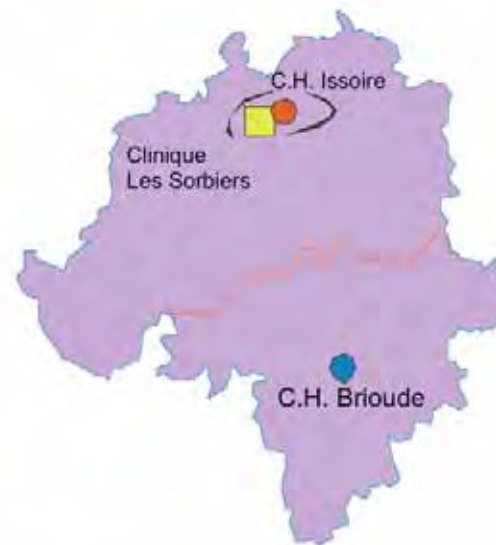
- le regroupement sur un seul site des capacités de court séjour à Issoire comme à Brioude,
- le renforcement des complémentarités entre les pôles d'Issoire et de Brioude, notamment en matière de chirurgie et d'équipement d'imagerie médicale,
- le rattachement de l'antenne SMUR de Brioude au SMUR du CH d'Issoire
- le développement des alternatives par l'intervention, voire l'implantation d'un service d'HAD dans le territoire, en articulation avec les structures médico-sociales pour personnes âgées,
- le renforcement de l'organisation de la filière gériatrique entre le centre hospitalier d'Issoire et l'hôpital local de Brassac-les-Mines et le centre hospitalier de Brioude et la clinique Saint Dominique par transfert d'autorisation,
- la définition d'un pôle hospitalier unique de rattachement en psychiatrie actuellement distinct pour Issoire (CH Ste Marie à Clermont) et pour Brioude (CMP Ste Marie Le Puy).

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



Situation à fin de schéma



Limites départementales

## Activités des établissements

- Chirurgie
- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- PSPH
- Public

Plateau technique Commun



Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.



## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : ISSOIRE BRIOUDE

POPULATION : 69 502 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	2	6 562	6 731	7 072	6 900	7 245	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour * séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	3	2	4 231	4 291	4 394	4 350	4 437	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	journées	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	2	2	35	35	35	35	35	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	0	0	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	Voir territoire Grand Clermont	journées	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	10	10	10	10	10	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	3	3	34 301	33 615	34 987	34 099	35 491	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	3	3	61 094	59 872	62 316	68 105	70 884	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	0	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	0	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	0	0	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	0	0	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N
	Unités dialyse médicalisée	0	0							
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	2	2							
	Hémodialyse à domicile	0	0							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1	1							
<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	1	1							
NEONATOLOGIE	unités	0	0							
SOINS INTENSIFS en NEONAT.	unités	0	0							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	0	0							
	UPATOU	2	2							
	SMUR	2	2							
	SAMU	0	0							

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	0	0							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	1	1							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	0	0							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	2	2	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	0	0							
	Oncologie pédiatrique	0	0							

## Annexe Opposable

TERRITOIRE de SANTE : ISSOIRE BRIOUDE	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	0	0	0	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	0	0	0	0
Scanographe à utilisation médicale	0	1	0	1
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

## TERRITOIRE D'AURILLAC-MAURIAC

### ■ Cadre général

Au sud-ouest de la région Auvergne, limitrophe des régions Limousin et Midi-Pyrénées, il compte 115 933 habitants au 01/01/2004. Il se caractérise par un relief accidenté, les monts du Cantal ne permettant pas de liaison rapide avec les autres territoires et la capitale régionale, et une population rurale très peu dense, sauf dans le bassin d'Aurillac. Il regroupe le plus grand nombre de zones fragiles pour l'implantation de médecins généralistes. Les flux identifiés pour ce territoire sont légèrement positifs, provenant des zones extra-régionales plus au Sud et maintenus en l'état.

Le recours aux soins en médecine est supérieur à la moyenne régionale alors qu'il est inférieur à la moyenne régionale en chirurgie.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse de 3,55 % et s'accompagne d'une augmentation de plus de 16% de l'indice de vieillissement, déjà le plus élevé de la région avec celui du territoire de Saint Flour, + 32,6% par rapport à l'indice régional.

### ■ L'offre de soins existante

La carte fait apparaître l'implantation des plateaux techniques concurrentiels dans le bassin d'Aurillac, et des établissements de proximité des zones de montagne de Mauriac, et Riom-es- Montagnes, complétés par deux hôpitaux locaux à Condat et à Murat qui comportent des lits de médecine. Deux établissements privés, l'un de soins de suite, l'autre de post-cure en psychiatrie desservent également le territoire.

Un hélicoptère sanitaire est basé à Aurillac pour les transports d'urgence primaires et secondaires.

### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- l'organisation de la complémentarité en matière d'obstétrique entre les centres hospitaliers d'Aurillac et de Mauriac au sein du réseau régional de périnatalité, par l'implantation d'un centre périnatal de proximité au centre hospitalier de Mauriac,

- le renforcement de la complémentarité des plateaux techniques public et privé d'Aurillac, notamment pour l'utilisation partagée des équipements lourds d'imagerie,

- l'organisation de la complémentarité en activité chirurgicale entre le pôle public et privé d'Aurillac et le CH de Mauriac,

- l'amélioration des filières d'aval par la reconversion de certains plateaux techniques, clinique du Haut Cantal à Riom-ès-Montagnes notamment, et l'intégration des hôpitaux locaux dans une filière de prise en charge des personnes âgées coordonnée avec les structures médico-sociales,

- le développement de la coopération entre les établissements du territoire et du territoire de Saint Flour en matière de télétransmission et transfert d'images.

Une analyse devra être effectuée en liaison avec le pôle clermontois pour définir si le développement d'une activité interventionnelle par voie endo-vasculaire en cardiologie peut être engagé en commun par les équipes des plateaux techniques d'Aurillac pour desservir les besoins du département du Cantal, compte tenu de son éloignement.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



## Activités des établissements

- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

Situation à fin de schéma



## Statut des établissements

- Privé
- ◆ PSPH
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : ISSOIRE BRIOUDE

POPULATION : 115 933 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	6	6	18 228	18 484	18 928	18 741	19 116	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	3	3	10 999	11 030	11 338	11 061	11 614	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	48 108	47 146	49 070	45 472	47 328	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	40	40	40	40	40	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	1	1							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	1	1	1 386	1 358	1 414	1 186	1 234	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	22	22	22	22	22	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	5	6	59 945	58 746	61 144	59 545	61 975	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	1 500	1 470	1 530	1 490	1 551	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	2	2	0	8 585	8 935	8 585	8 935	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	0	875	910	875	910	Nbre de venues	SAE 2004

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011			
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	4	4	111 208	108 984	113 432	126 607	131 774	Nbre de journées	SAE 2004	
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004	
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	1	1								
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0								
	Equipe mobile	1	1								
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	1	1	222	NR *	NR *	249	261	Nbre d'actes	CCAM	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	1	1								
	Unités dialyse médicalisée	0	0	88	NR *	NR *	93	98	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.	
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	1	1								
	Hémodialyse à domicile	1	1								
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	2	1								
	<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	1							
NEONATALOGIE	unités	1	1								
SOINS INTENSIFS en NEONAT.	unités	0	0								
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0								
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	1	1								
	UPATOU	1	1								
	SMUR	2	2								
	SAMU	1	1								

\* NR : Non renseigné



ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	2	2							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	2	2							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	1	1							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	2	2	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	1	1							
	Oncologie pédiatrique	1	1							

	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<i>TERRITOIRE de SANTE : AURILLAC-MAURIAC</i>				
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	1	1	1	1
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	1	1
Scanographe à utilisation médicale	1	2	1	2
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

## TERRITOIRE DE SAINT-FOUR

### ■ Cadre général

Au sud de la région Auvergne, limitrophe des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (Lozère), il compte 27 196 habitants au 01/01/2004. Il se caractérise par un relief accidenté, une population rurale très peu dense, et regroupée autour de la sous-préfecture de Saint-Flour. Il est traversé par l'axe autoroutier nord-sud qui le relie plus facilement à la capitale régionale qu'au territoire d'Aurillac, dont il est séparé par les Monts du Cantal, ou au département de la Haute Loire. Il regroupe un grand nombre de zones fragiles pour l'implantation de médecins généralistes. Les flux identifiés pour ce territoire sont maintenus en l'état, y compris ceux positifs provenant essentiellement de la zone extra-régionale du Nord Lozère, pour stabiliser le niveau des fuites et maintenir l'offre de soins de proximité dans le territoire.

Le recours aux soins en médecine est le plus élevé de la région et légèrement inférieur à la moyenne régionale en chirurgie.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en baisse, la plus forte de la région, soit - 5,76 %, et s'accompagne d'une augmentation de 12,7 % de l'indice de vieillissement, déjà le plus élevé de la région, avec celui du territoire d'Aurillac.

### ■ L'offre de soins existante

La carte permet de faire apparaître les deux établissements de santé implantés dans le territoire : le centre hospitalier de Saint-Flour, comportant l'ensemble des disciplines de court séjour, l'accueil des urgences, de la psychiatrie, des soins de suite et de longue durée, et le centre de rééducation de Chaudes-Aigues, comportant des capacités de réadaptation-rééducation fonctionnelle et soins de suite. Aucun autre établissement sanitaire n'est implanté dans le territoire. Le centre hospitalier de Saint-Flour est une structure potentiellement fragilisée par son éloignement.

### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- le développement de la coopération entre les établissements du territoire et du territoire d'Aurillac en matière de télétransmission et transfert d'images

- le développement des alternatives par l'intervention, voire l'implantation d'un service d'HAD dans le territoire, en articulation avec les structures médico-sociales pour personnes âgées,

- le développement des coopérations entre les deux établissements du territoire, notamment en matière de soins de suite,

- l'émergence d'un pôle référent en soins de suite-réadaptation pour personnes âgées à Chaudes Aigues, ayant une vocation étendue au Nord Lozère et à l'Aveyron.

Les coopérations entre le centre hospitalier de Saint-Flour, le centre hospitalier d'Aurillac et le CHU pour les activités de court séjour, le fonctionnement du plateau technique et la psychiatrie devront être développées dans la perspective d'optimiser la gestion des effectifs médicaux.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



Situation à fin de schéma



## Activités des établissements

- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

## Statut des établissements

- Privé
- ◆ PSPH
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

POPULATION : 27 196 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

## TERRITOIRE DE SANTE : SAINT-LOUR

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	2 995	3 009	3 098	3 022	3 174	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	1	1	1 159	1 136	1 140	1 113	1 168	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	9 926	9 727	10 125	9 167	9 541	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	1	1	20	20	20	20	20	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	1	1							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
	Centres de post-cure	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	0	0	Voir territoire Aurillac	Voir territoire Aurillac	Voir territoire Aurillac	Voir territoire Aurillac	Voir territoire Aurillac	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
	Centre de post-cure	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	2	2	15 567	15 255	15 878	25 960	27 019	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	1	0	16 302	7 528	7 835	0	0	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004

TERRITOIRE de SANTE : SAINT FLOUR

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	1	1	38 866	38 089	39 643	41 315	43 001	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	0	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	0	0							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	0	0	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	intégré dans territoire Gd Clermont	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	0	0							
	Unités dialyse médicalisée	0	0	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont	Intégré dans territoire Gd Clermont		
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	1	1							
	Hémodialyse à domicile	0	0						Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1	1							
	<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	0						
NEONATALOGIE	unités	0	0							
SOINS INTENSIFS en NEONAT.	unités	0	0							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	0	0							
	UPATOU	1	1							
	SMUR	1	1							
	SAMU	0	0							

ACTIVITE de SOINS		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	0	0							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	1	1							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	0	0							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie	1	1	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						
	Radiothérapie	0	0							
	Oncologie pédiatrique	0	0							

## Annexe Opposable

TERRITOIRE de SANTE : SAINT FLOUR	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	0	0	0	0
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	0	0	0	0
Scanographe à utilisation médicale	1	1	1	1
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0



## TERRITOIRE DU PUY-EN-VELAY

### ■ Cadre général

Au sud-est de la région Auvergne, limitrophe des régions Languedoc-Roussillon et surtout Rhône-Alpes, il compte 186 977 habitants au 01/01/2004. Il se caractérise par une altitude moyenne élevée, une population rurale très peu dense, sauf dans les bassins du Puy-en-Velay, préfecture du département, et de l'Yssingelais. L'est du territoire, bien relié par la route est dans l'orbite d'influence stéphanoise. Il regroupe par contre au Sud (Margeride) des zones fragiles pour l'implantation de médecins généralistes et pour les temps d'accès aux soins. Les flux identifiés pour ce territoire sont négatifs et maintenus en l'état, un tiers des patients du territoire étant attiré hors région pour les recours aux soins de médecine et de chirurgie. Par contre en soins de suite, les établissements du territoire accueillent des patients de la région voisine. De ce fait, si le recours aux soins en médecine est proche de la moyenne régionale, il est nettement inférieur à la moyenne régionale en chirurgie.

L'évolution démographique prévue pour la durée du schéma en l'état des projections est en augmentation de 1,18 %, zone la plus dynamique d'Auvergne grâce à l'Yssingelais. L'indice de vieillissement, le plus faible de la région après celui du Grand Clermont, n'augmentera que de 3,65 % pendant la période.

### ■ L'offre de soins existante

La carte permet de faire apparaître la concentration d'une offre de soins concurrentielle de court séjour sur le Puy-en-Velay et une bonne répartition géographique des trois hôpitaux locaux, comportant des lits de médecine à Craponne sur Arzon, Langeac et Yssingaux. Outre ces établissements et le centre hospitalier du Puy, les soins de suite et de réadaptation-rééducation sont répartis entre sept autres établissements privés de faible capacité, et parfois éloignés des plateaux techniques. Ils desservent en partie des besoins extra-

régionaux en accueillant des patients de la région Rhône-Alpes. La psychiatrie est assurée par un seul établissement géré par l'association Sainte-Marie, privé participant au service public hospitalier. Les alternatives à l'hospitalisation sont peu développées.

### ■ Les principales évolutions prévues

Compte tenu des perspectives démographiques et des caractéristiques du territoire,

- l'achèvement de la modernisation du plateau technique et de l'hospitalisation du centre hospitalier du Puy-en-Velay et l'élaboration d'axes de coopération avec la clinique Bon Secours,
- l'amélioration des filières d'aval par l'intégration des hôpitaux locaux dans une filière de prise en charge des personnes âgées, coordonnée avec les structures médico-sociales,
- le développement d'une coordination des orientations stratégiques des établissements de soins de suite entre eux et avec les orientations médicales du CH du Puy et de la clinique Bon Secours,
- le développement des alternatives par l'implantation d'un service d'HAD dans le territoire, en articulation avec les structures médico-sociales pour personnes âgées,
- le développement des coopérations entre le centre hospitalier et le CMP Sainte Marie, notamment pour l'accueil des urgences.

## ■ Cartes des implantations de court séjour MCO

Situation actuelle



## Activités des établissements

- Médecine
- Médecine et Chirurgie
- Médecine, Chirurgie et Obstétrique

Situation à fin de schéma



## Statut des établissements

- Privé
- ◆ PSPH
- ◆ Public

Source : ARH 2006  
Réalisation URCAM Auvergne  
Février 2006

Les implantations relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, de psychiatrie, d'urgences et d'équipements lourds du territoire sont retracées dans les cartes régionales en fin de document.

## ■ Tableau des objectifs quantifiés du territoire

## TERRITOIRE DE SANTE : LE PUY

POPULATION : 186 977 habitants

source INSEE : estimation locale de population au 01/01/2004

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
MEDECINE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	5	5	17 310	18 037	19 233	18 764	19 702	hors chimiothérapie Séjours > ou = 1 Jour + Nbre séjours < 1 Jour + séances	PMSI 2004
CHIRURGIE	Hospitalisation complète et Chirurgie ambulatoire	2	2	7 491	7 801	8 313	8 110	8 516	Séjours > ou = 1 jour + Nbre séjours < 1 Jour	PMSI 2004
PSYCHIATRIE ADULTE	Hospitalisation complète	1	1	80 590	78 978	82 202	79 910	83 172	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	4	4	105	105	105	105	105	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartements thérapeutiques	0	0							
	Centres de crise	0	0							
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète	1	1	1 625	1 593	1 658	1 567	1 631	jours	SAE 2004
	Hospitalisation de jour	2	2	44	44	44	44	44	places	Autorisations
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	places	Autorisations
	Placement familial thérapeutique	0	0							
	Appartement thérapeutique	0	0							
	Centre de crise	0	0							
SOINS de SUITE	Hospitalisation complète	10	10	94 729	92 834	96 624	94 793	98 662	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	1	1	2 028	1 987	2 069	2 029	2 112	Nbre de venues	SAE 2004
REEDUCATION et READAPTATION FONCTIONNELLE	Hospitalisation complète	1	1	6 980	6 631	6 980	6 921	7 204	Nbre de jours	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004

TERRITOIRE de SANTE : LE PUY

ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME					Unités de quantification	Source
		2006	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011		
SOINS de LONGUE DUREE	Hospitalisation complète	4	4	109 789	107 593	111 985	124 475	129 555	Nbre de journées	SAE 2004
	Hospit. à temps partiel de jour ou de nuit	0	0	0	0	0	0	0	Nbre de venues	SAE 2004
HOSPITALISATION à DOMICILE	nombre de services	0	1							
SOINS PALLIATIFS	Unité de soins palliatifs	0	0							
	Equipe mobile	1	1							
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en CARDIOLOGIE	unités	1	1	77	NR *	NR *	88	92	Nbre d'actes	CCAM
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre	1	1							
	Unités dialyse médicalisée	1	1	85	NR *	NR *	91	96	Nbre de patients	Fichier R.E.I.N.
	Unités d'autodialyse simple ou assistée	2	3							
	Hémodialyse à domicile	0	0							
OBSTETRIQUE	Hospitalisation complète et Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	1	1							
	<i>Centre Périnatal de Proximité</i>	<i>Centres</i>	0	0						
NEONATOLOGIE	unités	1	1							
SOINS INTENSIFS en NEONAT.	unités	0	0							
REANIMATION NEONATALE	unités	0	0							
ACCUEIL et TRAITEMENT des URGENCES	SAU et POSU	1	1							
	UPATOU	0	0							
	SMUR	1	1							
	SAMU	1	1							

\* NR : Non renseigné

TERRITOIRE de SANTE : LE PUY		Nbre d'implantations		ACTIVITE EN VOLUME						
ACTIVITE de SOINS	STRUCTURES ou SERVICES	2008	2011	Situation actuelle	Fourchette basse 2008	Fourchette haute 2008	Fourchette basse 2011	Fourchette haute 2011	Unités de quantification	Source
REANIMATION	Sites	1	1							
SURVEILLANCE CONTINUE	Sites	1	2							
SOINS INTENSIFS	Sites	0	0							
USIC	Sites	1	1							
Activités cliniques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités biologiques d'assistance médicale à procréation		0	0							
Activités de recueil, traitement, conservation des gamètes et cession de gamètes issus de don		0	0							
Activités de diagnostic prénatal		0	0							
Traitement du CANCER	Chimiothérapie Radiothérapie Oncologie pédiatrique	1 1 1	1 1 1	Sous réserve de la publication des textes réglementaires relatifs à l'activité de traitement du cancer						

TERRITOIRE de SANTE : LE PUY	Nombre d'implantations		Nombre d'appareils	
	2006	2011	2006	2011
<b>EQUIPEMENT-MATERIELS LOURDS</b>				
Caméra à scintillation (GAMMA CAMERA ), tomographe à émissions , caméra à positons	1	1	1	1
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	1	1	1	1
Scanographe à utilisation médicale	1	1	1	1
Caisson hyperbare	0	0	0	0
Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

## ■ Carte régionale des implantations d'activités de soins en médecine, chirurgie et obstétrique

Situation actuelle

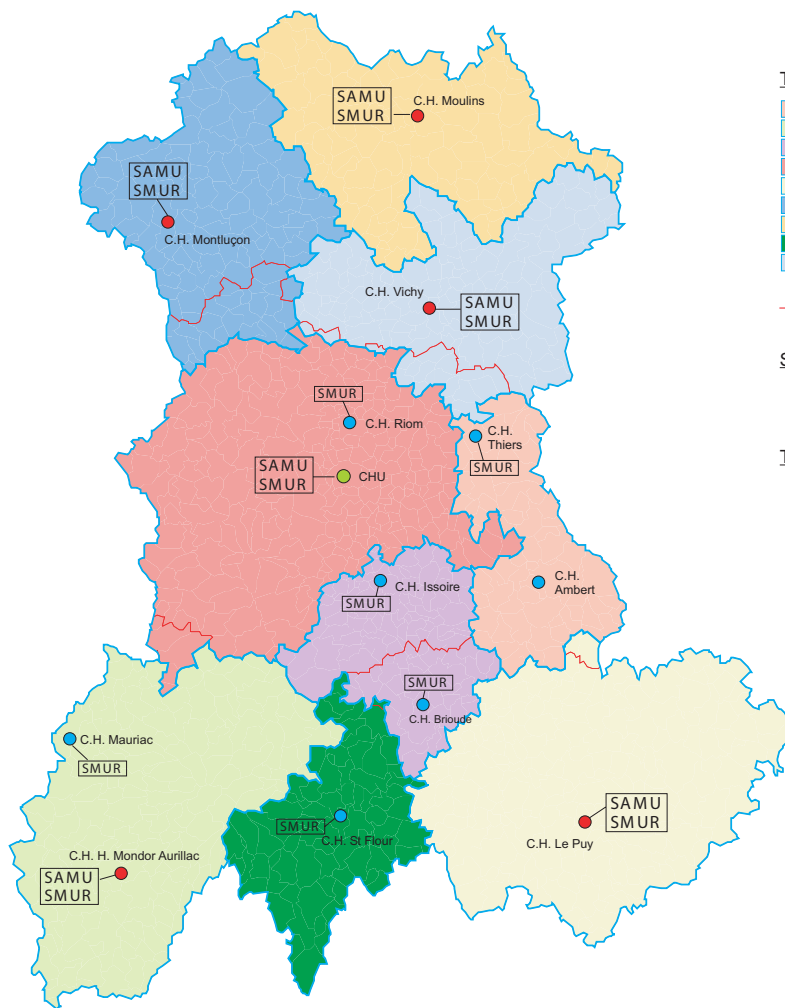


Situation à fin de schéma

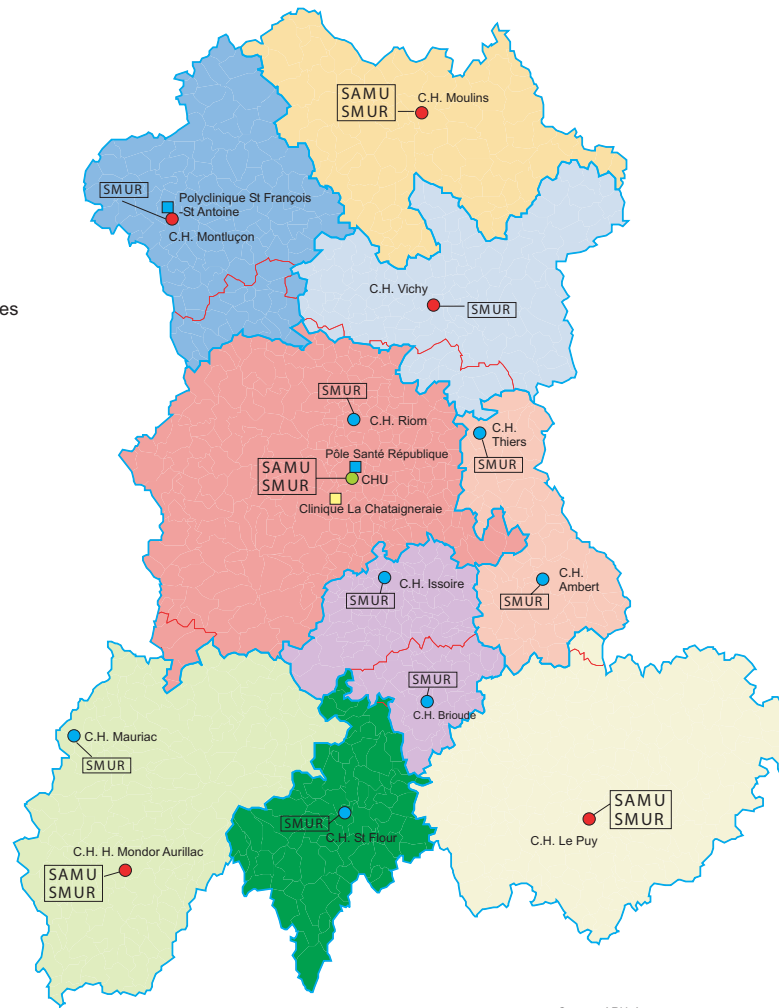


## ■ Carte régionale de l'accueil et traitement des urgences

Situation actuelle



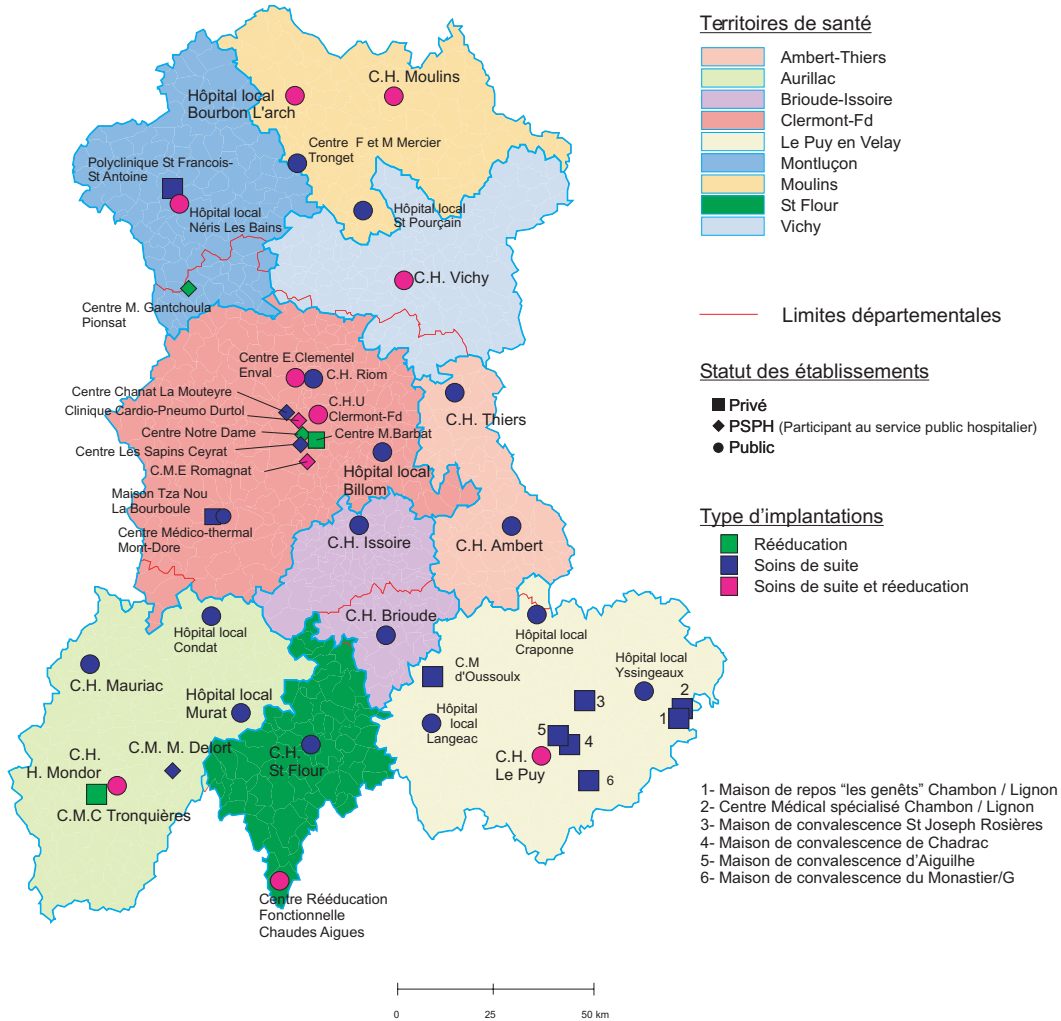
Situation à fin de schéma



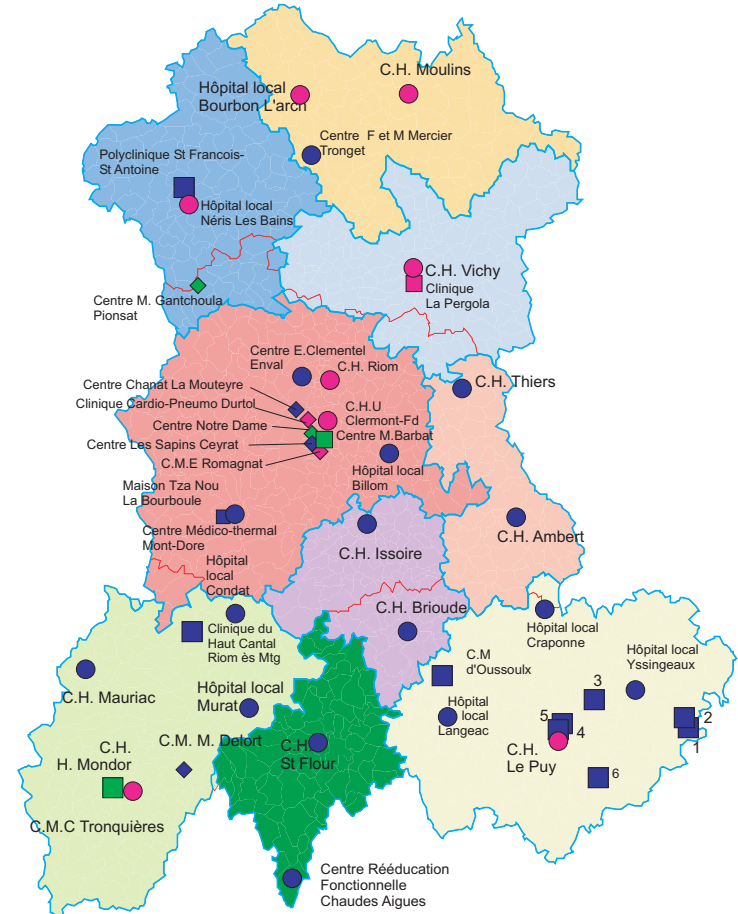


## ■ Carte régionale des implantations d'activités de soins de suite et de rééducation et réadaptation fonctionnelle

**Situation actuelle**

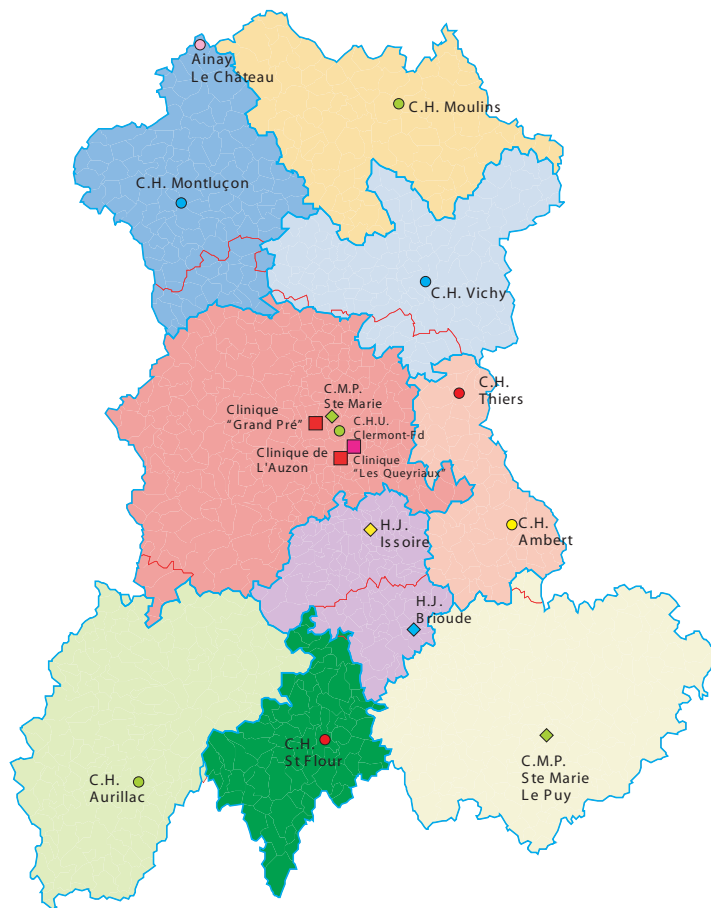


**Situation à fin de schéma**

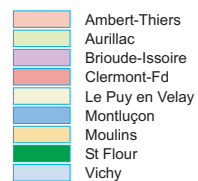


## ■ Carte régionale des implantations d'activités de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile

Situation actuelle

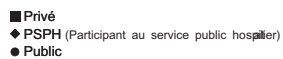


## Territoires de santé

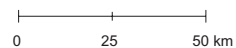
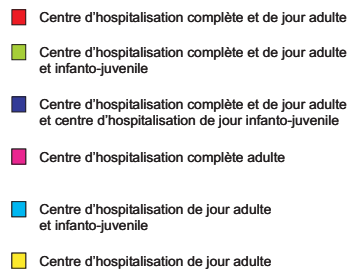


— Limites départementales

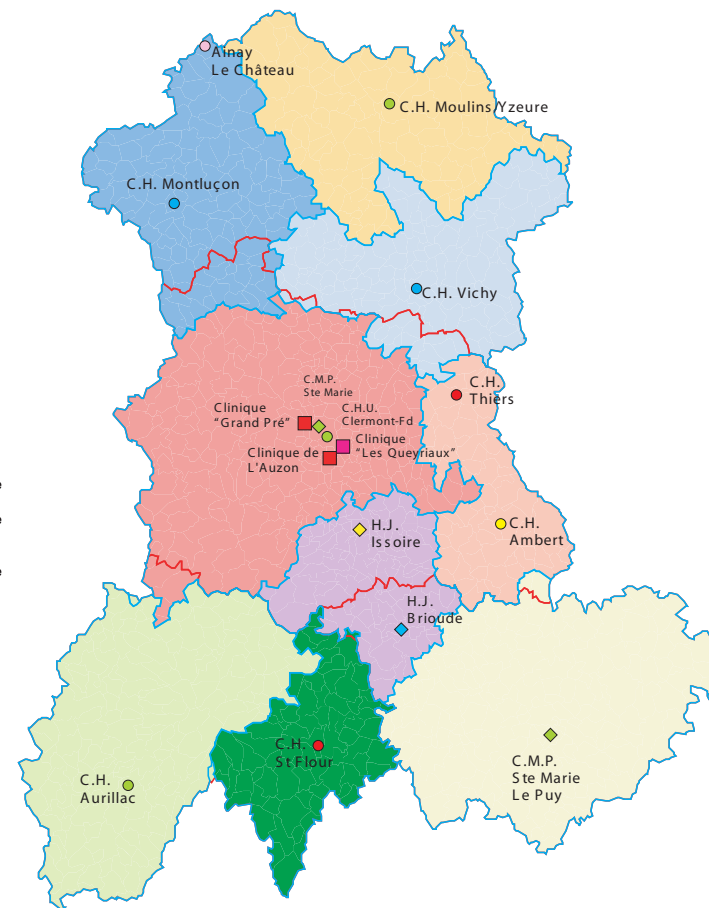
## Statut des établissements



## Type d'implantations

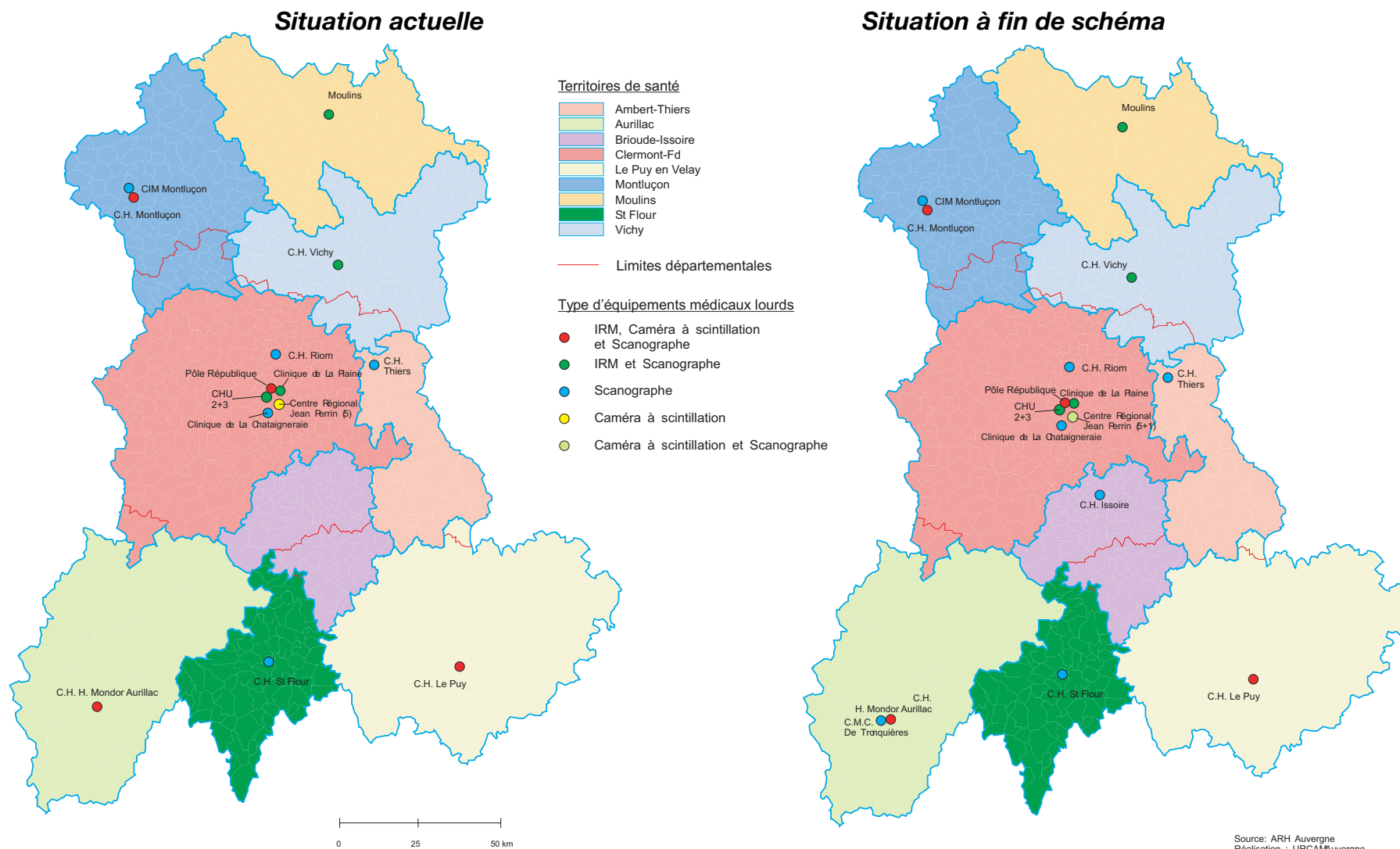


Situation à fin de schéma



Source: ARH Auvergne  
Réalisation : URCAM Auvergne  
Février 2006

## ■ Carte régionale des implantations d'équipements et matériels lourds (scnner, IRM, caméras à scintillation)



**SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE  
D'Auvergne 2006-2011**

# **> Documents Complémentaires**

- ARRÊTÉ N° 2006 – 5 -

**Relatif aux territoires de santé et au schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne**

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Auvergne,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L 6115-3, L 6121-1 à L 6121-4, R 6121-1 à R 6121-5, D 6121-6 à D 6121-10,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 99-01 du 31 mars 1999 portant révision des dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne relatif à l'accueil et au traitement des urgences,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 99-9 du 15 septembre 1999 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 2002-3 du 4 avril 2002 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire relatif aux équipements et aux services psychiatriques en Auvergne,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 2002-5 du 18 mars 2002 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire relatif aux soins de suite en Auvergne,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 2002-7 du 18 mars 2002 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Auvergne,

Vu l'arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Auvergne N° 2003-2 du 25 juin 2003 fixant le volet du schéma régional d'organisation sanitaire relatif au schéma régional des systèmes d'information de l'offre de soins,

Vu les avis émis par les conférences sanitaires des territoires de concertation de l'Allier, du Puy-de-Dôme, du Cantal et de la Haute-Loire,

Vu l'avis de la commission régionale de concertation en santé mentale,

Vu les avis du comité régional de l'organisation sanitaire d'Auvergne et du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale d'Auvergne réunis en date du 21 novembre 2005,

Vu l'avis de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Auvergne en date du 14 février 2006,

## ARRETE :

**ARTICLE 1er** - Est arrêté conformément à l'article L 6121-1 du code de la santé publique le schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne tel qu'annexé au présent arrêté.

**ARTICLE 2** - Les territoires de santé au sein desquels les autorisations d'activité de soins et d'équipements lourds sont accordées sont définis conformément à la carte des territoires et aux objectifs quantifiés par territoire figurant dans l'annexe opposable du schéma régional d'organisation sanitaire joint au présent arrêté.

**ARTICLE 3** - Sont abrogés les arrêtés du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Auvergne n°99-01 du 31 mars 1999, n°99-9 en date du 15 septembre 1999, n° 2002-3 du 4 avril 2002, n°2002-5 du 18 mars 2002, n°2002-7 du 18 mars 2002, et n°2003-2 du 25 juin 2003.

**ARTICLE 4** - Conformément à l'article L6121-1 du code de la santé publique, le schéma régional est établi pour cinq ans mais peut être révisé en tout ou partie à tout moment.

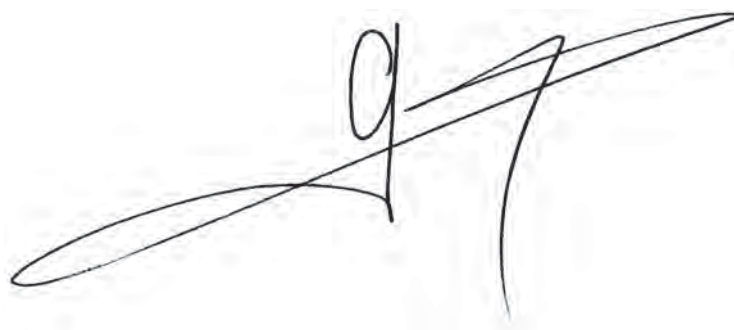
**ARTICLE 5** - Cette décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent arrêté auprès du Ministre de la Santé et des Solidarités :

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
Sous-direction de l'organisation du système de soins

**ARTICLE 6** - Monsieur le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne, Mesdames les Directrices Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Allier et du Cantal, Messieurs les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute Loire et du Puy-de-Dôme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de l'Etat de la région Auvergne.

Chamalières, le 15 mars 2006

Le Directeur de l'Agence Régionale de  
l'Hospitalisation d'Auvergne,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alain Gaillard', written over a light blue rectangular stamp.

Alain GAILLARD

## BIBLIOGRAPHIE – TEXTES DE REFERENCE

### > CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

- art L6121-1 à L6121-4
- art R6121-1 à R6121-3 (établissement du schéma d'organisation sanitaire)
- art D6121-6 D6121-10 (objectifs quantifiés de l'offre de soins)

### > ORDONNANCE

- ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

### > LOIS

- loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (soins palliatifs)
- loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique
- loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie

### > DECRETS

- décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique
- décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (*techniques interventionnelles*)
- décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue (*réanimation*)
- décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000 relatif à la convention type prévue à l'article L. 1111-5 du code de la santé publique (*soins palliatifs*)
- décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (*périnatalité - chirurgie*)
- décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (*périnatalité - chirurgie*)

## > ARRETES

- arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires
- arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L6121-2, L6114-2 et L6122-8 du code de la santé publique et du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L6121-2 du code de la santé publique

## > CIRCULAIRES

- circulaire DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins
- circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 26 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (*cancer*)
- circulaire n° 517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (*enfants et adolescents*)
- circulaire DHOS/02/2004/290 du 25 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs (*soins palliatifs*)
- circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/N°280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires (*réanimation- SSR*)
- circulaire DHOS/O/ 2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique (*cancer*)
- circulaire 5 mars 2004 n°101/DHOS/Q/2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- circulaire DHOS/0 n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile (*hospitalisation à domicile*)
- circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (*SSR*)
- circulaire DHOS/SDO/ n° 2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue (*réanimation*)
- circulaire DHOS/DGAS/AVIE n°257 du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local (*SSR*)
- circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (*SSR*)
- circulaire DHOS/DGS n°157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique (*SSR*)



## **BIBLIOGRAPHIE GENERALE**

- Plan régional de santé publique – Version 1 - DRASS d’Auvergne  
*2003*
- Rapport du Haut Conseil sur l’Avenir de l’Assurance maladie  
*Janvier 2004*
- Les inégalités cantonales de santé en Auvergne – Observatoire régional de la santé d’Auvergne  
*Septembre 2004*
- Organisation du système de santé auvergnat : Diagnostic partagé ARH / URCAM  
*Décembre 2004*
- Le Projet d’Action stratégique de l’Etat en Région d’Auvergne 2004-2006 - Préfecture de la région Auvergne  
*Décembre 2004*
- La chirurgie en France – Recommandations des académies nationales de médecine et de chirurgie.  
*Septembre 2005*
- La santé en Auvergne et ses déterminants – Plate-forme de l’observation sanitaire et sociale d’Auvergne.  
*Octobre 2005*

## LISTE DES CHEFS DE PROJET THEMATIQUE DU SROS 3

	Nom, Prénom	Institution	Qualité
<b>Médecine</b>	GATEAU Roselyne	DRASS	Médecin Inspecteur régional
<b>Chirurgie</b>	MANAOUI Sylvie	DRSM	Médecin conseil
<b>Périnatalité</b>	DIDIERLAURENT M-Claude	DRASS	Médecin Inspecteur Régional adj.
<b>Soins d'aval/SSR HAD Patients cérébro-lesés</b>	DELANGE Lise BERNARD Catherine	DDASS 03 CRAM	Inspectrice Cellule hospitalière
<b>Urgences et permanence des soins</b>	BARRY Daniel	URCAM	Directeur
<b>Personnes démunies</b>	TARDIEU Michèle	DRASS	Inspectrice principale
<b>Reanimation soins intensifs et surveillance continue</b>	MORA Monique	DDASS 63	Médecin inspecteur
<b>Imagerie médicale</b>	CHATELIER Sylvère	DRSM	Médecin conseil
<b>Techniques interventionnelles</b>	CHATELIER Sylvère	DRSM	Médecin conseil
<b>Psychiatrie et santé mentale</b>	DIDIER LAURENT M-Claude	DRASS	Médecin Inspecteur Régional adj.
<b>Prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique</b>	DAULHAC Claude	DRSM Auvergne	Médecin Conseil
<b>Personnes âgées</b>	FALAIZE Isabelle	CRAM	Cellule médico-sociale
<b>Enfants et adolescents</b>	GATEAU Roselyne	DRASS	Médecin Inspecteur régional
<b>Prise en charge du Cancer</b>	LONCHAMBON Pâquerette	DRASS	Médecin Inspecteur Régional adj.
<b>Soins palliatifs</b>	MALROUX Jacques	DRSM	Médecin Conseil
<b>Systèmes d'information</b>	MOUYSET Sabrina	ARH	Chargée de mission



Groupement d'Intérêt Public constitué entre l'état  
et les organismes de l'assurance maladie

CRAM - SMR - URCAM - MSA - CMR - DRASS - DRASS 03 - DDASS 15 - DDASS 43 - DDASS 63

Agence régionale de l'hospitalisation d'Auvergne  
21, boulevard Berthelot 63407 CHAMALIERES Cedex  
Tél : 04 73 31 94 94 - Fax : 04 73 19 08 26 - Web : <http://www.parhtage.sante.fr>

