Nos priorités de santé en **Occitanie**

VERSION EN COURS DE CONSULTATION REGLEMENTAIRE
JUILLET 2023

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ
2023-2028

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Occitanie

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION
Occitanie
SANTÉ

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Occitanie SANTÉ 2023 2028

ARS Occitanie
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

LA PAROLE AUX CITOYENS

Les personnes âgées comme moi avons l'impression d'être abandonnées dans nos régions.

Participant du Lot
à la consultation digitale

Sensibiliser le citoyen dès son plus jeune âge c'est aussi lui permettre de devenir acteur de sa propre santé.

Participant à un atelier citoyen
en Tarn-et-Garonne

Plus on donne du pouvoir au patient, plus on le rapproche du soin.

Participant à un atelier citoyen
dans l'Hérault

Parfois le délai est tellement long entre la prise de rendez-vous et la consultation, qu'on est déjà guéri une fois qu'on est devant le médecin !

Participant à un atelier citoyen
dans le Lot

Donner voix aux habitants dans des comités territoriaux de schéma de santé

Participant des
Pyrénées-Orientales
à la consultation digitale

Des professionnels qui parlent, expliquent, coordonnent. Ce n'est pas au patient et/ou à la famille de construire le parcours !

Participant à un atelier citoyen
dans l'Hérault

Ce qui fait du bien à notre santé participe également à protéger notre environnement.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Promouvoir les droits des patients qui sont des acteurs du soin et sont donc utiles partout tout le temps. Les écouter, les aider, les informer, les conseiller, tenir compte de leurs besoins e de leurs souhaits dans l'élaboration de leur parcours de soins.

Participant du Gard
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Agir au plus près des besoins de santé

Notre Projet régional de santé 2023-2028 fait le pari d'un pacte territorial avec tous les acteurs de la santé en Occitanie. Professionnels, élus, usagers ont été associés à la démarche de refondation que nous avons engagée tous ensemble. Nous partageons la même ambition d'agir en partant des besoins de santé de nos concitoyens, pour mieux y répondre au plus près de leurs lieux de vie. Nous avons partagé des étapes de diagnostic et participé collectivement à la réflexion sur les solutions les plus adaptées aux besoins actuels.

"Les solutions pour la santé sont au cœur de nos territoires partout en Occitanie."

Notre politique régionale de santé porte aujourd'hui une ambition commune au service de tous les habitants de notre région. Les priorités de notre Schéma régional de santé s'appliquent pour tous et partout en Occitanie. C'est le socle commun de notre politique de santé. Il en précise les défis à relever et les engagements opérationnels que nous nous fixons. Il détermine aussi les prévisions d'évolutions de l'offre de soins et des services de santé, dans une présentation régionale et par territoires de santé, à l'échelle de chaque département.
Les besoins de santé des habitants de chacun de nos territoires ne sont pas identiques partout. L'offre de santé doit s'adapter à ces réalités territoriales. La mise en œuvre de nos priorités régionales aussi. Nous avons donc fait le choix d'innover en proposant, pour la première fois à l'échelle nationale, de prolonger notre Schéma régional de santé par 13 schémas territoriaux de santé co-écrits et concertés avec les acteurs de nos territoires, à l'échelle de chaque département.

Des programmes d'actions viendront décliner concrètement nos objectifs opérationnels, tant sur le plan régional qu'à l'échelon territorial. Ce sera l'occasion de poursuivre notre démarche de refondation en santé au niveau de chacun des 13 départements, en confiant aux acteurs locaux, via les conseils territoriaux de santé élargis, la mise en œuvre de notre Projet régional de santé, et plus précisément celle de chaque schéma territorial de santé. Les instances régionales seront quant à elles garantes de l'équité de traitement de l'ensemble des populations sur l'ensemble de la région.

Nous sommes tous mobilisés pour agir au plus près des besoins de santé, avec une conviction partagée : les solutions pour la santé sont au cœur de nos territoires partout en Occitanie.

Didier JAFFRE
Directeur général
de l'Agence régionale de santé Occitanie

Le **Schéma régional de santé** (SRS)

Le Schéma Régional de Santé (SRS) se décline en une présentation régionale et par département, au travers de 13 Schémas Territoriaux de Santé (STS).

Pour impulser des actions de transformation de façon efficiente, le SRS évoque successivement les objectifs opérationnels à décliner et les prévisions d'évolution nécessaire de l'offre de soins et des services de santé.

Les objectifs opérationnels :
Le SRS aborde les questions de santé autour de 26 défis à relever, tant au niveau régional qu'au sein des 13 territoires de santé de l'Occitanie à l'échelle des départements, pour servir les 6 engagements prioritaires du PRS. Ces différents défis sont déclinés en 109 objectifs opérationnels.

Ces objectifs renvoient à l'élaboration de programmes d'actions, tant au niveau régional que territorial, à l'issue de la publication du PRS. Ces programmes d'actions (en dehors du PRAPS) complèteront donc les travaux du PRS mais n'en font pas partie stricto sensu.

Les parcours de santé (cancer, handicap, maladies chroniques, parents et enfants vulnérables, santé mentale, vieillissement), sont abordés, au regard des défis identifiés, dans le cadre d'objectifs spécifiques, voire d'objectifs communs, lorsqu'un besoin de convergence ou de synergie d'actions a été repéré. La question des maladies chroniques est désormais traitée dans le schéma régional, dans leur globalité.

Les thèmes transversaux sont également tracés : attractivité des métiers de la santé, personne citoyen usager, PRAPS (santé précarité), prévention promotion de la santé, qualité sécurité pertinence, santé environnement, situations sanitaires exceptionnelles, soins hospitaliers, soins primaires, transformation numérique, urgences et soins non programmés, violences et santé.

Au regard de la situation géographique de l'Occitanie et de la frontière partagée avec l'Espagne et Andorre, le SRS inclut, conformément à l'article L 1434-3 du code de la santé publique, un volet sur les synergies et les coopérations sanitaires transfrontalières.

Le Schéma prend également en compte, en cohérence avec la Loi Montagne, les flux de populations saisonnières et l'enjeu du temps de parcours dans l'organisation des soins des territoires de montagne. À ce titre, sont identifiés les défis au sein du schéma qui pourront s'inscrire dans cette thématique spécifique.

Enfin, comme le prévoit l'article L1434-2 du code de la santé publique, ce Schéma Régional de Santé comprend des éléments relatifs à la prévention des violences notamment sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences.

L'évolution de l'offre de santé :
Le Schéma Régional de Santé (SRS) détermine, en outre, des prévisions d'évolutions pour l'ensemble de l'offre de soins et des services de santé. Ces prévisions se déclinent dans une présentation régionale et par territoire de santé, correspondant au niveau départemental. Elles prennent en compte les réformes des activités de soins et équipements matériels lourds donnant lieu à autorisation.

Elles s'appuient sur des éléments de diagnostic prospectif et déterminent les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, pour chaque activité soumise à autorisation, sur la durée du PRS.

Ces prévisions concernent aussi des activités de soins non soumises à autorisations, qui donneront lieu, à l'issue de la publication du PRS, à des reconnaissances contractuelles.

#2 SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2023 - 2028

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

ARS Occitanie
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

SOMMAIRE

6 ENGAGEMENTS :
pour agir **5**
ÉVOLUTION
de l'offre en fonction des besoins **195**

6 ENGAGEMENTS : **pour agir**

1. Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie **6**

2. Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé....**51**

3. Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires **80**

4. Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge..... **122**

5. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements..... **149**

6. Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.....**171**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

1

ENGAGEMENT

Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie

Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie

1 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health") **8**
DÉFI #2
Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale **14**
DÉFI #3
Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables **23**
DÉFI #4
Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce **32**
DÉFI #5
Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique **45**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health")

Les enjeux

Les relations entre la santé des Hommes, la santé des animaux domestiques et sauvages, la santé des plantes et l'environnement sont intimement liées, comme la crise sanitaire du COVID-19 est venue le rappeler avec force. Communément appelée « **Une seule santé** » ou « **One Health** », cette démarche qui propose une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire des enjeux sanitaires, est encore aujourd'hui trop peu connue et intégrée dans les politiques de santé.
La démarche « Une seule santé » cherche d'une part, à améliorer les connaissances sur les relations qui existent entre la santé animale, la santé humaine et l'état des socio-écosystèmes et d'autre part, propose la mise en œuvre d'actions destinées à transformer le domaine de la santé publique traditionnellement centré sur la santé des populations.
Le 4ème Plan National Santé Environnement (mai 2021), s'inscrit dans ce changement de paradigme : « La France [..] s'engage dans une approche intégrée et unifiée de la santé publique, animale et environnementale autour du concept « Une seule santé » ou « One Health ».

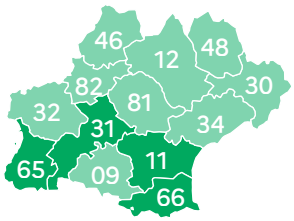
Cette approche est particulièrement pertinente dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la lutte contre les espèces végétales envahissantes, les zoonoses (maladies susceptibles de se transmettre de l'animal à l'homme et inversement, comme la grippe, la rage et la fièvre de la vallée du Rift, les maladies liées aux arbovirus) et de la lutte contre la résistance aux antibiotiques. La prévention de l'exposition aux polluants chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens, s'inscrit également dans cette approche.

Les objectifs opérationnels

- Prévenir les risques engendrés par l'implantation de nouveaux organismes à enjeux sanitaires (espèces végétales, nuisibles ou vecteurs).
- Prévenir l'exposition aux substances/polluants chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens (stratégie des 1 000 premiers jours, phytosanitaires) et aux contaminations liées aux sites et sols pollués.
- Dans une approche « Une seule santé », compléter la stratégie régionale de prévention des infections et de l'antibiorésistance en intégrant la santé environnementale.
- Réduire l'exposition de la population aux facteurs de risque environnementaux et professionnels pour mieux prévenir les problèmes de santé et notamment les cancers.
- Introduire une méthodologie partagée permettant l'inclusion de la Santé environnementale dans les politiques de santé (objectif spécifique STS31).

Thèmes associés
Santé environnement

Parcours associés
Maladies Chroniques
Cancer



Défi priorisé par les territoires

DÉFI #1

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health")

LA PAROLE AUX CITOYENS

Ce qui fait du bien à notre santé participe également à protéger notre environnement.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Diminuer la pollution (chimique, atmosphérique) pour diminuer les cancers.

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

La santé doit faire le lien dans sa communication entre le changement climatique, la perte de biodiversité la hausse de la pollution et les maladies (cancers, dépressions, asthme...).

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation digitale

Valoriser les métiers du faire auprès des jeunes participants au bien vivre (bien se nourrir- maraichage, arboriculteur, ...; bien se loger - éco-construction ; bien 'consommer': valorisation circuits de proximité; bien socialiser : favoriser les espaces de rencontre, d'échange, de lien social, d'entraide; etc....

Participant du Gard
à la consultation digitale

Avoir une meilleure connaissance sur les risques émergents (perturbateurs endocriniens, champs électromagnétiques, qualité de l'air...) par le biais de sensibilisation grand public.

Participant des Hautes-Pyrénées
à la consultation digitale

Prendre en compte la santé dans la création de nouveaux quartiers (éco quartiers, végétalisés, voies piétonnes et cyclables...).

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #1

Prévenir les risques engendrés par l'implantation de nouveaux organismes à enjeux sanitaires (espèces végétales, nuisibles ou vecteurs)

Le défi à relever

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé (« one health »).

Les constats

S'agissant des pollens, la majorité des départements sont concernés par la présence d'ambroisie et la région Occitanie est très touchée par les pollens de cyprès/oliviers notamment. La mise en place, en cours, de pollinariums à visée prévisionnelle se fait en lien avec un réseau d'allergologues.

Tous les départements d'Occitanie (44% des communes - plus de 90% de la population) sont concernés par la présence du "moustique tigre" (Aedes albopictus). Le nombre de foyers et de cas autochtones est en forte augmentation (région en seconde position en nombre de cas et en première position en nombre de foyers de cas autochtones).

L'Occitanie est en effet concernée par la transmission autochtone d'arboviroses transmises par celui-ci (5 foyers en 2022) mais également, certaines années, par l'infection au West Nile virus dans les départements littoraux, avec la présence de cas équins. Au niveau européen, le nombre de décès associés tend à augmenter.

S'agissant des tiques, l'Occitanie est peu concernée par la transmission de la maladie de Lyme (sauf les départements avec des massifs forestiers importants (65/12/48/11), mais il existe d'autres pathologies spécifiques au pourtour méditerranéen (Fièvre boutonneuse) dont la répartition géographique pourrait évoluer et s'étendre en lien avec les effets du changement climatique.

L'objectif

Lutter contre la propagation de l'ambroisie en animant un réseau de référents et en incitant au signalement.

Créer des liens concrets avec les professionnels de santé pour améliorer la prévention et le pourcentage de signalements des pathologies associées.

Mettre à disposition des allergologues, les résultats de la surveillance pollinique réalisée dans les futurs pollinariums sentinelles.

Mettre en place une politique d'incitation au signalement des maladies vectorielles (arboviroses et autres).

Les résultats attendus

Amélioration de la qualité de vie des patients et diminution de la réponse allergique.

Amélioration de la diffusion de l'information issue des dispositifs de suivi des pollens pour améliorer la prévention en collaboration avec les professionnels de santé.

Meilleur taux de signalement et amélioration de la prise en charge des foyers d'arboviroses et des pathologies associées.

En pratique

Déployer les pollinariums sur le territoire en collaboration avec les CLS et autres partenaires locaux.

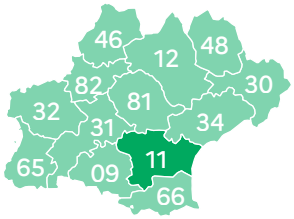
Implantation de 5 capteurs pollens passifs (pour 3 années).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé,
Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

90% de la population d'Occitanie concernée par la présence du moustique tigre

Objectif Opérationnel #2

Prévenir l'exposition aux substances/polluants chimiques, notamment aux perturbateurs endocriniens (stratégie des 1 000 premiers jours, phytosanitaires) et aux contaminations liées aux sites et sols pollués

Le défi à relever

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health")

Les constats

L'Occitanie représente 14% des ventes nationales de produits phyto-sanitaires. Parmi les substances très utilisées dans la région, une part encore non négligeable présente des risques avérés pour la santé : en Occitanie, environ 11% des produits phytosanitaires vendus contiennent des substances classées CMR (cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques) et certains sont des perturbateurs endocriniens. Ceux-ci sont également présents dans l'environnement domestique (logement, maternités, crèches…). Des actions de formations des professionnels de santé et de la petite enfance ont été organisées et pourraient à bon escient être poursuivies et renforcées.

Par ailleurs, la région Occitanie a un riche passé minier et industriel et compte de nombreux anciens sites miniers (30% du total national). Ceux-ci sont localisés en Haute-Garonne, en Ariège, dans l'Aude et dans le Gard, et sont à l'origine de pollutions environnementales par les métaux lourds, avec d'éventuels impacts sur la santé des populations vivant à proximité.

L'objectif

Réduire l'impact sanitaire des expositions aux substances chimiques, aux perturbateurs endocriniens et aux métaux lourds présents dans l'environnement.

Les résultats attendus

Les professionnels de la petite enfance et de la périnatalité connaissent les risques et les prennent en compte dans leurs pratiques. Les populations riveraines des sites miniers intègrent les risques liés à leur environnement et les gestes de prévention associés dans leur vie quotidienne.

Surveillance, détection et prise en charge des pathologies possiblement liées aux expositions (lien avec le Centre Régional de Pathologie Professionnelles et Environnementales-CRPPE).

En pratique

Action de formation des professionnels de la petite enfance projet FEES (mutualité française), de professionnels de santé (OKAYA)

Etude sur les pubertés précoces (PROSPEL)

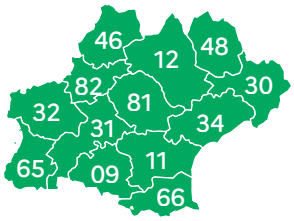
Mise à jour de l'enquête Cancer (étude de mortalité par cancers dans l'Aude, vallée de l'Orbiel…)

Thèmes associés

Santé environnement

Parcours associés

Parents et enfants vulnérables



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

11% des produits phytosanitaires vendus en Occitanie, contiennent des substances Cancérogènes Mutagènes et Reprotoxiques

Source BNVD –2022

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Dans une approche "une seule santé", compléter la stratégie régionale de prévention des infections et de l'antibiorésistance en intégrant la santé environnementale

Le défi à relever

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health")

Les constats

Avec plus de 5 500 décès attribués aux infections à bactéries multi-résistantes en 2015 en France, l'antibiorésistance constitue un enjeu majeur de santé publique. Si ce phénomène est fortement lié au mauvais usage ainsi qu'à la surconsommation des antibiotiques, que ce soit en santé humaine ou animale, l'environnement (sols, sédiments, milieux aquatiques, faune sauvage voire espèces végétales) surtout lorsqu'il est pollué (métaux lourds, biocides, résidus médicamenteux…), pourrait servir de réservoir et/ou d'amplificateur à leur propagation. En outre, la rupture des liens avec notre environnement, la destruction des habitats naturels et la perte de bio-diversité sont des facteurs d'apparition des maladies humaines émergentes. Pour prévenir et réduire l'antibiorésistance, il est nécessaire d'optimiser l'usage des antibiotiques (en médecine humaine et vétérinaire) et de prévenir les infections (bactériennes et virales, communautaires et as-sociées aux soins) mais également de prévenir la diffusion et l'émergence environnementales en préservant les milieux naturels et la faune sauvage des pollutions et contaminations susceptibles de favoriser la résistance des bactéries. Par ailleurs, la lutte contre l'antibiorésistance doit s'inscrire dans une approche « une seule santé » qui tient compte de l'interconnexion entre santé humaine, animale et du bon état de santé des écosystèmes et se fonde sur le principe qu'il s'agit d'une problématique intersectorielle et multidisciplinaire.

L'objectif

Informer, former et accompagner les utilisateurs (particuliers, profes-sionnels…) des antibiotiques, des produits biocides et désinfectants sur le risque environnemental associé et les bonnes pratiques à mettre en œuvre. Réaliser une campagne/un événementiel intersectoriel avec des messages communs aux professionnels de la santé humaine, animale et environ-nementale et au grand public autour du concept « une seule santé », et du bon usage des antibiotiques et des produits biocides.

Les résultats attendus

Amélioration des pratiques d'usage des antibiotiques, des produits biocides et des désinfectants et diminution des rejets dans l'environnement. Les acteurs professionnels de la santé humaine, animale et environnementale et le grand public ont une meilleure connaissance des risques liés à l'usage des antibiotiques et des produits biocides et adoptent les bonnes pratiques.

En pratique

- Mettre en place localement des échanges entre infectiologues et vétérinaires sur les difficultés de mises en œuvre des recommandations sur le bon usage des antibiotiques sur la filière des animaux de compa-gnie.
- Analyser et communiquer sur les données en médecine vétérinaire et croiser avec les données en santé humaine de notre région.
- Mobiliser le service sanitaire des étudiants en santé sur le sujet.

Thèmes associés

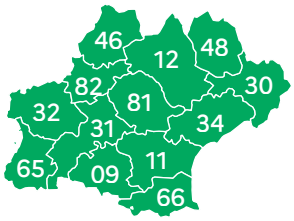
Santé environnement
Qualité, sécurité, pertinence

Parcours associés

Cancer

Objectifs associés

Objectif #6 E5 D3



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

L'Occitanie est en **7ème** position des régions les plus consommatrices d'antibiotiques en extra-hospitalier

Objectif Opérationnel #4

Réduire l'exposition de la population aux facteurs de risque environnementaux et professionnels pour mieux prévenir les problèmes de santé et notamment les cancers

Le défi à relever

Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé ("one health")

Les constats

La population française passe 80% de son temps à l'intérieur de bâtiments ou dans des espaces clos où de nombreux polluants peuvent être présents notamment dans l'air que l'on respire (composés organiques volatils, moisissures, particules fibres, radon...). Le radon est un cancérogène certain pour l'homme, responsable de 1 200 à 2 900 cancers du poumon par an en France (5 à 12% des décès par cancer du poumon lui sont attribués). L'interaction entre le radon et le tabac multiplie par 3 le risque de cancer du poumon). 11 départements sur 13 sont concernés en Occitanie : 14% de la population vit dans une commune à potentiel radon moyen à élevé.
La pollution de l'air extérieur est un enjeu majeur de santé publique. L'Agence nationale de santé publique/Santé Publique France estime qu'en France, 48 000 décès prématurés annuels sont imputables à la pollution de l'air par les particules en suspension. En Occitanie, la réglementation n'est pas respectée concernant trois polluants : Dioxyde d'azote à proximité des axes routiers des grandes agglomérations, dépassement des valeurs cibles pour l'Ozone, dans le Gard et l'Hérault, objectif de qualité non respecté pour les PM2.5 (particules dont le diamètre est inférieur à 2.5 microns(µm)) dans certaines agglomérations.
Par ailleurs, l'exposition prolongée aux ultraviolets peut avoir des conséquences graves, à court comme à long termes et peut être à l'origine de cancers de la peau ou des yeux.

L'objectif

Réduire l'exposition environnementale en fonction des enjeux locaux.
Informer et permettre à chacun de protéger sa santé.

Les résultats attendus

Améliorer la connaissance des risques par la population et développer la capacité de chacun à adopter les bons gestes pour se protéger.

En pratique

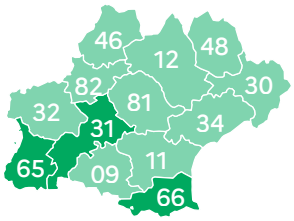
- Informer l'ensemble de la population des comportements adaptés vis-à-vis des risques environnementaux, par exemple la qualité de l'air extérieur (épisodes de pollution) et qualité de l'air intérieur.
- Diffuser des informations vulgarisées sur les données de surveillance et cartographie des zones à risque : radon, risques chimiques, et autres vecteurs...
- Mieux informer la population des risques liés à l'exposition aux UV, avec une cible particulière en direction des jeunes parents et enfants.

Thèmes associés

Santé environnement
Prévention, promotion de la Santé

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

14% de la population en Occitanie vit dans une commune à potentiel radon moyen à élevé

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #2

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les enjeux

Si nombre de programmes et d'actions de prévention et de promotion de la santé sont mis en œuvre en Occitanie, leurs visibilité et lisibilité doivent être renforcées, en particulier pour les personnes éloignées du système de santé, ainsi que pour les professionnels. En effet, la multiplicité et la diversité des acteurs et des partenaires engagés en prévention et promotion de la santé ajoute de la complexité au paysage territorial.
L'attractivité de ces projets, notamment auprès de publics identifiés comme prioritaires (enfants-jeunes, personnes vivant avec un handicap, femmes, personnes en situation de précarité, personnes placées sous-main de justice, …) est essentielle pour lever des facteurs de résistance voire de non – recours. En parallèle, un travail d'acculturation à la prévention et à la promotion de la santé des professionnels tant de santé que médico-sociaux et sociaux par la sensibilisation, la formation, la communication doit être conduit.

Les objectifs opérationnels

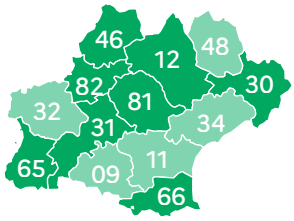
- Travailler à la structuration et à la coordination de l'offre de prévention et de promotion de la santé, tant au niveau régional qu'au niveau départemental.
- Construire une stratégie de communication en Prévention Promotion de la Santé, notamment en renforçant le recours aux outils numériques (réseaux sociaux, programmes en distanciel, MOOC, serious game …).
- Soutenir la place de la prévention et de la promotion de la santé auprès des offreurs de soins (ES dont les HPR, ESMS, MSP, CPTS, …).
- Renforcer les thématiques de santé publique de lutte contre les addictions, de santé sexuelle et de lutte contre la sédentarité, en les accompagnant régionalement, en s'adaptant aux publics spécifiques et en cherchant des réponses territoriales.
- Renforcer la promotion de la vaccination et favoriser une meilleure adhésion.
- Poursuivre la mobilisation de tous en agissant sur les principaux déterminants de santé, notamment du cancer et des maladies chroniques.
- Renforcer les thématiques de santé publique prioritaires (santé mentale, lutte contre les addictions, santé sexuelle, lutte contre la sédentarité) pour les différents publics cibles, en les accompagnant régionalement et en cherchant des réponses territoriales (objectif spécifique STS81).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Vieillissement
Handicap
Santé mentale



Défi priorisé par les territoires

DÉFI **#2**

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

LA PAROLE AUX CITOYENS

Faire des cartographies "hygiènes de vie" (ex: Accès aux activités sportives et leurs tarifs, alimentations locavore / marché).

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Coordination par l'ARS des dispositifs de prévention, de leur publicité et de leur mise à disposition du public concerné.

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation digitale

Proposer un répertoire des différents services de soins et de prévention.

Participant des Pyrénées-Orientales
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #1

Travailler à la structuration et à la coordination de l'offre de prévention et de promotion de la santé, tant au niveau régional qu'au niveau départemental

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale.

Les constats

Pour répondre au mieux aux besoins des personnes sur les territoires, l'offre en prévention et promotion de la santé nécessite d'être à la fois globale, structurée et coordonnée.
Concernant les dispositifs ou instances de coordination, plusieurs limites ont pu être notées :

- Certains dispositifs, comme les comités de pilotage départementaux (en santé sexuelle, addictions, vaccination, etc.) existent mais sont réunis à une fréquence soutenue et font généralement appel aux mêmes partenaires sur le terrain, ce qui conduit à une redondance, voire un essoufflement des instances ;
- Certains dispositifs existent en théorie, mais ne sont pas actifs (par exemple : la CCPP, Commission de Coordination des Politiques Publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile) ;
- Certains sont à créer pour structurer une dynamique régionale en miroir des dispositifs départementaux existant (dans le cadre d'une agence portant une politique régionale de santé).

Concernant l'approche globale en prévention et promotion de la santé, elle est encore à travailler dans un contexte où la prévention et la promotion de la santé tendent à fonctionner encore en silos (avec une entrée thématique ou une entrée populationnelle).

L'objectif

Structurer et coordonner l'offre en prévention-promotion de la santé en organisant mieux les instances / dispositifs de coordination de prévention, à partir des freins observés (cf. ci-dessus) et en développant la transversalité intra ARS et entre les institutions/partenaires.

Les résultats attendus

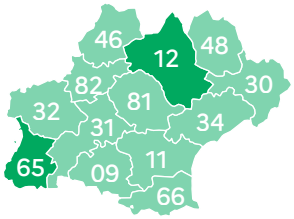
- Meilleure lisibilité de la politique de prévention et de la promotion de la santé, à la fois pour les partenaires de l'Agence régionale de santé et les publics bénéficiaires ;
- Une réponse plus globale aux besoins en prévention et promotion de la santé.

En pratique

- Refonder les comités de pilotage départementaux thématiques en 1 seul comité de pilotage départemental prévention et promotion de la santé (avec focus possible sur 1 population ou 1 thématique selon l'actualité) ;
- Réactiver la CCPP ;
- Créer 1 coordination régionale des CFPPA, Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie ;
- Instaurer des coordinations régionales portées par les porteurs de projets ;
- Mettre en place des clubs des financeurs (ARS, Assurance maladie, services de l'Etat, collectivités territoriales, etc.).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel #2

Construire une stratégie de communication en Prévention Promotion de la Santé, notamment en renforçant le recours aux outils numériques (réseaux sociaux, programmes en distanciel, MOOC, serious game …)

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les constats

En prévention et promotion de la santé, les stratégies de communication doivent s'inscrire dans une double approche, à la fois collective et individuelle. Il faut en effet informer le plus grand nombre sur les grands enjeux de santé publique, tout en faisant la promotion, par une communication ciblée sur les publics prioritaires. Aujourd'hui, la communication en prévention et promotion de la santé ne repose pas sur une stratégie régionale établie. Plusieurs ressources et outils sont disponibles et/ou utilisés, mais ne sont pas employés de manière coordonnée et centrée autour d'un objectif. D'autres outils, numériques ou non, ne sont par ailleurs pas utilisés.

L'objectif

L'objectif poursuivi, qui consiste à donner un cap à la stratégie de communication en prévention et promotion de la santé, se compose de plusieurs objectifs sous-jacents.
Le premier tout d'abord, consiste à réaliser l'état des lieux des moyens de communication employés pour mettre en avant les programmes de prévention et promotion de la santé.
Le deuxième, est d'identifier les outils pouvant venir compléter l'offre existante.
Enfin, il convient d'identifier une thématique globale venant en « chapeau » des différents programmes en prévention et promotion de la santé et qui constituera le cap que l'ARS Occitanie souhaite donner à sa communication.

Les résultats attendus

Les effets attendus sur la durée du PRS sont multiples :

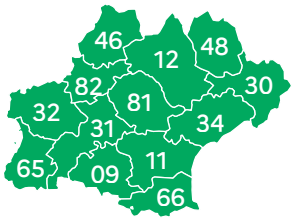
- Doter l'ARS Occitanie d'une stratégie de communication ambitieuse, en lien avec les attendus des orientations nationales sur le sujet et des outils déjà existants (ANSP/SPF) ;
- Donner plus de visibilité aux programmes de prévention et de promotion de la santé et ainsi améliorer leur efficacité en touchant le plus grand nombre ;
- Renforcer la participation des usagers pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre santé.

En pratique

En complément des solutions existantes, il apparaît nécessaire d'employer le bon outil, numérique ou non, et d'adapter la communication en fonction des populations ciblées.
Si l'utilisation de réseaux sociaux comme Tik Tok, Snapchat, Instagram est aujourd'hui incontournable auprès des jeunes, des solutions d'aller vers et d'accompagnement en proximité des populations plus âgées, moins familiarisées à l'utilisation de ces outils numériques est essentielle.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé



Objectif à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Soutenir la place de la prévention et de la promotion de la santé auprès des offreurs de soins (ES dont les HPR, ESMS, MSP, CPTS, …)

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les constats

Les soins primaires ou de premier recours et les structures de proximité, constituent un maillon essentiel pour la performance globale du système de santé. Ils sont en effet en première ligne pour les soins courants délivrés à la population et constituent la pierre angulaire de toutes les politiques de santé (prévention, suivi des pathologies chroniques, adressage pertinent aux spécialistes de ville ou à l'offre hospitalière, retour ou maintien à domicile). Les besoins identifiés d'un continuum entre les programmes de prévention et de promotion de la santé et les structures de prise en charge (soins et accompagnement post diagnostic) montrent la nécessité d'adapter les stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire (quartiers prioritaires de la politique de la ville, territoires ruraux, territoires de montagne, territoires à forte saisonnalité, territoires frontaliers) par l'ensemble des acteurs du territoire en s'appuyant sur l'exercice coordonné tant au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP) que des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en lien avec les Etablissements de santé dont les Hôpitaux de Proximité (HPR) et les Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux (ESMS) du territoire pour décider et coordonner aux mieux les actions de prévention et promotion de la santé avec les actions de prises en charges ou de suivi des pathologies chroniques.

L'objectif

- Donner à ces acteurs de proximité les moyens de mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé.
- Mieux coordonner les actions de prévention et de promotion de la santé et de prise en charge entre acteurs.

Les résultats attendus

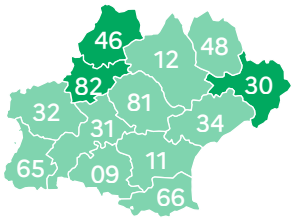
Renforcement territorial du déploiement et de l'interconnaissance des actions de prévention et de promotion de la santé par une coopération entre professionnels, associations et usagers impliqués dans le champ de la santé pour mutualiser et potentialiser la lisibilité des actions de prévention sur un territoire.

En pratique

Encourager la signature d'ACI pour le déploiement des missions de santé publique dans les ACI portés par les MSP et les CPTS.
Augmenter le nombre d'ACI signés par les structures d'exercices coordonnées.
Augmenter les actions de prévention et de promotion de la santé réalisées dans et par les ES dont les HPR et ESMS en lien ou co-construites avec les professionnels des CPTS notamment et l'ensemble des acteurs, les associations et les usagers du territoire, les collectivités qui s'intéressent et contribuent à la mise en place d'un environnement favorable à la santé «One Health» ("Une seule santé").
Augmenter la signature de CLS, intégrant les actions de prévention et de promotion de la santé et de santé environnementale.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Soins primaires



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Couverture régionale de **47,6%** de la population des **40** CPTS

Atlas de CPTS-Avril 2023

Objectif Opérationnel #4

Renforcer les thématiques de santé publique de lutte contre les addictions, de santé sexuelle et de lutte contre la sédentarité, en les accompagnant régionalement, en s'adaptant aux publics spécifiques et en cherchant des réponses territoriales

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les constats

Reprenant les grandes priorités nationales (stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, stratégie nationale sport-santé 2019-2024), les programmes régionaux de prévention et de promotion de la santé en matière de luttes contre les addictions, contre la sédentarité et de santé sexuelle doivent s'adapter et se renforcer notamment auprès de publics spécifiques, voire « oubliés » dans un principe d'universalisme proportionné. Une alliance entre entrée thématique et approche populationnelle (enfants, jeunes, femmes, personnes vivant avec un handicap, personnes âgées, …) doit être ainsi structurée tant au niveau régional que recherchée au niveau plus local. Aborder les actions de prévention et de promotion de la santé en particulier en matière de lutte contre les addictions, de promotion de la santé sexuelle et de lutte contre la sédentarité par une approche tant par public que territoriale viserait par ailleurs à rendre le contenu des messages et les actions de prévention et de promotion de la santé plus « performants » dans l'appropriation de comportements favorables à la santé.

L'objectif

- Garantir l'équité des actions et programmes sur l'ensemble des territoires.
- Encourager la structuration d'actions et de programmes au niveau régional tout en s'appuyant sur les dynamiques, ressources et innovations locales dans les champs de la lutte contre les addictions, la sédentarité et la santé sexuelle.
- Mieux cibler les messages en PPS de ces 3 thématiques auprès des publics les plus prioritaires.

Les résultats attendus

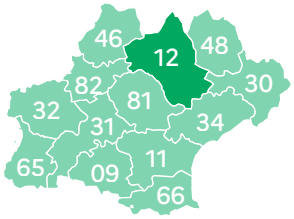
Optimisation de la portée des programmes d'actions de lutte contre les addictions, de promotion de la santé sexuelle et de lutte contre la sédentarité.
Meilleure mise en réseau pour un continuum des interventions.
Modification des comportements à risque de divers groupes de la population du territoire.

En pratique

Actualisation de la feuille de route régionale addictions.
Actualisation du Plan Régional Sport Santé Bien-être (PRSSBE) 2019-2024.
Elaboration de la feuille de route régionale santé sexuelle.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #5

Renforcer la promotion de la vaccination et favoriser une meilleure adhésion de tous

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les constats

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi sur l'extension de l'obligation vaccinale pour les enfants nés à partir de 2018 et trois ans après l'émergence du Covid-19, l'augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants se poursuit en Occitanie, que ceux-ci relèvent ou non des obligations vaccinales. Les couvertures vaccinales pour tous les vaccins recommandés restent hétérogènes selon les départements. Des zones de sous-vaccination sont repérées dans les départements (Lot, Ariège, Aude).
La couverture vaccinale contre la grippe reste insuffisante dans les populations à risque et chez les professionnels de santé.
Leviers :

- L'opérationnalité des Comités départementaux de vaccination pour des actions ciblées au plus près de la population des territoires.
- Le rôle d'expertise des centres de vaccination départementaux habilités
- La forte mobilisation des MSP, CPTS, notamment dans les départements sous-vaccinés.
- L'articulation avec le PRAPS pour les personnes vulnérables.

Freins :

- Une faible adhésion vaccinale en Occitanie par rapport aux autres régions de la Métropole avec des poches de résistance sur certains territoires.
- Un déficit de coordination entre les centres de vaccination de la région, notamment sur le volet Information-formation des professionnels.

L'objectif

Soutenir la motivation à se faire vacciner en population générale et chez les professionnels de santé

- Responsabiliser les professionnels de santé,
- Inciter les centres de vaccination (CV) à se fédérer en réseau régional pour harmoniser les pratiques,
- Développer la pratique des entretiens motivationnels dans les consultations de vaccination (IREPS),
- Développer des outils de promotion innovants (ex : dépasser l'hésitation vaccinale contre la grippe par l'Escape Game, CPIAS Occitanie).

Les résultats attendus

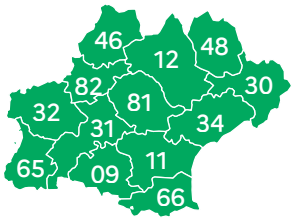
- Augmentation de la couverture vaccinale (par exemple, grippe)
- Diminution des réticences à la vaccination en population générale
- Remobilisation des professionnels de santé.

En pratique

Campagne annuelle de la Semaine européenne de la vaccination (Avril)
Campagne annuelle de vaccination antigrippale et contre le COVID (Automne)
Campagne vaccination contre HPV auprès des collégiens de 5ème (à compter de la rentrée 2023-2024)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

30% couverture vaccinale contre la grippe des personnes de moins de 65 ans

Parole de citoyen

« OUI aux papillons dans le ventre, NON au papillomavirus »
Filles et garçons, dès 11 ans, VACCINEZ-VOUS »
(MSP Gourdon, Lot)

Objectif Opérationnel #6

Poursuivre la mobilisation de tous en agissant sur les principaux déterminants de santé, notamment du cancer et des maladies chroniques

Le défi à relever

Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale

Les constats

Selon l'OMS, un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation.
On estime aujourd'hui qu'au moins 40 % des cancers sont encore évitables, la stratégie décennale de lutte contre les cancers a pour objectif d'ici 2040 de réduire de 60 000 le nombre de cancers par an.
Cette stratégie intervient en complément des actions, dispositifs et outils structurants déjà en place, qu'il convient de continuer à faire évoluer dans une logique d'amélioration continue des interventions.

L'objectif

- Sensibiliser l'ensemble des Occitans aux facteurs de risques (tabac, alcool, nutrition, environnement) de maladies chroniques et de cancers à tout âge de la vie,
- Inciter la population à adopter des comportements favorables à sa santé en renforçant la promotion des facteurs protecteurs, (comme l'alimentation et l'activité physique).

Les résultats attendus

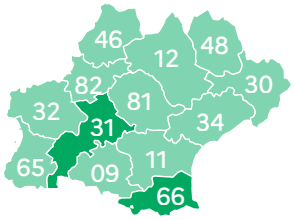
- Poursuite de la structuration du dispositif régional de prévention par la mobilisation des acteurs autour de l'alimentation et de l'activité physique et par la cohérence et la complémentarité des dispositifs en place et différents plans (nationaux et régionaux),
- Poursuite du déploiement d'une stratégie commune (feuille de route régionale) de lutte contre les addictions avec la préfecture de région (MILDECA) avec l'appui de la cellule régionale Occitanie de l'Agence nationale de santé publique/Santé Publique France,
- Amélioration du déploiement d'une politique régionale en faveur de la pratique d'activité physique, de la lutte contre la sédentarité et de lutte contre les addictions en adaptant les modes d'interventions à chaque âge et à chaque population cible, tout en s'appuyant sur les dispositifs existants (Maisons Sport Santé, programmes probants…),
- Consolidation des liens avec la santé environnementale autour de projets communs sur des thématiques identifiées (urbanisme favorable à la santé, mobilité active, Programme Alimentaire de Territoire –PAT-) dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques



Objectif priorisé par les territoires

En pratique

Dans le cadre de la démarche « école promotrice de santé », renforcer les actions de développement des compétences psychosociales auprès des jeunes.

Exemples :

Afin de lutter contre la sédentarité et pour encourager la pratique d'activité physique et sportive auprès des publics jeunes : déploiement de projets probants type ICAPS dans l'ensemble des territoires de la région

- Déployer des programmes de développement des CPS comme le programme UNPLUGGED sur la région.
- Renforcer le déploiement régional du sport santé en s'appuyant sur les Maisons Sport Santé (MSS) et l'ensemble des acteurs impliqués dans le sport santé et la mise en œuvre de comités de suivi départementaux sport-santé.
- Développer la prescription d'activité physique adaptée (APA) via le site « Occitanie sport santé » et déployer une stratégie de communication ciblée afin de promouvoir les dispositifs et outils existants sur le sport santé (plateforme OSS, MSS…)
- Renforcer le financement des initiatives locales en matière de nutrition via le dispositif des chartes actives du PNNS (collectivités et entreprises actives du PNNS) et les opérateurs œuvrant dans le champ de la précarité en lien avec les territoires CLS et PAT.
- Soutenir la démarche des lieux de santé sans tabac (LSST) et le dispositif du « Mois Sans Tabac »
- Renforcer la formation des professionnels de santé et encadrants notamment en matière d'addictions (exemple : formation des professionnels de santé pouvant prescrire des substituts nicotiniques, formations des professionnels encadrants aux problématiques addictives, formation des professionnels des services de santé au travail au RPIB - repérage précoce et intervention brève, …)
- Renforcer les actions d'« aller vers » à destination des populations n'ayant pas accès aux dispositifs existants

DÉFI **#3**

Adapter la stratégie de prévention et de promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les enjeux

Leviers de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la prévention et la promotion de la santé doivent permettre aux populations, et notamment les plus vulnérables, d'éviter ou de réduire les risques de maladies et/ou de handicaps, et de favoriser la maîtrise de leur santé et de l'ensemble de ses déterminants.
Tout en conservant le principe « d'universalisme proportionné », la stratégie de prévention et de promotion de la santé doit être adaptée aux besoins des publics prioritaires, par le déploiement ciblé tant des messages que des interventions, afin de renforcer les aptitudes des personnes visées par ces actions et de leur permettre de faire des choix éclairés.

Les objectifs opérationnels

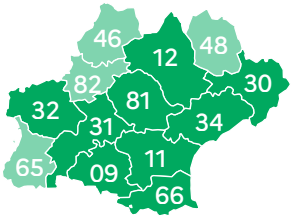
- Renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge, en privilégiant les approches intégrées aux pratiques quotidiennes
- Faire évoluer les représentations sur la santé mentale
- Améliorer et élargir les actions en prévention et promotion de la santé pour les personnes placées sous-main de justice
- Adapter les modalités de repérage, d'écoute, d'orientation, d'accompagnement, pour les rendre plus cohérentes, plus efficientes et mieux coordonnées (objectif spécifique STS09)
- Développer des actions pour les jeunes, notamment portées par les jeunes
- Remobiliser le dispositif du service sanitaire des étudiants en santé (SSES)
- Renforcer les démarches d'« aller vers » en prévention et promotion de la santé, notamment pour les personnes en situation de précarité
- Faciliter et développer le recours à l'interprétariat professionnel

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Parents et enfants vulnérables



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

Adapter la stratégie de prévention et de promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

LA PAROLE AUX CITOYENS

Que la prévention puisse venir à nous via des véhicules aménagés quand on habite la campagne ou quand il y a carence d'une spécialité dans le département... et être informé bien sûr de sa venue !

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Important travail de prévention au sein des écoles car cela touche aussi les familles. C'est déjà le cas avec la PMI, mais manque de prévention sur la santé mentale, le mal-être particulièrement auprès des pré-ados/ados!

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Des séances de prévention et dépistage au plus près des gens comme le camion cancer du sein, diabète en Occitanie... Mais pour la vision, les soins dentaires, la gynécologie.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Encourager les lycées privés et agricoles à mettre en place des projets de prévention thématiques et spécialisés (sexualité, conduites addictives, etc...) car très peu d'actions sont proposées dans ces établissements.

Participant à un atelier citoyen dans le Lot

Une équipe mobile de consultation-prévention pour les gens en grande campagne.

Participant des Hautes-Pyrénées à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel #1

Renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge, en privilégiant les approches intégrées aux pratiques quotidiennes

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

En France, les expérimentations et formations en cours dans différents territoires à l'initiative de divers acteurs, témoignent de l'intérêt croissant pour les interventions sur les CPS, compétences psychosociales.
Cependant, le déploiement de ces interventions est très hétérogène et de qualité variable selon les territoires (interventions diverses souvent à petite échelle, pluralité d'acteurs, objectifs variés et évaluation insuffisante des programmes déployés) avec le constat d'une appropriation inégale du concept et des pratiques.
Dans différents secteurs, la volonté de développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes est forte et déjà inscrite dans des plans stratégiques : feuille de route santé mentale et psychiatrie, PJJ promotrice de santé, école promotrice de santé, stratégie nationale de santé sexuelle, plan national de mobilisation contre les addictions, stratégie sport santé

L'objectif

- Permettre aux générations d'aujourd'hui et de demain de développer leur capacité à faire des choix éclairés et raisonnés, leurs aptitudes à vivre ensemble et à mieux gérer leur stress et réguler leurs émotions en renforçant leurs CPS ;
- Promouvoir le bien-être et la santé globale dans toutes ses dimensions en favorisant le développement des CPS de tous les jeunes, de la petite enfance aux jeunes adultes ;
- Soutenir les adultes en position d'éducation (parents et professionnels) et leur permettre de renforcer leurs propres CPS, ce qui constitue une condition essentielle au développement des CPS des enfants ;
- Déployer sur l'ensemble du territoire, dans les différents milieux de vie de l'enfant, des interventions CPS qui soient efficaces et fondées sur les données probantes ;
- In fine réduire les inégalités de santé.

Les résultats attendus

- Mise en place d'une coordination territoriale et régionale
- Sensibilisation d'un plus grand nombre de professionnels et de parents
- Qu'au moins un programme probant ou prometteur fondé sur des données probantes soient mis en place dans chaque département, soit à l'Education Nationale dans le cadre de projet de territoire, soit auprès des parents, soit auprès d'autres institutions (par exemple la PMI)
- Evaluation des programmes déjà mis en place : les Ateliers PAPOTO

En pratique

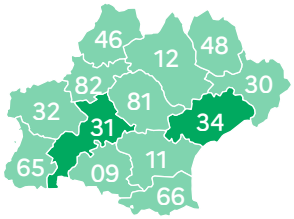
Formation des CPS pour les professionnels de l'EN
Mise en place de PRODAS en Lozère
PSFP, Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité : programme psychoéducatif de renforcement des compétences familiales
Programme Unplugged, programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

9 CPS générales (et **21** CPS spécifiques) identifiées :
3 CPS cognitives (conscience de soi, maîtrise de soi, prise de décisions constructives)
3 CPS émotionnelles (conscience de ses émotions et de son stress, régulation de ses émotions, gestion de son stress)
3 CPS sociales (communiquer de façon constructive, relations constructives, résolution des difficultés)

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Faire évoluer les représentations sur la santé mentale

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

La santé mentale est une préoccupation majeure des politiques publiques nationales avec un fort enjeu de communication auprès du grand public.
Une personne sur quatre sera concernée par une problématique en santé mentale au cours de sa vie, un état des lieux de la santé mentale aggravé avec la crise Covid. Les personnes qui rencontrent un problème de santé mentale ou qui sont suivies en psychiatrie sont généralement moins bien considérées. Leur image sociale est dévalorisée. Les études sur la stigmatisation montrent que les préjugés vis-à-vis des troubles psychiques et de la psychiatrie ont un impact majeur sur la vie des personnes concernées. Le manque d'informations en santé mentale et la stigmatisation des troubles psychiques constituent une perte de chance entraînant un retard de diagnostic, sont un obstacle à l'accès aux soins et contribuent au manque d'inclusion sociale des personnes vivant avec ces troubles.

L'objectif

Afin de faire évoluer les perceptions et les idées reçues sur les personnes présentant des troubles psychiques et sur la santé mentale de manière générale, afin de modifier les comportements discriminatoires, les actions contre la stigmatisation doivent être multiples et répétées dans la durée.
L'utilisation d'approches pédagogiques différentes, des formats d'intervention variés et des canaux adaptés à des publics diversifiés peuvent permettre d'atteindre ces objectifs.

Les résultats attendus

Chaque personne doit pouvoir porter un regard attentif sur sa propre santé mentale afin d'en prendre soin et d'être en capacité de demander de l'aide si cela devient nécessaire. Mais de façon plus générale chaque personne de tout âge, doit changer de regard sur les problèmes de santé mentale et en particulier sur les personnes présentant des troubles psychiques.
Ce changement de regard doit permettre une meilleure inclusion des personnes concernées dans la vie sociale et professionnelle.
Une mobilisation des collectivités territoriales (groupe santé mentale dans le cadre des contrats locaux de santé - Conseil locaux de santé mentale quand ils existent sur les territoires) semble nécessaire.

En pratique

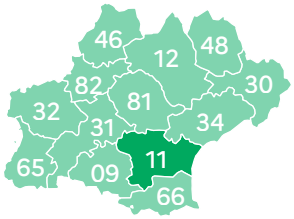
- Contribution à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques : 5ème objectif inscrit dans l'appel à projet de labellisation ARS des CLSM existants et à venir.
- Organisation des SISM, semaines d'informations sur la santé mentale, en partenariat avec les personnes concernées (GEM, associations), les aidants familiaux (association Unafam), les centres hospitaliers (Vigilans, 3114), les collectivités territoriales (CLSM), …
- Formation Premiers secours en santé mentale (jeunes, étudiants, population générale)
- Formation Prévention du risque suicidaire
- Accompagnement des dispositifs Nightline, Suricate (les jeunes parlent aux jeunes de santé mentale)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

En Occitanie : **60%** des **318** répondants au baromètre des proches aidants de l'UNAFAM pensent que « la maladie psychique de leur proche est représentée de façon stigmatisante et anxiogène dans les médias »

(Octobre 2022)

Parole de citoyen

« Il n'y a pas de santé sans santé mentale »

(cf OMS)

Objectif Opérationnel #3

Améliorer et élargir les actions en prévention et promotion de la santé pour les personnes placées sous-main de justice

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Les personnes placées sous-main de justice, et particulièrement les personnes détenues, présentent une surexposition aux facteurs de risques en santé, l'incarcération pouvant en elle -même majorer cette exposition.
Les personnes détenues sont souvent éloignées du système de santé et de prévention de droit commun, même avant leur incarcération. Elles ont des comportements moins favorables pour conserver ou rétablir une bonne santé globale et on observe une sur représentation de certaines pathologies notamment infectieuses, addictives et mentales, qui tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Les addictions, la souffrance psychique, les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques et infectieuses sont plus fréquentes que dans la population générale. De plus, la surpopulation carcérale ne fait qu'exacerber ces différentes problématiques.

L'objectif

Si la santé, n'est pas forcément pour les détenus leur priorité, elle est identifiée comme un outil de réinsertion, la période d'incarcération doit être utilisée pour remobiliser les personnes autour de leur santé : promotion de la santé, réduction des risques, accès au dépistage et diagnostic, accès aux soins

- Prendre en compte et améliorer l'état des connaissances sur la santé des personnes placées sous mains de justice,
- Améliorer les connaissances et les compétences psychosociales des personnes placées sous mains de justice sur les principaux déterminants, de santé afin de les aider à devenir des acteurs responsables de la santé
- Mettre en œuvre des outils et des projets de promotion de la santé innovants, ludiques et accessibles, en particulier pour les personnes présentant des facteurs de vulnérabilités prononcées,
- Créer un environnement favorable à la santé dans les établissements.

Les résultats attendus

Amélioration du niveau d'implication de chaque détenu par des actions coordonnées interinstitutionnelles permettant face à sa santé globale afin de garantir un maintien ou une amélioration de cette dernière ;
Prévention des récidives et renforcement de l'accompagnement à la sortie, grâce à la santé comme outil de réinsertion.

En pratique

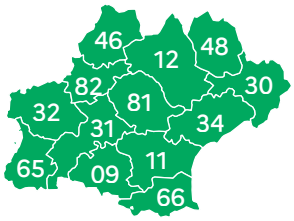
- Appels à projets conjoint entre la Direction interrégionale des services pénitenciers et l'ARS Actions d'éducation à la santé
- CPOM avec Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- Convention ARS PJJ 2023-2026
- Politique réduction des risques et dommages en détention
- Actions CSAPA et COREVIH en détention

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Soins hospitaliers
(AS santé des détenus)

Parcours associés

Santé mentale



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

A l'entrée en détention
0,5% en « mauvaise santé »
61% ont besoin de soins dentaires
33% ont une pathologie chronique
8% sont en situation d'obésité
4% bénéficient d'une ALD
30% prennent un traitement médicamenteux

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #5

Développer des actions pour les jeunes, notamment portées par les jeunes

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Pour améliorer la santé des jeunes, la dimension positive de la santé doit être mise en avant, avec des bénéfices quasi-immédiats, associé au plaisir de vivre et au sentiment d'appartenance. De nombreux jeunes indiquent être plus touchés par les messages portés par leurs pairs que par les messages classiques, souvent descendants de promotion de la santé. À cet âge où l'autonomie et l'expérimentation est un enjeu crucial, l'instauration d'une culture de la santé par les jeunes eux-mêmes constitue une démarche prometteuse. Les dispositifs existants tels que les actions portées par les étudiants relais santé sur les campus universitaires, les jeunes en service civique « ambassadeurs en santé mentale » ou encore intervenant en prévention des consommations de substances psychoactives en milieu festif, font déjà leurs preuves. Ces initiatives proposent aux jeunes des interlocuteurs qui leur ressemblent pour parler des sujets les concernant.

L'objectif

- Développer le bien-être du jeune à titre individuel ;
- Développer son sentiment d'inclusion dans la société
- Ancrer les thématiques de santé tout au long du développement des jeunes

Les résultats attendus

Présence d'un volet Santé des jeunes au sein des CLS signés sur toute la Région Occitanie

Essaimage de programmes expérimentaux de jeunes pairs à pairs (projet toulousain Suricate) sur l'ensemble de la Région Occitanie

En pratique

Identification systématique d'un axe « Santé des jeunes » dans les Contrats Locaux de Santé

Mise en place d'ambassadeurs jeunes en santé mentale

Projet "Suricate" en santé mentale

Ambassadeurs santé, étudiants relais santé au sein des universités

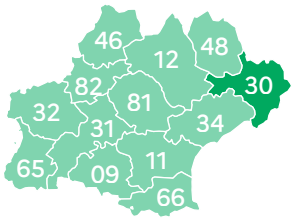
Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Soins hospitaliers (AS santé des détenus)

Parcours associés

Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel #6

Remobiliser le dispositif du service sanitaire des étudiants en santé (SSES)

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Le **service sanitaire** des étudiants en santé déployé à partir de la rentrée 2018 est entré dans son "rythme de croisière", malgré la période de la crise COVID qui avait généré beaucoup d'interventions en distanciel, au détriment des interactions apprenantes entre les étudiants et le public ciblé. L'évaluation du HCSP (juillet 2022), sans remettre en cause le dispositif, a mis en exergue l'importance de le recentrer sur sa vocation pédagogique (plutôt que d'attendre un bénéfice réel pour les publics) et a apporté des recommandations qui n'ont pas encore fait l'objet d'un portage national pour faire évoluer le dispositif au regard des enjeux. Une plus grande complémentarité est notamment attendue entre les programmes locaux de prévention promotion de la santé (ARS, Education Nationale, collectivités territoriales, Assurance Maladie …) et les interventions réalisées dans le cadre du service sanitaire, afin de renforcer et valoriser l'écosystème régional.

L'objectif

L'objectif premier consiste à mieux communiquer sur les possibilités offertes par le service sanitaire, en diversifiant les structures d'accueil et les thématiques abordées (santé environnement, santé mentale, …). L'objectif second vise à concrétiser l'inter-filiarité, toujours recherchée, mais difficile à mettre en œuvre lorsque les conditions ne sont pas réunies. Par exemple, la création d'une Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé est facilitante pour associer les différentes filières médicales. Sans une coordination dédiée (ex. : en hémi-région), il est difficile d'atteindre l'objectif de mixer les futurs professionnels et ainsi d'anticiper de futurs exercices coordonnés.

Les résultats attendus

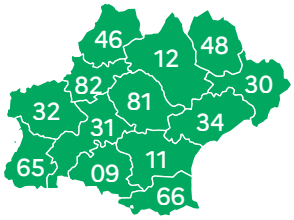
- Elargissement des thématiques et des structures d'accueil
- Inter-filiarité en voie de généralisation (plan d'actions)
- Augmentation du taux de répondants (étudiants) à l'enquête en ligne annuelle sur les actions réalisées dans le cadre du SSES

En pratique

Guide (recommandations) sur les conditions de réussite de l'inter-filiarité
MOOC Service sanitaire (IREPS)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Santé environnement
PRAPS



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

6 filières
3400 étudiants

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #7

Renforcer les démarches d' « aller vers » en prévention et promotion de la santé, notamment pour les personnes en situation de précarité

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Depuis la crise sanitaire du Covid 19, isolant davantage les populations les plus vulnérables, la démarche d' « aller vers » est devenue incontournable. S'appuyant sur un respect du libre-arbitre des personnes, elle s'adresse tant aux personnes éloignées du système de santé sans attendre qu'elles expriment une demande d'aide qu'à tout collectif empêché ou isolé en leur apportant informations, accès aux dépistages et conseils en promotion de la santé. Si de multiples acteurs mettent déjà en place des démarches d'aller-vers, ils ne couvrent pas à ce jour l'ensemble des besoins et doivent évoluer pour :

- Renforcer leur expertise en matière de lutte contre le renoncement et la non-adhésion, les ruptures de parcours de soins de plus en plus complexes, la stigmatisation, ainsi qu'en matière de prise en charge sociale, psychologique, en addictologie, en santé sexuelle… ;
- Faire face à l'émergence de nouveaux publics, liée notamment à la montée de nouvelles formes de précarité,
- Prendre en compte les évolutions du système de santé : réorganisation de l'offre de soins primaire et des réseaux de santé, émergence de nouvelles formes de prise en charge, dématérialisation des droits.

Ces évolutions doivent être accompagnées d'une coordination renforcée des dispositifs afin de couvrir au mieux les besoins territoriaux identifiés, de ne pas construire de « nouvelles réponses » en dehors du droit commun, mais d'obtenir la confiance et l'adhésion des personnes, qui puissent les ramener vers les dispositifs de droit commun.

L'objectif

- Faire connaitre et renforcer le recours des personnes éloignées du système de santé aux informations, droits, soutien et services dont elles pourraient avoir besoin,
- Renforcer l'accessibilité à tous les dispositifs de droit commun,
- Réduire les risques de dommages sanitaires et sociaux auxquels ces personnes pourraient être exposées,
- Renforcer la capacité de ces personnes à se rendre par elles-mêmes dans les structures de droit commun, en renforçant leur autonomisation,
- Contribuer à l'adaptation de l'offre de prévention, de promotion de la santé et de soins du système de droit commun pour améliorer l'accueil, le parcours et la prise en charge des personnes.

Les résultats attendus

Restauration de la relation de confiance des personnes visées
Réduire le non-recours aux droits
Réduction des inégalités avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage et de prévention
Promotion des droits fondamentaux et de l'autonomie des personnes
Couverture territoriale des démarches d'aller vers

En pratique

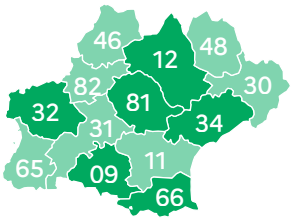
Projet Proxi-santé (82) - Préventim (65) - Bus dentaire (32) - Camion "Bon été bons réflexes santé en Occitanie" - Bus hydrogène (81) - MDA hors les murs - GEM hors les murs,

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Des taux de non-recours souvent supérieurs à **30%** en France avec comme motifs de non-recours : **37%** des personnes citant le manque d'informations sur les aides ou les organismes, **22%** des démarches administratives trop complexes, **17%** la crainte des conséquences négatives (contrôle, perte de droits) et **15%** la volonté d'autonomie et le refus d'assistance

DREES - Baromètre d'opinion- 13/12/22

Objectif Opérationnel **#8**

Faciliter et développer le recours à l'interprétariat professionnel

Le défi à relever

Adapter la stratégie de prévention et promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables

Les constats

Une des clés d'entrée dans le système de santé, pour les personnes allophones et particulièrement pour le public des migrants, réside dans le développement de l'**interprétariat professionnel**, insuffisamment mobilisé faute de moyens adaptés (humains et/ou financiers). Le modèle économique n'est toujours pas stabilisé depuis le rapport IGAS (avril 2019) et les modalités de mise en œuvre (solutions en présentiel, en distanciel téléphone ou visio) sont hétérogènes et résultent d'initiatives individuelles non coordonnées, dont la pérennité n'est pas assurée.
Les professionnels du premier recours (notamment ceux en exercice coordonné) sont les plus en demande.

L'objectif

L'objectif visé est de renforcer l'autonomie des personnes confrontées à plusieurs barrières (dont celles de la langue) dans l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. L'interprétariat peut utilement être couplé à la médiation en santé (création d'un lien de confiance) et doit aussi permettre de s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes, en leur fournissant les informations nécessaires à leurs décisions et en préservant le secret médical. La fonction d'interprète gagnerait aussi à être spécialisée sur certaines problématiques nécessitant des compétences ciblées et avancées (ex. : santé mentale). Dans l'accès au droit commun, les soins primaires doivent être priorisés dans le recours à l'interprétariat.

Les résultats attendus

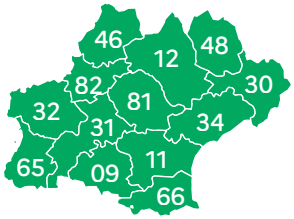
- Une stratégie visible et partagée, pour aider les professionnels (de santé et autres ex. médiateurs en santé …), dans le choix des solutions et le recours à ces solutions
- Un réseau identifié d'interprètes et/ou de solutions d'interprétariat

En pratique

Expérimentation SECPA (art. 51), projets AMI ISS (dont le projet emblématique e-CaRe CHU Toulouse …) …

Thèmes associés

PRAPS



Objectif à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #4

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les enjeux

Au-delà de l'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé, pour nombre de pathologies, l'efficacité de la prise en charge repose sur un diagnostic précoce.
Ainsi, les notions de repérage et de dépistage sont indispensables, si elles sont effectivement suivies d'une orientation et d'un travail partenarial en réseau, dans un cadre pluridisciplinaire et pluri-institutionnel.
Cet engagement de précocité repose sur la sensibilisation et la formation de l'entourage des personnes : aidants, professionnels de l'éducation et de la petite enfance, professionnels de santé, professionnels intervenant à domicile ... voire l'usager lui-même.
Dans la mesure où une prise en charge tardive peut entraîner des sur-handicaps ou une situation de perte d'autonomie et de dépendance, c'est-à-dire une accentuation des troubles non réversibles et donc une perte de chance, la mise en place de dispositifs de repérage et dépistage adaptés, accessibles et lisibles pour la population et les professionnels permet d'éviter l'aggravation des inégalités de santé.

Les objectifs opérationnels

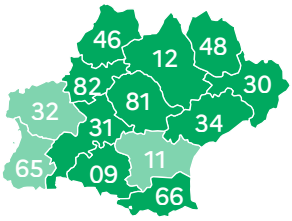
- Mettre en place ou conforter des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge précoces des parents et des enfants pour repérer et atténuer les effets de leurs vulnérabilités et accompagner la parentalité (0- 6 ans).
- Mettre en place ou conforter des actions de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement précoces des personnes victimes ou auteures de violences, notamment intra-familiales et/ou sexuelles
- Accompagner les enfants et les jeunes vulnérables ou en rupture dans un parcours de santé mentale, en mobilisant des prises en charge pluridisciplinaires (7 - 25 ans)
- Mieux repérer et orienter/accompagner les personnes en souffrance psycho-sociale, voire celles atteintes de troubles psychiques
- Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les établissements de santé (publics et privés), pour une prise en charge adéquate
- Améliorer l'accès au dépistage en renforçant la mobilisation de l'ensemble des acteurs et en développant une offre de dépistage plus simple, plus lisible, plus efficace, plus accessible, plus adaptée au terrain, pour améliorer l'adhésion au dépistage
- Dépister demain plus de personne en déployant un dépistage de précision et en intégrant mieux les innovations technologiques
- Promouvoir le repérage et l'accompagnement précoce de la fragilité afin de retarder la perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance
- Rendre plus accessible et lisible l'entrée dans un parcours de repérage, diagnostic et orientation dans le champ du handicap

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Violences et santé

Parcours associés

Santé mentale
Parents et enfants vulnérables
Cancer
Vieillissement
Handicap



Défi priorisé par les territoires

DÉFI **#4**

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

LA PAROLE AUX CITOYENS

On nous parle de dépistage et on n'a pas de solution pour y parvenir !

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Une aide concrète pour les parents d'enfants avec suspicion autisme/précocité avec troubles anxieux mon petit fils est concerné et c'est un vrai parcours du combattant pour trouver des professionnels de santé adaptés...

Participant du Tarn-et-Garonne
à la consultation digitale

Former le personnel soignant, paramédical au dépistage des cancers de la peau... par exemple.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Mettre en place des ateliers au moins deux fois par an sur la santé (choisir une thématique) et à la fin mettre en place un dépistage ou une vaccination (par ex : atelier sur la grippe : quelles sont les symptômes etc... + à la fin expliquer la vaccination et en proposer).

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

Evaluation diagnostique d'autisme : 18 mois d'attente pour un adulte !

Participant du Tarn
à la consultation digitale

Créer des endroits/des centres de dépistage où aller faire examiner régulièrement des grains de beauté).

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #1

Mettre en place ou conforter des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge précoces des parents et des enfants pour repérer et atténuer les effets de leurs vulnérabilités et accompagner la parentalité (0-6 ans)

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

La région Occitanie connait un retour à la hausse depuis 2021 du nombre des naissances. Le taux de natalité régional reste proche de la moyenne nationale (9,7 pour 1 000 en Occitanie versus 10,7 pour 1 000 en France métropolitaine). Par contre, la vulnérabilité des familles (parents, mères, enfants) est particulièrement visible sur tous les plans : social, économique, familial, psychique et environnemental.
La région Occitanie est marquée par un taux élevé de précarité maternelle (situation de monoparentalité, de faibles revenus, de chômage, paupérisation, isolement, insécurité économique, …) qui accroit le risque périnatal ainsi qu'une potentielle issue périnatale défavorable.

L'objectif

Atténuer les effets des vulnérabilités (sociale, économique, familiale, psychique et environnementale) des femmes, des enfants au cours de la période des 1 000 premiers jours (4° mois de grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant), offrir aux couples / parents un accompagnement, un soutien et une aide à la parentalité.

Les résultats attendus

Un dépistage et une prise en charge coordonnée, par les professionnels de santé concernés, des situations de vulnérabilité le plus précocement possible en ante et post-partum (dyade mères-enfants).
La mise en place de modalités d'accompagnement des couples mères enfants et co-parent en situation de vulnérabilité.

En pratique

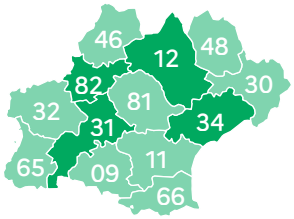
- Grille d'évaluation des vulnérabilités / EPP et EPNP
- Référent vulnérabilité dans les maternités,
- AAP Renfort staff médico-psychologique à déployer sur plusieurs années
- Construction et déploiement d'une offre psychiatrie périnatale structurée en 3 niveaux de prises en charge sur la région Occitanie permettant a minima de disposer d'une offre ambulatoire et de liaison par département puis d'une offre en hospitalisation de jour et temps complet hémi régionale.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Santé environnement

Parcours associés

Handicap
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Dégradation de certains indicateurs de santé périnatale dont l'âge maternel, augmentation marquée de la mortalité périnatale et des inégalités sociales

Objectif Opérationnel #2

Mettre en place ou conforter des actions de prévention, de dépistage, de soins et d'accompagnement précoces des personnes victimes ou auteures de violences, notamment intrafamiliales et/ou sexuelles

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

En 2021, la région Occitanie est la plus exposée de métropole[2] en matière de morts violentes au sein du couple et enregistre les taux les plus élevés d'informations préoccupantes (IP)[3] concernant l'enfance en danger dans huit départements

L'Occitanie occupe une place inquiétante sur ce sujet des violences, lesquelles sont souvent corrélées avec la précarité.

Afin de lutter contre ce fléau, l'atout de l'Occitanie est la forte mobilisation de ses acteurs de terrain et de ses partenaires institutionnels, qui en lien avec l'ARS organisent des réponses comme les dispositifs d'accueil en établissement de santé des femmes victimes de violence, déjà présents dans quatre départements, et des unités d'"accueil pédiatrique enfants en danger" (UAPED) en cours de déploiement sur la région. L'enjeu est de couvrir des territoires de profil variés et d'adapter la réponse aux spécificités rencontrées.

L'objectif[4]

Le premier objectif est de prévenir la violence subie ou agie en sensibilisant notamment les jeunes et adolescents, et en améliorant le repérage à des moments (grossesse…) ou pour des situations particulières (handicap, prématurité…) à risque de favoriser la violence.

Le second objectif est que chaque victime ait accès à des professionnels de santé spécialisés et outillés pour une prise en charge adaptée, en lien avec les partenaires (social, justice…), dans l'urgence mais également à moyen et long terme.

Le troisième objectif est de traiter l'autre pan de la violence en soutenant les professionnels de santé en charge (directe ou indirecte) des auteurs de violence afin d'agir sur le passage à l'acte ou la récidive.

Les résultats attendus

Il s'agit de réussir à créer et à rendre actifs des « réseaux » en maillant le territoire permettant à chaque professionnel, quel que soit son mode d'exercice, de pouvoir s'appuyer sur des pairs, de repérer les partenaires et de se coordonner, de bénéficier d'outils d'aide au repérage et à la prise en charge.

En pratique

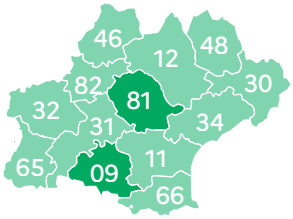
Création d'un annuaire régional interactif (cartographie) ; parcours femmes victimes de violences ; outils de repérage de la violence

Thèmes associés

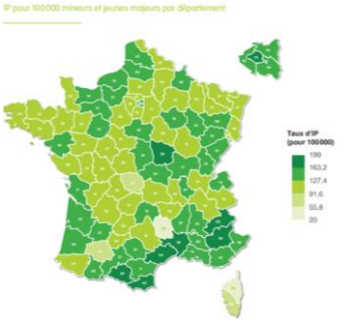
Prévention, promotion de la santé
Violence et santé

Parcours associés

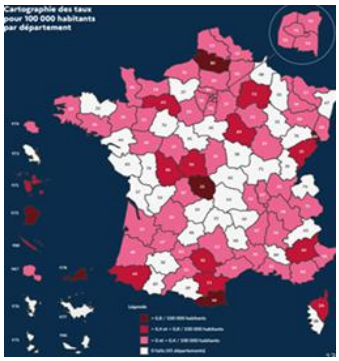
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires



Morts violentes au sein du couple



Chiffres-clés

L'Occitanie, **1ère** région concernée avec **13.2%**[1] des féminicides

[1] Source ministère de l'intérieur « étude nationale morts violentes au sein du couple 2021 »
[2] Source ministère de l'intérieur « étude nationale morts violentes au sein du couple 2021 »
[3] Source N°119 allo enfance en danger 2020
[4] Ce thème ne traite pas des violences contre les professionnels de santé ni des violences gynécologiques et obstétricales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Accompagner les enfants et les jeunes vulnérables ou en rupture dans un parcours de santé mentale en mobilisant des prises en charge pluridisciplinaires (7 - 25 ans)

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

L'adolescence se caractérise par une période d'opportunités mais aussi de vulnérabilités particulières accrues par des inégalités économiques, sociales ou territoriales qui n'épargnent pas les jeunes. Ces vulnérabilités peuvent entrainer une détresse propice aux conduites à risque et à l'émergence de différents troubles psychiques, plus ou moins graves. En outre, les premiers symptômes des troubles psychiatriques chroniques surviennent souvent à l'adolescence ou à l'entrée dans la vie adulte, d'autant plus pour des jeunes cumulant des problématiques, avec un passé traumatique, ayant connu ou connaissant des ruptures. Le repérage précoce et l'accompagnement précoces de ces différents troubles est un enjeu majeur. Rupture de filiation, scolaires, de formations, d'accompagnement socio-éducatif…les ruptures correspondent le plus souvent à des échecs qui jalonnent leur parcours de vie. Enfin ces ruptures cumulatives peuvent amener ces jeunes vers une vulnérabilité sociale. A ce contexte de fragilité propre à l'adolescence, s'ajoute l'impact des effets de l'épidémie de Covid-19 sur la santé mentale des jeunes. Pour certains d'entre eux, le confinement et ses conséquences ont pu être des révélateurs ou des accélérateurs d'une grande souffrance psychologique : stress et angoisse liés à la peur de la contamination auxquels sont venus s'ajouter les tensions familiales, l'isolement social, la rupture de prise en charge et d'accès aux dispositifs de droit commun ou encore l'exacerbation du sentiment de solitude.

D'une manière générale, ces données montrent, depuis début 2021, une augmentation des passages aux urgences pour gestes suicidaires, idées suicidaires et troubles de l'humeur chez les 11-17 ans. Par ailleurs, si le confinement a entraîné une baisse des consommations de substances psychoactives pour un grand nombre de personnes, dont les jeunes (Etude TREND, OFDT), l'utilisation des écrans s'est amplifiée. Or l'usage excessif des nouvelles technologies (jeux vidéo, internet…) peut entraîner un comportement addictif chez les jeunes avec des conséquences sur leur santé physique et psychique, leur vie sociale et affective.

L'objectif

Impliquer les jeunes en développant leurs compétences psychosociales ;

Repérer, diagnostiquer et orienter rapidement vers des professionnels qualifiés, ces jeunes qui le plus souvent n'expriment aucune demande spontanée à partir d'une coordination des actions socio-éducatives, médico-sociales voire sanitaires ;

Prévenir des crises aux conséquences parfois dramatiques et d'accompagner des situations avant qu'elles ne s'enkystent et se chronicisent ;

Individualiser les prises en charge ;

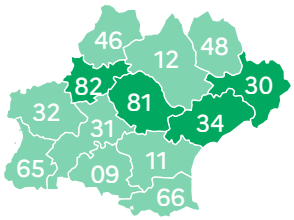
Optimiser les ressources, leurs utilisations et leurs missions pour permettre dans ce contexte une amélioration de l'accès aux soins de ce public mineur et en particulier l'accès à des soins de qualité validés et actualisés en termes de bonnes pratiques.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Santé mentale

Parcours associés

Violence et santé
Parents et enfants vulnérables



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

La tranche d'âge **11-24** ans est la seule pour laquelle les passages aux urgences pour geste suicidaire sont en augmentation en Occitanie

BVSP- mars 2023

Les résultats attendus

- Continuum entre les dispositifs de repérage et de prévention et les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge pédopsychiatrique
- Développement sur chaque territoire d'un accès facilité à un avis en pédopsychiatrie
- Généralisation des pratiques d'accompagnement et de soins partagés avec les différents acteurs du soin eux-mêmes ainsi qu'avec les autres professionnels, en vue notamment de focaliser l'action des pédopsychiatres sur des séquences spécifiques.

En pratique

- Appui sur les MDA (maison des adolescents), les missions locales - PAEJ (point accueil écoute jeunes), les D-CLIC (dispositif de clinique indirecte concertée) et le volet santé des CEJ jeunes en rupture (contrat engagement jeunes) ;
- Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie enfants (ART 51 de 2022) ;
- Renfort et consolidation de l'offre en pédopsychiatrie à travers l'appel à projets national annuel relatif aux mesures nouvelles psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent allant de l'hospitalisation complète en fonction du besoin et projet déposé jusqu'à l'offre ambulatoire (équipe mobile par exemple) ;
- Renfort des CMPEA dans le cadre des mesures assises en santé mentales permettant, pour la région Occitanie de programmer sur 3 ans, l'accroissement de 39 ETP dans la région.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #4

Mieux repérer et orienter/accompagner les personnes en souffrance psycho-sociale, voire celles atteintes de troubles psychiques

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

Les liens entre troubles psychiques et précarité sont complexes, car ces deux fragilités se nourrissent l'une l'autre. Les troubles psychiques participent à la précarisation et les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante et d'une aggravation des troubles.
En effet, les troubles psychiques tendent à précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et sociales ; la précarité est source de souffrance et de stress et tend à fragiliser les personnes sur le plan psychique.
La surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en situation de précarité n'est plus à démontrer à ce jour.

L'objectif

L'objectif est de mettre en place des organisations pluridisciplinaires et coordonnées permettant des réponses globales à ces besoins complexes. Il s'agit de mobiliser l'ensemble des professionnels intervenant auprès de ces personnes en assurant un repérage de ces situations et une prise en charge dans le droit commun.
L'objectif visé est également celui d'éviter l'isolement des professionnels intervenant auprès de ces publics. Il s'agit de former les professionnels à un premier niveau de repérage et à une meilleure connaissance du champ de la santé mentale, dans une optique d'orientation.

Les résultats attendus

- Un accès facilité des personnes cumulant précarité et troubles psychiques aux droits, aux soins et à des prestations adaptées.
- Une meilleure diffusion des bonnes pratiques partagées par l'ensemble des professionnels de santé et sociaux intervenant auprès des publics en situation de précarité porteurs de troubles psychiques.

En pratique

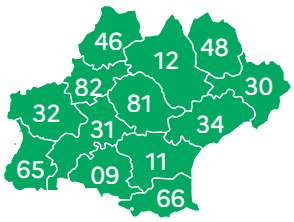
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) encadrées par une circulaire de 2005 (actualisation du référentiel national en cours, horizon 2023) et situées à l'interface de la psychiatrie et du champ social. Elles visent à favoriser l'accès aux soins des personnes très précaires souffrant de troubles psychiques
- « Un chez-soi d'abord », déclinaison du programme « Housing First », ce modèle, s'appuie sur les principes du rétablissement et s'adresse à des personnes durablement sans domicile et vivant avec des troubles psychiatriques sévères
- Des espaces de soutien et d'activités collectifs, de partage entre pairs tels que les GEM
- Mesure 9 des Assises de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (déploiement de psychologues)
- Formation des travailleurs sociaux

Thèmes associés

PRAPS

Parcours associés

Santé mentale



Objectif à vocation régionale

Objectif Opérationnel #5

Encourager un repérage de la vulnérabilité plus systématique lors des passages dans les établissements de santé (publics et privés), pour une prise en charge adéquate

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

La complexité inhérente à la notion de vulnérabilité rend son repérage plus difficile. Or, sur un plan sanitaire, ces populations sont particulièrement concernées par des problématiques de santé. Elles présentent des indicateurs de santé plus mauvais, notamment en termes de mortalité, de morbidité ou d'état de santé ressenti, que le reste de la population. Leur passage dans les établissements de soins est un moyen d'identifier et d'évaluer la vulnérabilité dans sa globalité, afin d'anticiper les risques de dégradation de leur état de santé.

L'objectif

Il s'agit d'améliorer la capacité du système de santé, en particulier des établissements sanitaires, à mieux repérer et prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité

Pour cela, il faut développer la formation au repérage des vulnérabilités, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender le caractère multidimensionnel de la précarité :

- Absence ou incomplétude de couverture maladie
- Absence de logement stable ou hébergement précaire
- Absence de ressources
- Difficulté à s'orienter
- Passages répétés aux urgences
- Grande vulnérabilité (mineurs, femmes enceintes, personnes isolées, victimes de violence …)

Les résultats attendus

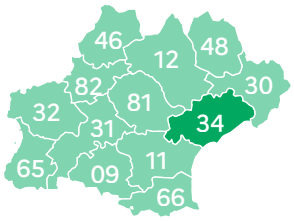
Un meilleur fléchage, usage et suivi de l'ex MIG Précarité (dotation Précarité inscrite dans le FIR aujourd'hui).

En pratique

- Mise en place du score EPICES (score individuel de précarité utilisé dans les Centres d'Examens de santé)
- Grille diabète Occitanie
- Outil ENVU (questionnaire de repérage de la vulnérabilité sociale et sanitaire en pédiatrie)
- Grille en Santé Environnement (identifier et analyser la place des ISS dans les projets d'éducation et de promotion de la Santé Environnement)

Thèmes associés

PRAPS



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #6

Améliorer l'accès au dépistage en renforçant la mobilisation de l'ensemble des acteurs et en développant une offre de dépistage plus simple, plus lisible, plus efficace, plus accessible, plus adaptée au terrain, pour améliorer l'adhésion

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

Les taux de participation aux dépistages des cancers (organisés ou individuels) sont inférieurs aux objectifs fixés par le national :
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein : 43,9 % sur la période 2020-2021.
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon : 31,8 % sur la période 2021-2022.
Ces taux de participation sont encore loin des objectifs nationaux et ont même tendance à baisser concernant le sein même si la période liée à la crise du COVID n'a pas favorisé l'amélioration de la participation.

L'objectif

Améliorer l'accès aux dépistages des cancers
Améliorer les taux de participation aux dépistages organisés des cancers.

Les résultats attendus

Hausse des taux de participation aux différents dépistages de manière générale
Amélioration des taux de participation chez les personnes précaires, vulnérables et/ou éloignés du système de santé

En pratique

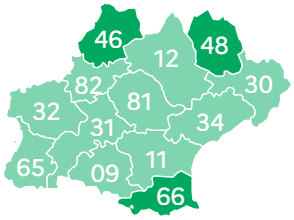
Simplifier l'accès au dépistage (commande directe, professionnels de santé diversifiés, équipes mobiles, dispositifs d'aller vers, …)
Conduire des actions spécifiques à destination des publics précaires et/ou éloignés du système de santé : sensibiliser les populations en situation de précarité ou de vulnérabilité, en lien avec les associations proches de ces populations et des institutions concernées (par exemple : CPAM, MSA, …)
Renforcer les partenariats avec les acteurs institutionnels (par exemples : renforcer le partenariat avec les CPAM et le réseau MSA pour le ciblage des publics précaires, appels téléphoniques, sms, …), les professionnels de santé, les centres d'examens de santé, les missions locales, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les centres communaux d'actions sociales (CCAS), les acteurs associatifs …
Mettre en place une campagne de sensibilisation auprès des professionnels de santé portée par les professionnels de santé et notamment les médecins du centre régional de coordination des dépistages des cancers (échanges confraternels auprès de médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, MSP, …)
Déploiement de dispositifs d'aller vers (par exemple : mammobile)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#7**

Dépister demain plus de personnes, en déployant un dépistage de précision et en intégrant mieux les innovations technologiques

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

Le virage qui consiste à dépister demain plus de personnes, repose sur le besoin de structurer une dynamique de prévention secondaire ambitieuse, intégrée dans les parcours de soins et territorialisée, mais également sur l'essor des innovations technologiques avec le déploiement d'un dépistage de précision.

Les progrès de la génétique ouvrent des perspectives permettant d'étudier les prédispositions génétiques au cancer par l'identification de potentielles altérations génétiques héréditaires. Les consultations d'oncogénétique constitutionnelles visent à poser un diagnostic à partir d'une approche clinique, de l'étude familiale et d'une juste prescription d'examens. Elles permettent de réaliser des dépistages précoces et de proposer un suivi et un accompagnement personnalisé aux personnes ayant une prédisposition familiale au cancer. En Occitanie, il est noté une augmentation de l'activité avec des moyens constants, ce qui risque de conduire à la saturation de certaines consultations et donc à l'allongement des délais.

Au-delà des données liées au séquençage de l'ADN, les données issues des enregistrements médicaux et autres données détenues par les établissements de santé offrent la possibilité à partir d'algorithmes d'identifier des sujets à risque et de proposer des plans personnalisés de dépistage du cancer.

En ce sens, différents algorithmes d'Intelligence Artificielle ont été utilisés en Occitanie comme dépistage de précision dans des territoires ciblés, comme par exemple pour l'analyse des lames numérisées de biopsies prostatiques ou pour caractériser de façon plus précoce des lésions précancéreuses lors des coloscopies, et ce, toujours dans l'idée de compléter le diagnostic posé par le médecin.

Il conviendra donc de renforcer la mise en œuvre de dépistages de précision pour disposer de tests plus efficaces et s'orienter vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte le risque de chaque individu.

L'objectif

Dépister demain plus de personnes grâce :

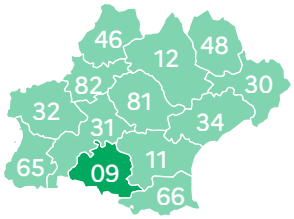
- Au développement du dépistage de précision, plus personnalisé, pour mieux prendre en compte les risques individuels et mieux identifier les personnes à risque élevé
- Au renforcement du dispositif de consultations d'oncogénétique constitutionnelle sur le territoire au regard des besoins en augmentation
- Au déploiement de nouvelles technologies moins invasives, plus facilement acceptables, plus fiables que les tests actuels et de nouvelles modalités d'organisation des dépistages

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Les résultats attendus

Demain, plus de solutions pour dépister plus et mieux avec pour cible un gain de temps sur la maladie, de réelles chances de guérison et des traitements moins lourds pour une meilleure qualité de vie et donc in fine pour limiter au plus les séquelles.

En pratique

- Développer une réponse régionale en vue de faciliter l'accès aux examens d'oncogénétique constitutionnelle (réduction des délais d'accès aux consultations et aux examens)
- Apprécier l'impact de l'outil PREDICT-O d'évaluation personnalisée du risque dans le dépistage individualisé du cancer
- Mettre à niveau le parc de mammographes pour améliorer le dépistage du cancer du sein
- Mobiliser l'intelligence artificielle pour analyser les données (aide au diagnostic du mélanome, colorectal, sein, ...)

Objectif Opérationnel #8

Promouvoir le repérage et l'accompagnement précoce de la fragilité, afin de retarder la perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

D'ici 2040, l'Occitanie devra faire face à une augmentation de 60% du nombre de seniors dépendants. Compte tenu de cette évolution démographique, environ 82% des personnes âgées dépendantes devront être prises en charge à domicile d'ici 2040. L'impact de la crise sanitaire COVID qui a pu mettre en lumière certaines contraintes à vivre en EHPAD, couplé aux aspirations nouvelles de la génération dite des « papy-boomers », pourrait encore augmenter ce chiffre.

Consciente du défi à relever dès 2030, l'ARS Occitanie a rapidement souhaité investir dans la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées dans l'objectif de maintenir les personnes qui le souhaitent le plus longtemps à leur domicile. C'est ainsi que dans son PRS II 2018-2022, le repérage de la fragilité chez les personnes âgées a été inscrit comme une des priorités régionales. Cet objectif doit aujourd'hui être poursuivi et renforcé, notamment avec le programme ICOPE.

L'objectif

L'objectif est de poursuivre et de renforcer le déploiement du programme ICOPE, grâce à l'appui et l'expertise du Gérontopôle du CHU de Toulouse et avec l'aide des nombreux acteurs déjà impliqués, sur l'ensemble de la région Occitanie et de préparer l'évaluation nationale du programme en vue de sa pérennisation. Le travail d'articulation entre ICOPE et le dispositif Vigilance seniors, permettant un repérage par les aides à domicile d'une situation de fragilité, doit également être poursuivi.

Enfin, dans le cadre du plan national antichute, l'objectif est plus spécifiquement d'expérimenter des mesures pour prévenir les chutes toujours en articulation avec le programme ICOPE.

Les résultats attendus

- Permettre le maintien des personnes âgées à domicile, autonomes, le plus longtemps possible et mobiliser les acteurs de la santé et les ressources,
- Expérimenter des actions pour limiter le nombre d'hospitalisation des personnes âgées notamment en raison d'une chute,
- Faciliter l'accès à la prévention aux publics vulnérables et fragiles,
- Permettre aux seniors de devenir acteurs de leur santé.

En pratique

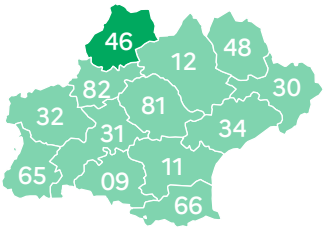
Il s'agit de poursuivre la montée en charge d'ICOPE, aujourd'hui déployé dans une vingtaine de CPTS mais avec un objectif de 60 CPTS, afin de permettre à 65 000 seniors de bénéficier du programme d'ici fin 2024 et d'assurer ainsi un suivi et une prise en charge les plus précoces possibles en cas de perte d'autonomie.

Thèmes associés

Urgences et soins non programmés

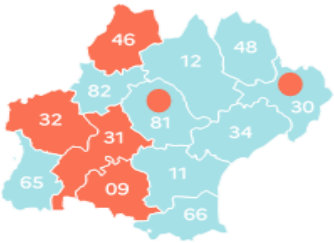
Parcours associés

Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Carte des Territoires expérimentation ICOPE



Financements Régionaux en bleu:
11/12/30 (hors bassin d'Alès)
34/48/65/66/81 (hors bassin de Carmausin) 82
Porteur : Gérontopôle

Financements Nationaux en orange: :
09/31/32 : Porteur : Gérontopôle
30 (bassin du Carmausin) / 81 (bassin d'Alès)
46 : porteur le DAC

Chiffres-clés

Un objectif de **65 000** seniors de 60 ans et + intégrés au programme ICOPE d'ici 2025

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #9

Rendre plus accessible et lisible l'entrée dans un parcours de repérage, diagnostic et orientation dans le champ du handicap

Le défi à relever

Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces

Les constats

La mise en place récente, dans chaque département, des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants entre 0 et 6 ans présentant un trouble du neuro-développement, vient démontrer le besoin de renforcer cette action dans un cadre plus large afin de couvrir l'ensemble des besoins.

En effet, la question d'un meilleur repérage et diagnostic des troubles se pose également tant pour les 7-12 ans (pour lesquels les PCO sont dédiées) que pour les adultes.

Par ailleurs, la cohabitation des PCO avec les expérimentations article 51 (parcours TSLA, Cocon) rend nécessaire l'objectif de lisibilité et de porte d'entrée unique sur les territoires.

Enfin, le sujet de la qualité des prestations et des compétences des professionnels doit être considéré dans le déploiement et le renforcement des différents acteurs contribuant à l'amélioration du parcours.

L'objectif

L'objectif opérationnel est de permettre à chaque personne, chaque professionnel d'identifier une porte d'entrée unique de proximité qui puisse répondre dès lors qu'elles s'interrogent sur des écarts à la norme de développement des enfants.

Il s'agit également de disposer d'un réseau de professionnels identifiés dans les territoires (libéraux, sanitaires, médico-sociaux), formés aux différents troubles du neuro-développement.

Les résultats attendus

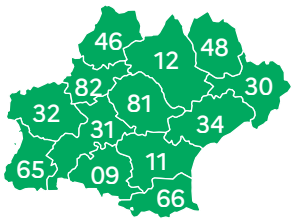
1. Poursuivre l'augmentation du nombre d'enfants repérés et adressés à une PCO
2. Accompagner structurellement les structures de ligne 2 dans un double objectif d'amélioration des pratiques professionnelles et de participation à la constitution d'un réseau de proximité autour des PCO.

En pratique

- Poursuite du déploiement de la mesure sur la qualité TND au sein des CAMSP et des CMPP avec un objectif de constitution d'un réseau de professionnels formés aux différents TND en appui de la PCO
- Déploiement des PCO 7-12 ans sur l'ensemble des départements de la région

Parcours associés

Handicap



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

En janvier 2023, ce sont plus de **3 800** enfants de moins de 6 ans qui ont été repérés par un médecin et orientés vers une plateforme de la région

Mots clés

Diagnostic précoce
Interventions précoces
Qualité
TND

DÉFI **#5**

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

Les enjeux

Le changement climatique est identifié comme un des grands enjeux en santé environnementale et comme une menace majeure pour la santé publique. Des impacts sont déjà observables en France et partout dans le monde : augmentation des évènements climatiques extrêmes (sécheresse, canicules, orages, tempêtes…), émergence et sévérité de certaines maladies infectieuses, sécheresse, érosion de la biodiversité …
En termes d'enjeux, il s'agira pour prévenir les impacts sanitaires du changement climatique, de soutenir des stratégies d'atténuation et d'adaptation.
Pour ce faire, il s'agira de promouvoir des comportements et activités adaptés aux changements climatiques (alimentation, activité physique, bons gestes en cas de canicule, économie d'eau …) en temps normal ou en période de crise auxquelles il faudra se préparer.
L'aménagement du territoire a des conséquences sur nos comportements et nos modes de vie et joue un rôle majeur sur la santé physique, mentale et sociale de la population. En ce sens, il est nécessaire de construire les villes de telle sorte qu'elles soient plus résistantes face à la chaleur (végétalisation, îlots de fraicheur …) et qu'elles créent les conditions favorables aux comportements sains (rafraichissement, mobilités actives …).
Enfin, les établissements de santé ou médico-sociaux sont souvent les premiers consommateurs d'eau de leur territoire et des choix plus vertueux en matière de pratiques, d'utilisation de produits détergents/biocides peuvent être mis en place.

Les objectifs opérationnels

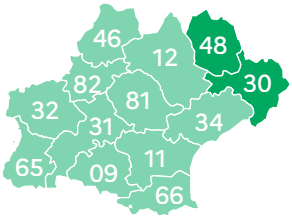
- Promouvoir des comportements et activités adaptés aux changements climatiques
- Œuvrer pour un urbanisme favorable à la santé en lien avec les collectivités territoriales
- Se préparer à la gestion des crises liées au changement climatique
- Accompagner l'adaptation des ES et ESMS dans une démarche d'éco-responsabilité (bâtiments, techniques, pratiques, usage produits détergents/produits biocides…)

Thèmes associés

Santé environnement
Prévention, promotion de la santé
Situations sanitaires exceptionnelles

Parcours associés

Santé mentale



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #5

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

LA PAROLE AUX CITOYENS

J'ai une bonne condition physique. Mais je suis souvent anxieux... et notamment climato-anxieux !

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Sensibilisation aux risques éco-environnementaux dès l'école primaire.

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Mettre en place des aménagements dans les lieux collectifs pour améliorer le bien-être collectif (aménagement urbain - plus d'espaces verts et parcours santé-, pollution, bruit, déconnexion numérique, action sociale de proximité pour favoriser l'écoute et limiter les risques de dépression par exemple, etc...).

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Ça manque d'infrastructures sportives ouvertes toutes l'année en dehors des villes. Ça fait pourtant partie de la santé. Sinon les randonnées sont gratuites, mais c'est pareil : les chemins sont soit mal aménagés, soit peu ou pas entretenus, soit pas indiqués.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Davantage de parcs, de parcours sportifs pour faire plus d'activité physique sans risque aucun, sans que ça soit à l'extérieur de la ville loin de tout. Tout s'est construit trop vite, sans penser aux espaces verts, aux parcs, aux parkings pour se garer pour voir les médecins, à la place il y a des bâtiments.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel #1

Promouvoir des comportements et activités adaptés aux changements climatiques

Le défi à relever

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

Les constats

Les conséquences du changement climatique sont nombreuses et peuvent affecter la santé humaine (canicule, sécheresse dégradation de la qualité de l'air, développement de maladies infectieuses…). L'ARS déploie des actions de prévention et de promotion de la santé, qui ont pour objet de promouvoir des comportements et des activités adaptées aux effets du changement climatique. Dans le programme national nutrition santé (PNNS), les incitations à l'activité physique conduisent aux mobilités actives, l'incitation à diminuer l'apport en protéines d'origine animale induit une baisse de l'empreinte carbone. Ces actions de prévention et de promotion de la santé présentent des co-bénéfices pour la santé et l'environnement/climat. Le thème de l'éco-anxiété, sujet émergent touchant principalement les jeunes et pouvant affecter leur santé mentale, a été identifié comme un axe de travail par l'ARS. L'éco-anxiété est l'anxiété créée par les effets du changement climatique, la multiplication des catastrophes naturelles, la perte de biodiversité. Cette angoisse (sentiments de tristesse, colère, impuissance, culpabilité), qui peut devenir pathologique (épisodes dépressifs caractérisés, burn-out, notamment militants), doit être repérée et accompagnée sans culpabiliser, mais au contraire en responsabilisant les personnes atteintes. L'enjeu est d'apprendre à vivre avec cette souffrance morale et de la dépasser.

L'objectif

Faire connaitre l'état de l'environnement et les risques associés

Faire connaitre les bons gestes à adopter au quotidien pour protéger sa santé

Développer les compétences pédagogiques en santé-environnement de l'ensemble des professionnels de santé et des secteurs socio-éducatifs et médico-sociaux

Anticiper et prévenir les effets et le ressenti de la trajectoire climatique, notamment auprès du public jeune, plus sensibilisé.

Les résultats attendus

Les professionnels sont en mesure d'être les relais des actions de prévention en santé environnement.

Chacun connait l'état de son environnement et est en mesure de mettre en œuvre les bons gestes pour protéger sa santé..

En pratique

Promouvoir le service public numérique conventionné avec la fondation pour la recherche pour la précarité Recosanté

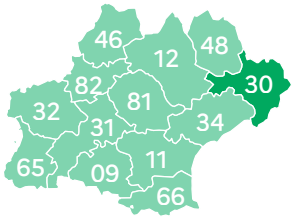
Organiser des événementiel sur le sujet de l'éco anxiété à l'attention des professionnels

Thèmes associés

Santé environnement
Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Selon une étude approuvée par la revue « The Lancet Planetary Health », **45%** des jeunes sondés dans dix pays affirment que l'éco-anxiété affecte négativement leur vie quotidienne

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Œuvrer pour un urbanisme favorable à la santé en lien avec les collectivités territoriales

Le défi à relever

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

Les constats

L'aménagement du territoire a des conséquences sur nos comportements et nos modes de vies, il joue un rôle majeur sur la santé physique, mentale et sociale de chacun et ses déterminants. Le Plan Régional Santé Environnement 3 a permis de déployer des actions (guides à l'attention des Elus, outils, actions de sensibilisation, de formations…) visant à promouvoir l'urbanisme favorable à la santé, auprès des acteurs (collectivités, agences d'urbanisme…). Néanmoins l'évolution de l'aménagement urbain se fait sur un temps long, et le travail d'aménagement et d'adaptation des villes reste à poursuivre.

L'objectif

Promouvoir l'urbanisme favorable à la santé auprès des collectivités
Accompagner les collectivités dans la mise en œuvre de ce concept
Intégrer une dimension "santé" (dont la lutte contre les ISS) aux documents de planification territoriale et assurer leur articulation et cohérence

Les résultats attendus

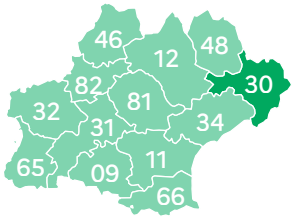
Il s'agit concrètement de créer des îlots de fraicheur, végétaliser, créer des espaces verts pour favoriser les échanges sociaux, organiser l'espace autour des mobilités actives… (cheminements piétonniers, pistes cyclables…) et de rendre l'espace urbain plus résistant face aux vagues de chaleur qui seront de plus en plus fréquentes.

En pratique

Déploiement de la boîte à outils développée dans le cadre PRSE 3
Réalisation d'un état des lieux des modules de formation existants et déploiement de ces modules, via les organismes de formation
Partage des expériences et valorisation des bonnes pratiques au travers de la plateforme coopérative "Expertises.territoires" proposée par le CEREMA, d'évènements hebdomadaires ou bien encore d'articles, etc.

Thèmes associés

Santé environnement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

« Les arbres isolés ou en bordure de route peuvent diminuer la température de **2 à 3 °**C grâce à l'évapotranspiration et l'ombrage », précise l'ADEME

Objectif Opérationnel #3

Se préparer à la gestion des crises liées au changement climatique

Le défi à relever

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

Les constats

Le changement climatique génère des conséquences nombreuses impactant la santé des populations : augmentation des températures, multiplication des événements météorologiques extrêmes (vagues de chaleur, canicule, sécheresse…), perte de biodiversité, modification de la ressource…

L'Occitanie et ses départements du pourtour méditerranéen sont particulièrement concernés par les effets du changement climatique.

Par exemple, la sécheresse touche de manière importante plusieurs départements occitans depuis quelques années et menace l'approvisionnement en eau potable des populations.

La gestion de ce type d'événements nécessite des compétences et une bonne coordination des acteurs dans le cadre du déclenchement des dispositifs ORSEC en amont du dispositif ORSAN.

L'objectif

Développer une culture individuelle et collective de l'anticipation, de la préparation et de la gestion des crises

Développer ou renforcer les compétences des acteurs de la gestion de crise (ORSEC)

Les résultats attendus

L'acculturation de l'ensemble des parties prenantes à ces situations afin que chacun connaisse les rôles des différents acteurs et mette en œuvre les mesures de gestion adaptées

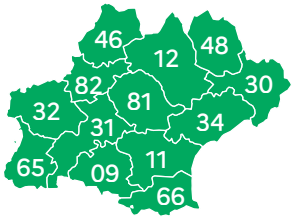
En pratique

Former les acteurs

S'exercer à la réponse aux crises/ situations sanitaires exceptionnelles

Thèmes associés

Santé environnement
Situations sanitaires exceptionnelles



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

Du 1 er janvier au 18 juin 2023, **15** arrêtés de crise, d'alerte ou de vigilance sécheresse ont été pris en Occitanie. (10 départements concernés)

Site Propluvia

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #4

Accompagner l'adaptation des ES/ESMS dans une démarche d'éco-responsabilité (bâtiments, techniques, pratiques, usage des produits détergents/biocides…)

Le défi à relever

Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique

Les constats

Dans un établissement de santé ou médico-social, la consommation d'eau par lit se situe entre 100 et 1 200 litres par jour et par patient (alors que la consommation en population se situe aux alentours de 150 litres). Les établissements de santé ou médico-sociaux sont souvent les premiers consommateurs d'eau de leur territoire. 11 conseillers en transition énergétique et écologique ont été identifiés sur le territoire régional dans le cadre de l'Appel à Manifestation d'Intérêt organisé par l'ANAP.
Il est primordial d'accompagner les établissements ainsi que les acteurs de santé, dans une démarche écoresponsable prenant en compte les sujets d'économie d'eau, d'énergie, de déchets, de l'usage des produits détergents et biocides, de qualité de l'air intérieur, et d'environnement favorable à la santé (espaces verts, îlots de fraicheur…)

L'objectif

Mobiliser, accompagner et sensibiliser les acteurs des établissements sur le volet écoresponsable
Intégrer les enjeux du changement climatique dans les CPOM des établissements et des structures d'exercice pluri-professionnel coordonné

Les résultats attendus

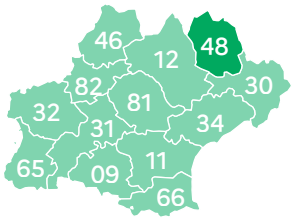
Des établissements et des structures d'exercice pluri-professionnel coordonné plus vertueux pour l'environnement et le climat.

En pratique

Accompagner les établissements autour d'enjeux de RSE/DD
(énergie, eau, aléas climatiques, déchets, santé environnement…)

Thèmes associés

Santé environnement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

A l'hôpital,
la consommation d'eau
par lit se situe
entre 100 et 1 200 L
par jour et par patient

2

ENGAGEMENT

Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé

2 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé **53**
DÉFI #2
Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable **63**
DÉFI #3
renforcer le partenariat entre les professionnels etles usagers du système de santé **69**
DÉFI #4
Embarquer les personnes vers le numérique en santé..... **76**

DÉFI #1

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les enjeux

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes en leur apportant des informations et/ou des outils qui les aident à mieux comprendre notre système de santé et le rôle de chacun des acteurs auxquels elles peuvent faire appel lorsqu'elles ressentent un besoin de santé est un enjeu maintes fois exprimé, par les personnes rencontrées lors des concertations menées pour l'élaboration du projet régional de santé qu'il s'agisse des habitants, des usagers*, des professionnels du système de santé ou des élus.

Il s'agit aussi d'accompagner les personnes à adopter des attitudes ancrées dans leur vie quotidienne afin qu'elles préservent leur santé et sollicitent le système de santé à bon escient, contribuant ainsi à améliorer son utilisation.

La clarté de la communication est un enjeu en soi, pour que les informations transmises soient comprises par les différents publics qui font la diversité de la population de notre région. Adapter la communication et aller vers en particulier en direction des publics qui rencontrent des difficultés avec l'écrit ou le numérique est essentiel

**Dans ce défi, à chaque fois que le terme usager est utilisé il regroupe les patients, les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent*

Les objectifs opérationnels

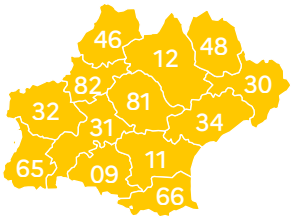
- Développer le « faire avec » dans la mise en place des projets de prévention et de promotion de la santé (co-construction)
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes vivant un cancer, une ou des maladies chroniques, des personnes vivant avec un trouble psychique et des personnes vivant avec un handicap et de leurs proches notamment par la psychoéducation, l'éducation thérapeutique des patients et la pair aidance
- Rendre lisible l'offre de premier recours relative aux soins urgents et non programmés par une communication régulière adaptée sur les différents niveaux de réponse et sur le bon recours/usage des services
- Développer dès le plus jeune âge l'éducation à l'usage approprié de l'offre de soins et améliorer la connaissance des gestes de premiers secours
- Promouvoir les droits des usagers et la place du proche aidant et en faire un tremplin pour leur engagement dans les projets qui les concernent, notamment projet de vie et lieu de vie
- Adapter la communication aux publics cibles avec des modalités tenant compte de leurs aptitudes
- Enrichir la démocratie en santé par une participation citoyenne à l'élaboration des politiques publiques (fabrique citoyenne ...)

Thèmes associés

Personne, usager, citoyen
Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Qualité, sécurité, pertinence
Transformation numérique

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Défi à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

LA PAROLE AUX CITOYENS

Parfois, il est difficile de comprendre le fonctionnement de l'offre de soins. Il y a beaucoup de sigles incompréhensibles, il n'y a pas d'information sur les dépistages etc.

Participant à un atelier citoyen en Ariège

Plus on donne du pouvoir au patient, plus on le rapproche du soin.

Participant à un atelier citoyen en Lozère

Aujourd'hui, en tant que professionnelle de santé, je constate que mes connaissances paramédicales sont nécessaires dans ma propre prise en soin, mon propre parcours de soin. Je me demande comment font ceux qui n'ont pas ces connaissances....

Participant du Tarn à la consultation digitale

Pour une bonne information et une implication de tous/toutes, l'échelle de la communauté de commune ou de la commune me parait la plus pertinente. Le concept du budget participatif pourrait être décliné pour une santé participative.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Promouvoir les droits des patients qui sont des acteurs du soin et sont donc utiles partout tout le temps. Les écouter, les aider, les informer, les conseiller, tenir compte de leurs besoins et de leurs souhaits dans l'élaboration de leur parcours de soin.

Participant du Gard à la consultation digitale

Avoir des référents qui pourraient nous renseigner et nous accompagner pour y voir plus clair, d'autres patients pairs qui ont fait et font l'expérience des parcours de santé.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel #1

Développer le « faire avec » dans la mise en place des projets de prévention et de promotion de la santé (coconstruction)

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

En promotion de la santé, l'émergence du concept du pouvoir d'agir, étroitement lié à celui de « participation », marque un tournant du « faire pour » vers le « faire avec » les populations, notamment pour les populations les plus exposées aux inégalités sociales de santé. Aujourd'hui, le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, c'est-à-dire d'aider les individus et communautés à identifier les obstacles et à les surmonter. Le « Faire avec » est aujourd'hui présenté comme incontournable dans la construction de la santé publique de demain (rapport Chauvin, 2021).

En parallèle, la crise du Covid-19 s'est traduite par une crise de confiance envers les acteurs de la santé, et notamment de la santé publique. Ainsi, la recherche participative, qui vise à faire collaborer chercheurs et citoyens, bénéficiaires et/ou patients (groupes communautaires le cas échéant) doit être appuyée et soutenue, dans le champ de la santé publique

L'objectif

Valoriser l'expertise expérientielle.

Renforcer les dispositifs impliquant, prenant en compte et favorisant la participation des personnes (porteuses de pathologie ou non) dans la construction et la mise en place de projets de prévention et de promotion de la santé.

Développer les recherches participatives en santé notamment sur des thématiques proches des préoccupations de la population pour répondre aux enjeux sociétaux de santé.

Les résultats attendus

Acquisition de compétences en prévention et promotion de la santé des personnes, des organisations, des communautés, afin d'améliorer l'équité en santé.

Augmentation du nombre d'acteurs engagés en santé publique.

Accroissement du contrôle des personnes sur leur santé.

En pratique

CLSM : co-élaboration des projets en santé mentale avec les personnes concernées par le handicap psychique aux cotés des professionnels de santé mentale et des collectivités territoriales

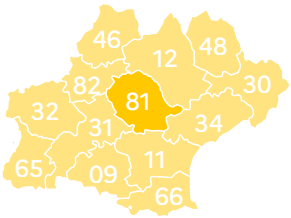
Actions PPS avec les pairs pour les pairs : programme de prévention du tabagisme « P2P » / Dispositif de santé mentale Suricate

[Bibliographe-commentee-Dynamiques-participatives.pdf (creaiors-occitanie.fr)]

La Fabrique citoyenne

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Personne, citoyen, usagers
PRAPS



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes vivant un cancer, une ou des maladies chroniques, des personnes vivant avec un trouble psychique et des personnes vivant avec un handicap et de leurs proches notamment par la psychoéducation, l'éducation thérapeutique des patients et la pair aidance

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

En Occitanie selon l'assurance maladie 1,3 million de personnes vivent en 2021 au quotidien avec au moins une maladie chronique dont les troubles psychiques. Le nombre de personnes de plus de 15 ans vivant avec un handicap en milieu ordinaire peut être estimé en Occitanie entre 230 000[5] et 708 000 (selon les hypothèses les plus restrictives ou les plus larges dans la définition), nombre auquel s'ajoute environ 2% des 58 000 enfants naissant chaque année dans la région.

L'impact de la vie avec une maladie chronique sur la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches est important et les soutenir pour améliorer leur quotidien est essentiel.

Plusieurs modalités d'intervention ont fait la preuve de leur efficacité, elles sont différemment déployées dans la région et le recours y est inégal :

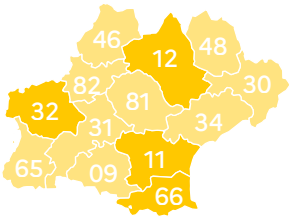
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un outil majeur pour permettre au plus grand nombre de personne vivant avec une maladie chronique de mieux vivre et de bien vieillir. Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie. Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national dont le contenu est défini sur la base des référentiels établis par la Haute Autorité de Santé[6] Déployée aujourd'hui tant par des équipes hospitalières que dans les soins de proximité, elle reste insuffisamment mobilisée.
- La psychoéducation transmet des informations didactiques sur la maladie, les soins proposés mais également les aspects émotionnels dans le but d'aider les participants (patients ou familles/proches) à faire face à la maladie et à développer des habiletés liées à la prévention des rechutes. Elle contribue à promouvoir de façon positive la capacité à agir et le rétablissement.
- La pair-aidance s'appuie sur le partage d'un vécu similaire (savoir expérientiel de la vie avec la maladie) entre un intervenant (le pair-aidant) et un bénéficiaire (le pair-aidé) pour répondre à des besoins [et/ou aux parcours] spécifiques en apportant soutien et conseils pour poursuivre le parcours de vie et développer son pouvoir d'agir. Y sont déployées : sensibilisation, formation, expertise d'usage, accès aux soins et connaissance des droits, entraide mutuelle, pair-accompagnement à être acteur de sa prise en soins en favorisant le partenariat de soins. La pair-aidance peut s'exercer aussi bien par une activité indépendante qu'au sein d'une association d'usagers, au sein d'une action d'éducation thérapeutique ou d'une équipe de soin par des pairs professionnalisés (médiateurs de santé pairs en santé mentale, patients partenaires

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffre-clé

33 249
personnes ayant suivi un programme de d'éducation thérapeutique en 2022

Mots clés

ETP
pair aidance
psychoéducation
patient partenaire
médiateur santé pair
activité physique adaptée

[5] Source DREES- Le handicap en chiffres Edition 2023. Application des taux nationaux à la population occitane.
[6] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

accompagnants en cancérologie par ex) ou encore d'une équipe de formation.

Psychoéducation et pair aidance sont des leviers puissants de déstigmatisation, d'auto-détermination et de rétablissement encore aujourd'hui insuffisamment développés en Occitanie.

L'objectif

L'objectif est de renforcer la capacité des usagers à être acteur de leur santé et/ou de celle de leurs proches dans tous les domaines de vie avec la maladie ou le handicap et notamment leur compétence à agir sur les déterminants individuels de santé que sont la sédentarité, l'alimentation et la réduction des risques liés aux addictions (tabac, alcool) :

- En intensifiant massivement l'accès à l'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'affection de longue durée exonérante et en la faisant connaitre.
- En faisant de la psychoéducation un soin de base accessible à tous les patients et à leurs proches en déployant une offre de programmes validés et généralisable sur l'ensemble de la région.
- En soutenant la pair aidance sous ses différentes formes et la visibilité des actions menées, par une identification et une reconnaissance des acteurs engagés dans cette démarche, et en favorisant formation, supervision, animation territoriale, coopération et accompagnement dans les projets pour éviter l'isolement.

Les résultats attendus

- D'améliorer la qualité de vie des personnes et/ou des proches par l'acquisition de compétences dont ils ont besoin pour adapter leur parcours de vie
- De disposer d'une offre spécialisée sur chaque territoire en privilégiant les programmes validés, multifamiliaux et s'appuyant sur les principes de la pair-aidance
- D'accroitre le nombre de personnes participant à ces démarches (personnes vivant avec une maladie chronique, un trouble psychique, un handicap mais aussi pairs investis) et de professionnels s'inscrivant dans ces démarches et orientant les patients vers ces types d'accompagnement ou d'action

En pratique

- Intensifier la connaissance de l'offre régionale des programmes d'ETP recensés sur le site: « mon ETP.fr »
- Rendre les programmes d'ETP accessibles à tous les patients porteurs d'Affection de Longue Durée exonérante et/ou de pathologie relevant des priorités régionales en termes d'ETP qui viennent d'être élargies à l'endométriose
- Augmenter la pratique d'activité physique adaptée des patients vivant avec une maladie chronique ou des facteurs de risque par la prescription d'Activité Physique Adaptée et/ou par l'orientation vers les maisons sport santé
- Expérimentation en cours d'accompagnement de patients vivants avec un cancer sous traitement oral par un patient partenaire
- Expérimentation du programme EPOP « Empowerment and participation of persons with disabilities » (« Pouvoir d'agir et participation des personnes vivant avec un handicap » en français) dans trois départements
- Déploiement d'une stratégie régionale de formation et intervention des médiateurs santé pairs
- Développement des actions d'accompagnement et de formations entre groupes de pairs multifamiliaux
- Déploiement des programmes type PROFAMILLE ou BREF sur chaque territoire.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Rendre lisible l'offre de premier recours relative aux soins urgents et non programmés par une communication régulière adaptée sur les différents niveaux de réponse et le bon recours/usage des services

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

Malgré les difficultés réelles d'accès aux soins, des solutions existent mais sous ou mal utilisées car méconnues. De plus, la multiplicité des dispositifs rend parfois complexe la bonne orientation des usagers.

L'objectif

Le PRS III doit permettre de rendre lisible l'offre de premier recours relative aux soins urgents et non programmés par une communication régulière, adaptée sur les différents niveaux de réponse et le bon recours/usage des services pour permettre aux usagers du système de santé de s'orienter facilement en cas de besoin de santé, notamment en cas d'urgence vitale, fonctionnelle ou ressentie.

Les résultats attendus

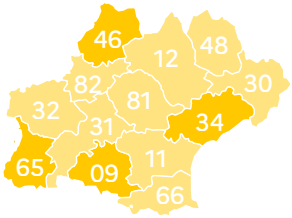
- Cartographie de l'offre
- Augmenter le volume d'admission directe des patients de plus de 75 ans
- Diminuer les passages aux urgences pour les patients de plus 75 ans
- Diminuer le nombre de ré hospitalisations par les urgences
- Diminuer la dépendance aux urgences pour l'hospitalisation en médecine et en chirurgie

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usager
Violence et santé

Parcours associés

Cancer
Santé mentale
Handicap
Maladies chroniques
Parent et enfant vulnérables
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel #4

Développer dès le plus jeune âge l'éducation à l'usage approprié de l'offre de soins et améliorer la connaissance des gestes de premier secours

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

La méconnaissance des dispositifs de soins existants en proximité a été mis en avant dans plusieurs enquêtes nationales ou régionales.
Cette méconnaissance peut entrainer à la fois des retards de prise en charge et un mésusage de l'offre de santé.
La connaissance de l'offre doit s'accompagner d'un développement des gestes de premiers soins et de premiers secours, ainsi que des dispositifs existants.

L'objectif

Développer dès le plus jeune âge l'éducation à l'usage approprié de l'offre de santé et améliorer la connaissance des gestes de premier secours

Les résultats attendus

- Développer les formations « apprendre à porter secours » pour former aux bons réflexes dès le plus jeune âge
- Développer les formations de secours vers les Aidants Familiaux et les Professionnels de santé, notamment en EHPAD
- Mettre à disposition des usagers du système de santé d'Occitanie des informations régulières et adaptées pour connaître l'offre de soins en proximité et s'orienter correctement dans celle-ci
- Mettre à disposition des usagers des informations et formations régulières et adaptées pour pouvoir porter secours

En pratique

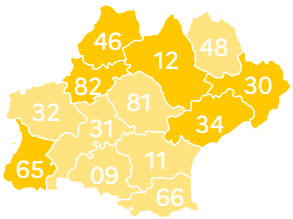
- Mettre en place avec l'aide des CESU une formation AFGSU pour tous les professionnels paramédicaux des EHPAD et Aidants Familiaux
- Développer des programmes en lien avec l'Education Nationale et les CESU pour développer les formations apprendre à porter secours et donner les bons réflexes dès le plus jeune âge
- Permettre à tous les usagers d'Occitanie de localiser les défibrillateurs cardiaques en démocratisant l'usage, la mise à jour et la connaissance de la base Géo DAE (Défibrillateur Automatisé Externe)
- Mettre en place des campagnes d'information et de formation pour reconnaitre les premiers symptômes d'un AVC

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usager

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement
Cancer
Handicap
Maladies chroniques
parents enfants vulnérables
Violences et santé



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #5

Promouvoir les droits des usagers dont les proches aidants et en faire un tremplin pour leur engagement dans les projets qui les concernent

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

Malgré un arsenal réglementaire important, la perception de l'usager du respect de ses droits reste en demi-teinte. Particulièrement sur le partage de l'information utile à son adhésion au parcours qui lui est proposé et sur les modalités de partage de l'information utile à la continuité des soins. Le déploiement en cours de Mon espace santé va devenir un outil primordial pour ces partages mais il ne peut pas remplacer le partage en face à face et la nécessité de rester attentif à la part des personnes qui n'y ont pas accès. Pour être acteur de son parcours la personne devrait avoir un « passeport » avec les documents qu'elle partage avec ses soignants de proximité par voie numérique ou sous format papier.

Leviers

Importance de développer les savoirs numériques des personnes afin qu'elles utilisent ces outils.

Proposer des actions en direction des personnes hospitalisées et/ou accompagnées mais aussi des proches pour les sensibiliser et les impliquer particulièrement dans la sécurité et la qualité des soins dont les bonnes pratiques d'identitovigilance.

L'objectif

Faire progresser le respect des droits des usagers et personnes accompagnées, reconnaitre les personnes comme des acteurs à part entière pour leur permettre de s'engager pleinement dans les projets qui les concernent (projet de vie, projet de santé, amélioration des parcours, amélioration des organisations, adaptation des politiques publiques aux besoins et attentes, …)

Les résultats attendus

Des usagers de la santé outillés pour être acteurs et contribuer à l'amélioration du système de santé

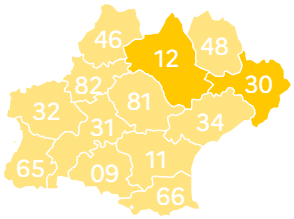
Une amélioration de « l'expérience patient » et des risques atténués

Thèmes associés

Personne, citoyen et usager
PRAPS
Prévention, promotion de la santé
Qualité sécurité pertinence
Santé environnement
Soins primaires
Transformation numérique
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel #6

Adapter la communication au public cible avec des modalités tenant compte de leurs aptitudes

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

Les moyens de communication sont aujourd'hui multiples et variés, toutefois nombre d'entre eux passent par des outils numériques qui ne sont pas toujours accessibles à tous soit en raison d'une couverture territoriale de la fibre encore incomplète, soit en raison d'un coût financier trop important ou encore en raison de difficultés à interagir avec le numérique (17% de la population française selon l'INSEE).
La transmission écrite de l'information n'est d'ailleurs pas toujours la solution car 7 % de la population adulte âgée de 18 à 65 ans ayant été scolarisée en France a des difficultés avec l'écrit (INSEE).
Pourtant l'enjeu d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant sa santé est primordial et touche aussi la compréhension de l'organisation du système de santé.

L'objectif

Rendre l'information accessible à tous en diversifiant les supports d'accès à l'information en santé pour les rendre plus accessibles, plus compréhensibles à tous : transcriptions de documents d'information en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) à élaborer avec les publics concernés, adaptation des documents/outils au public cible avec leurs représentants et les associations qui les accompagnent, mise à disposition de supports alternatifs tels que vidéos, dessins, …
Inciter les professionnels du système de santé et les administrations à mettre à disposition des publics des informations en formats alternatifs en leur facilitant la connaissance et la prise en main de ces outils

Les résultats attendus

Une population d'Occitanie mieux informée dans le domaine de la santé, mieux équipée pour participer aux décisions qui la concerne en premier lieu dans le domaine de la santé
Des professionnels plus sensibilisés aux difficultés rencontrées par certains publics

En pratique

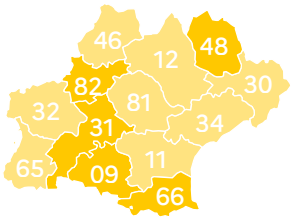
Vidéos du Tuto'tour de la grossesse : Vidéos ludiques et pratiques pour les femmes enceintes qui souhaitent mieux comprendre et mieux vivre leur grossesse, plus de 25 vidéos mises en ligne depuis 2017 (plus de 10000 vues pour les premières d'entre elles)
Santé BD : Des outils pédagogiques expliquant la santé avec des dessins et des mots simples, pour mieux comprendre la santé, avoir moins peur pendant les consultations …

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Santé environnement
Personne, citoyen et usager
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Qualité sécurité pertinence
Transformation numérique
PRAPS

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

7% de la population française a des difficultés avec l'écrit

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #7

Enrichir la démocratie en santé par une participation citoyenne à l'élaboration des politiques publiques (fabrique citoyenne…)

Le défi à relever

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé

Les constats

Les démarches associant les citoyens au processus de décision politique se sont progressivement développées depuis la fin du siècle dernier, sous des formes multiples (budgets participatifs…) tant localement que nationalement, pour répondre au moins en partie à une demande sociétale. Si dans certains domaines la consultation citoyenne relève d'une obligation règlementaire, ce n'est pas le cas dans le secteur de la santé pour lequel il existe une démocratie représentative reposant sur une assise réglementaire forte, via les instances nationales, régionales, territoriales et dans les structures.

Compte tenu des attentes fortes des citoyens en termes d'accès à des soins et des accompagnements de qualité, de leurs idées pour faire évoluer le système vers une meilleure prise en compte des parcours de vie et du quotidien de chacun, il est souhaitable de faire le lien entre les instances de démocratie en santé et une participation citoyenne complémentaire dynamique.

L'objectif

Engager les citoyens/habitants volontaires dans des démarches de démocratie participative en proximité et en lien avec les acteurs locaux, et par une voie numérique sur l'ensemble du territoire régional.

Aller vers des publics plus éloignés de l'exercice de participation en leur proposant de s'impliquer dans des démarches construites pour eux et avec leurs représentants

Co construire des solutions avec les acteurs et les citoyens qui sont concernés par ces solutions

Les résultats attendus

Un système de santé répondant mieux aux besoins et attentes des citoyens/habitants

Une population d'Occitanie plus impliquée

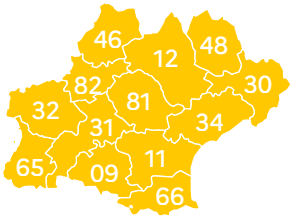
En pratique

Consultation numérique des citoyens d'Occitanie sur la santé environnementale

Ateliers citoyens sur la crise sanitaire Covid

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers



Objectif à vocation régionale

DÉFI #2

Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable

Les enjeux

Chaque citoyen, qu'il vive avec un handicap ou qu'il soit en situation de dépendance, a des droits, des projets et des aspirations. Exercer tel métier plutôt qu'un autre, vivre en autonomie dans un lieu de son choix, exercer une activité de loisir, sportive, citoyenne ou culturelle, vivre en couple, pouvoir rester chez soi aussi longtemps qu'on le souhaite, permettre aux aidants d'accompagner leurs aidés dans les meilleures conditions possibles.
Pour faire intervenir des aides adaptées et construire ces projets de vie globaux, il faut être positionné en capacité de formuler ses choix, exprimer ses propres besoins, connaître les opérateurs qui peuvent y répondre et organiser la réponse à ceux-ci. Il est donc nécessaire de passer d'un système où l'offre de réponses détermine les parcours de vie, à un modèle où la demande est renforcée et possède un pouvoir d'action plus fort sur le cours de sa propre vie et l'offre territoriale.
Or, cette étape de formulation des choix et d'accompagnement dans ces derniers, est souvent empêchée en raison d'une méconnaissance des possibilités, du non-respect des choix exprimés de la part des environnements, ou d'une limitation du champ des possibles.

Il convient donc de :

- Soutenir l'expression des choix de vie des personnes concernées,
- Favoriser une plus grande modularité des solutions possibles, notamment en passant par l'interpénétration entre le secteur médico-social et les acteurs du milieu ordinaire dans une logique d'inclusion, de diversification de l'offre et d'adaptation au projet de vie global de la personne
- Soutenir les aidants en renforçant les prestations existantes et en leur assurant une plus grande visibilité
- Poursuivre la transformation des lieux d'hébergement médico-sociaux en tenant compte des attendus des personnes qui y sont hébergées, selon une logique domiciliaire, inclusive et adaptée aux besoins.

Les objectifs opérationnels

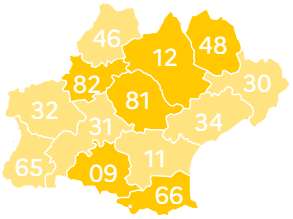
- Soutenir les aidants et améliorer l'offre de répit en mobilisant les acteurs du territoire
- Garantir l'expression et le soutien des choix de vie des personnes dans une visée inclusive
- Penser les ESMS de demain selon les besoins des personnes

Thèmes associés

Personne, usager, citoyen

Parcours associés

Handicap
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Mots clés

Parcours Inclusion
Auto-détermination
Répit

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #2

Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable

LA PAROLE AUX CITOYENS

Être aidant fatigue particulièrement.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Les personnes n'ont pas toutes besoin de médicaments ou d'opérations, elles ont aussi et parfois essentiellement besoin d'écoute, de conseils, de soutien moral, de comprendre et de faire les bons choix.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Tout le monde n'a pas de smartphone et/ou n'est pas en mesure de se servir d'un ordinateur pour accéder, par exemple, à une téléconsultation.
Le grand'âge, même en ville, a des difficultés de déplacement.

Participant des Hautes-Pyrénées
à la consultation digitale

Je trouve inconcevable qu'en 2023 en France, les professionnels de santé ne soient pas obligés d'exercer dans des lieux accessibles aux personnes à mobilité réduite.
Je suis en fauteuil roulant et j'ai du mal à trouve un dentiste, un ophtalmologue, un gynécologue...

Participant du Lot
à la consultation digitale

Avoir recours à des médiateurs en santé en particulier pour les populations les plus défavorisés et les personnes fragiles qui ne veulent plus sortir de chez eux : "aller vers".

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

Pour mon père âgé, j'ai eu des difficultés à trouver des aides à domicile pour le quotidien et à comprendre les parcours de soins pour personnes âgées (accès à des bilans pour l'évaluation de la mémoire par exemple, ou le niveau d'autonomie, avec les aides qui peuvent être proposées).

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel #1

Soutenir les aidants et améliorer l'offre de répit en mobilisant les acteurs du territoire

Le défi à relever

Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable

Les constats

L'offre de répit permet de proposer un relai aux aidants afin qu'ils puissent exercer leur droit au repos, prendre du temps pour eux mais également faire face aux imprévus ou impératifs de la vie quotidienne. L'offre de répit peut également permettre aux personnes accompagnées de changer de cadre de vie. Les solutions de répit peuvent ainsi prendre différentes formes parmi lesquelles : les dispositifs d'information et d'écoute, le soutien à domicile, l'accueil temporaire, les séjours de vacances, etc.

D'une manière générale et quel que soit le profil de l'aidant, on constate aujourd'hui une couverture inégale en matière d'offre dédiée au répit et un besoin de rendre plus lisible et visible les solutions existantes (pour aidés et aidants) sur les territoires, tout acteur confondu (aides individuelles et partenaires de droit commun spécifiques au secteur de l'enfance)

Concernant plus spécifiquement le parcours Handicap, on relève :

- Une tension sur l'offre pérenne, particulièrement dans le champ de l'enfance conduisant à complexifier les situations individuelles en l'absence de solution satisfaisante dans des délais raisonnables ;
- Une politique en faveur de l'inclusion des personnes vivant avec un handicap pouvant être soutenue par l'offre de répit et l'aide aux aidants.

L'objectif

Poursuivre, voire renforcer, le développement et la structuration d'une offre de répit en région au bénéfice des personnes vulnérables et leurs aidants au plus près de leurs besoins.

Animer et rendre lisible et visible cette offre spécifique.

Les résultats attendus

- Renforcer les solutions de répit pour les enfants et adultes en situation de handicap de la région et articuler la politique régionale répit avec les différentes initiatives portées par les acteurs engagés dans l'aide aux aidants et notamment les partenaires du milieu ordinaire ;
- Favoriser une mobilisation de l'offre de répit en prévention d'une dégradation des situations individuelles ;
- Assurer une meilleure visibilité et articulation de l'offre de répit sur les territoires pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, fédérer les acteurs concernés.

En pratique

Création de nouvelles unités de répit pour les enfants en situation de handicap afin de compléter le maillage régional, avec un rôle d'accueil des enfants mais aussi une fonction de soutien des aidants dans la recherche d'information sur l'offre de répit du territoire et de solutions adaptées.

Renforcement du rôle de MND Occitanie qui, parmi l'ensemble de ses missions, doit fédérer les PFR et accompagner le déploiement de communautés d'acteurs comme par exemple les Pôles partenaires aidants.

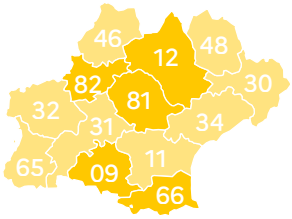
Développement d'offres de répits partagés vacances dans chacun des départements de la région Occitanie

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

8,3 millions de personnes en France aident dans les actes de la vie quotidienne, soit environ **713 000** en Occitanie (proportionnellement à la population Occitane)

Source : Rapport IGAS décembre 2022 « Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit »

Mots clés

Aidant
Répit

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Garantir l'expression et le soutien des choix de vie des personnes dans une visée inclusive

Le défi à relever

Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable

Les constats

L'offre de réponses spécifiques, spécialisées, sécurisantes détermine souvent le choix des personnes vivant avec un handicap, et la demande est encore trop fréquemment contrainte de s'adapter à ce qui est possible et proposé. Or, la question du libre-choix ne peut s'affranchir de la nécessité de la multiplication des possibilités offertes aux personnes et de l'effectivité des droits et ce, depuis l'environnement de vie de la personne en première intention. Ainsi, malgré le développement sans précédent de l'école inclusive, de nombreuses actions restent encore à mener pour aller vers une réelle hybridation entre secteur médico-social et école amplifiant le champ des possibles. Par ailleurs, ce sont les acteurs de l'enfance au sens large qui doivent être appuyés pour garantir l'accès effectif des enfants en situation de handicap au champ des loisirs et de l'éducation informelle. La transition vers l'âge adulte reste encore trop souvent insuffisamment outillée de périodes de test, d'essai, et d'auto-projection, ce qui conduit à la persistance d'un nombre importants d'amendements Creton ou d'orientations médico-sociales vers des structures adultes, non mises en œuvre par les usagers. Enfin, certaines dimensions du projet de vie global restent encore insuffisamment soutenues aux âges charnières : diversité des modèles de logement possibles, accès à une vie affective et sexuelle, accompagnement à la parentalité.

L'objectif

La transformation inclusive profonde de notre société requiert d'agir sur trois axes complémentaires :

- Soutenir la personne en situation de handicap dans l'expression et la réponse à ses besoins
- Soutenir les acteurs du droit commun dans la meilleure prise en compte des besoins des personnes vivant avec un handicap
- Soutenir les acteurs médico-sociaux dans la transformation de leurs interactions avec le milieu ordinaire.

Les résultats attendus

- Des dispositifs d'appui à l'auto-détermination dans chaque département,
- La poursuite de l'amélioration qualitative et quantitative d'accueil de l'enfant en situation de handicap dans les lieux de droit commun (école, centres de loisirs)
- Une amélioration de la prise en compte du projet de vie du jeune adulte en situation de handicap, dans l'ensemble de ses dimensions

En pratique

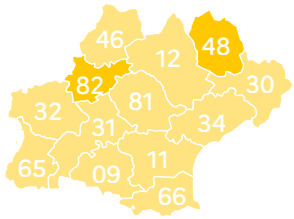
Développement des postes de facilitateurs de choix de vie ; développement de solutions médico-sociales dans l'école ; soutien d'acteurs du droit commun améliorant qualitativement leur capacité d'accueil des personnes vivant avec un handicap (accès aux loisirs, accès à l'emploi) ; développement du projet Intimagir et d'un dispositif d'appui à la parentalité ; soutien des actions concourant à l'amélioration de l'insertion des jeunes dans leur vie d'adulte.

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Mots clés

Auto-détermination
Inclusion

Objectif Opérationnel #3

Penser les ESMS de demain selon les besoins des personnes

Le défi à relever

Soutenir l'expression et l'accompagnement du projet de vie de la personne vulnérable

Les constats

L'intensité du défi démographique attendu d'ici 2030, conséquence d'un vieillissement majeur de la population, nous engage à garantir une offre d'hébergement adaptée pour cette nouvelle génération de séniors. Face à ces enjeux, l'ARS a reçu une enveloppe de plus de 100M€ dans le cadre du Ségur de la Santé 2021-2024 pour renforcer et développer une offre d'EHPAD répondant aux besoins de demain, c'est à dire de véritables lieux de vie, tournés vers l'extérieur et en capacité de s'adapter aux défis climatiques.

Concernant le secteur handicap, l'architecture actuelle des établissements médico-sociaux a été pensée il y a plusieurs décennies selon une logique institutionnelle, soignante et compensatoire. Une période importante de renouvellement de ce bâti s'ouvre avec l'enjeu de penser, en premier lieu, l'épanouissement de la personne et la pleine appropriation de son environnement pour que celui-ci devienne capacitant.

L'objectif

Dans le cadre des investissements Ségur en EHPAD, l'objectif est d'engager et de soutenir la transformation et la modernisation de l'offre d'hébergement en EHPAD à travers le prisme des orientations des « EHPAD nouvelle génération » définies par la CNSA[7] permettant de s'adapter au projet de vie de la personne et garante d'une qualité de vie au travail des personnels de la structure.

Dans le champ du handicap, se saisir de l'opportunité actuelle de l'ancienneté du bâti médico-social, pour associer les opérations de reconstruction à une réflexion sur une architecture au service du projet de vie de la personne et de ses besoins spécifiques, dans une visée résolument inclusive et adaptative.

Les résultats attendus

Pour le secteur personnes-âgées : co-construire la transformation et la modernisation de l'offre d'hébergement en EHPAD avec l'ensemble des institutionnels, professionnels, résidents, familles, et usagers du territoire ; accompagner les acteurs du secteur dans cette transformation de l'offre ; et soutenir l'ouverture de tiers-lieux en EHPAD.

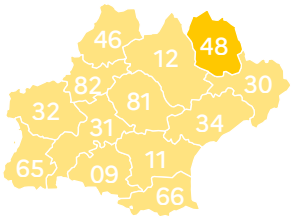
Pour le secteur du handicap : Une augmentation significative des opérations de reconstruction répondant aux objectifs suivants : co-construction du projet avec les usagers, soutien d'une porosité effective entre l'ESMS et le milieu ordinaire, adaptation du projet architectural à tous les âges de la vie (exemple de MAS accueillant des personnes de 20 à 70-80 ans), un bâti intégrant l'objectif de prévention des troubles du comportement et de soutien du pouvoir d'agir des personnes.

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

100 M€
du Ségur de la Santé pour soutenir les investissements immobiliers en EHPAD entre 2021 et 2024 en Occitanie

Mots clés

Ségur de la santé
EHPAD de demain
Tiers-lieux
ESMS handicap
Inclusion
Aidant

[7] Cf. Note n°6250/SG du Premier Ministre du 10 mars 2021 (lien) ; Circulaire n° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 (lien) ; Instruction du 25 avril 2022 (lien)

En pratique

- 10 tiers-lieux en EHPAD déjà financés par l'ARS et la CNSA où s'entrecroisent toutes les générations pour construire le « vivre–ensemble » et répondre au besoin d'ouverture sur l'extérieur des EHPAD et plus de 180 projets de reconstruction ou rénovation inscrits dans la programmation Ségur de l'ARS en partenariat avec les conseils départementaux.
- des ESMS enfants intégrés dans des groupes scolaires, des opérations architecturales pensées en amont avec les usagers (ateliers de co-design), des équipements/ implantations favorisant les interactions sociales avec la population

DÉFI #3 renforcer le partenariat entre les professionnels et les usagers du système de santé

Les enjeux

Au cours du Projet Régional de Santé 2018-2022, une dynamique forte s'est créée dans la région pour co construire les piliers du partenariat en santé en s'appuyant sur la complémentarité des expériences, savoirs et compétences des usagers* et des professionnels du système de santé.
Des outils ont été créés pour faire comprendre le partenariat en santé dans ses différentes dimensions et accompagner toutes les personnes qui souhaitent le mettre en œuvre.
Cette dynamique s'est concrétisée par la création du Centre Opérationnel du Partenariat en Santé qui agit pour diffuser la culture du partenariat en santé, qui appuie les équipes qui souhaitent s'engager dans cette démarche, qui évalue l'avancée du partenariat dans la région via un baromètre annuel.

L'enjeu au cours des 5 prochaines années est de renforcer ce partenariat pour qu'il diffuse à la fois au sein de chaque relation de soins ou d'accompagnement qui s'instaure et dans chaque établissement de santé, établissement ou service médicosocial et structure de premier recours.
C'est la diffusion de cette culture du partenariat en santé qui contribuera à l'amélioration des parcours de santé et de soins, des organisations, des formations, ….

En s'appropriant la recommandation de la Haute Autorité de Santé** chacun dans ses activités quotidiennes et dans les projets menés devra se demander pourquoi et comment associer à la réflexion les usagers et les acteurs, professionnels concernés et ce tant au niveau de la co-construction que de la co-décision, et de la co-mise en œuvre incluant l'évaluation.

* Dans ce défi, à chaque fois que le terme usager est utilisé il regroupe les patients, les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent
** https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_reco_engagement_usagers.pdf

Les objectifs opérationnels

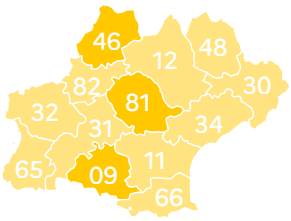
- Renforcer le rôle des patients partenaires dans la co-construction des parcours de soins
- Promouvoir le partenariat en santé et accompagner sa diffusion, en s'appuyant sur la dynamique du Centre Opérationnel du Partenariat en Santé (COPS) et de son comité des partenaires
- Créer, en mobilisant les patients partenaires ressources notamment, les conditions d'une participation active des personnes soignées, accompagnées, de leurs proches et de leurs associations, tant au niveau des politiques de santé que localement dans les structures et les dispositifs notamment de coordination

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Attractivité des métiers de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires

Parcours associés

Santé mentale
Handicap
Vieillissement
Maladies chroniques
Cancer



Défi priorisé par les territoires

Mots clés

Patient partenaire
Usager partenaire
Aidant partenaire
Professionnel en santé partenaire

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

renforcer le partenariat entre les professionnels et les usagers du système de santé

LA PAROLE AUX CITOYENS

Décloisonner les maisons de santé, en faire des espaces citoyens et associatifs dans lesquels on est acteurs et actrices de notre santé.

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Plus on donne du pouvoir au patient, plus on le rapproche du soin.

Participant à un atelier citoyen en Lozère

Une meilleure prise en charge par les médecins généralistes, plus centrée sur l'écoute et la compréhension du patient, l'intégrant pleinement dans son parcours de soin et œuvrant en "synergie" avec celui-ci.

Participant du Gard à la consultation digitale

Favoriser le partenariat avec les patients, les impliquer pour co-construire les projets de Santé..

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Il faut avoir l'idée d'un travail ensemble : il faut favoriser les liens entre professionnels de santé, patients, et acteurs externes..

Participant à un atelier citoyen en Lozère

Poser des objectifs de soins aux patients les rendre acteurs de la trajectoire de vie le professionnel devient un coach en santé et sort du rôle du sachant pur pour s'adapter à son patient.

Participant du Lot à la consultation digitale

Mieux former les professionnels de santé à prendre en considération l'expérience du patient quant à sa maladie et les difficultés auxquelles il est confronté. Cette posture d 'écoute et d'attention est nécessaire au processus de soin, et participe au moindre recours à de multiples consultations, voire aux urgences.

Participant du Tarn à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel #1

Renforcer le rôle des patients partenaires dans la co-construction des parcours de soins

Le défi à relever

Renforcer le partenariat entre les professionnels et les usagers du système de santé

Les constats

A ce jour, alors que la HAS promeut l'engagement, sous toutes ses formes, des personnes soignées ou accompagnées comme élément à part entière de la qualité des soins et des accompagnements, les parcours sont encore trop souvent construits sans les personnes les premières concernées.
La plus-value du patient partenaire dans la co-construction des parcours réside dans l'apport de ses savoirs issus de l'expérience du parcours et du vécu avec la maladie.
La France s'est dotée d'une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose depuis 2022 dans l'objectif de lutter contre l'errance diagnostique et d'améliorer le parcours des femmes concernées. Un élément clé de la qualité du parcours est l'association des femmes concernées par l'endométriose à sa construction.
Les modalités de reconnaissance de l'engagement de ces patients partenaires ont besoin d'être clarifiées.

L'objectif

L'objectif est de faire mieux correspondre les parcours aux besoins et attentes des patients en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. Il s'agit de mieux intégrer le parcours de soins dans le projet de vie.

Les résultats attendus

Diminution des risques de rupture de soins et d'accompagnement
Amélioration de la qualité de vie des personnes
Amélioration de la QVT des professionnels de santé
Amélioration de l'efficience des organisations

En pratique

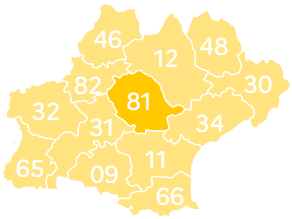
- GCS Aurores méditerranée : dans le projet médical co construction des parcours de soins médicaux et de réadaptation des filières oncologie, obésité-nutrition et personnes âgées polypathologiques
- Itinéraire maladie rare : une carte mentale pour trouver le chemin vers des solutions co construite avec des patients partenaires (dispositif régional Maladies Rares Occitanie)
- Construction du parcours patient dans une dynamique de partenariat en santé avec représentante des usagers et une patiente partenaire au Centre de Néphrologie Dialyse St Guilhem
- Au CHU de Nîmes, conception d'un programme ETP au sein du parcours endométriose avec l'intégration dans l'équipe d'une patiente partenaire, membre d'Endofrance

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques
Santé mentale
Handicap
Parent et enfant vulnérables



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

L'endométriose touche près de **10%** des femmes en âge de procréer en France

Mots clés

Patient partenaire
Aidant
Personne accompagnée
Partenaire
Parcours

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Promouvoir le partenariat en santé et accompagner sa diffusion, en s'appuyant sur la dynamique du Centre Opérationnel du Partenariat en Santé (COPS) et de son comité des partenaires

Le défi à relever

Renforcer le partenariat entre les professionnels et les usagers du système de santé

Les constats

Le partenariat en santé correspond à une demande sociétale qui s'amplifie pour plus de démocratie participative et de contribution des personnes et notamment des patients partenaires à l'amélioration du système de santé. Il en est largement tenu compte dans des évolutions règlementaires (certification des établissements de santé, évaluation qualité des établissements médicosociaux, code de l'Education, …)

En Occitanie une dynamique initiée lors du PRS précédent continue à s'élargir avec un réseau d'acteurs engagés (Comité des Partenaires du COPS) et la mise à disposition d'une plateforme ressource (https://partenariat-en-sante.org/)

De plus en plus d'organisations s'y engagent et les premiers témoignages montrent que les expériences de partenariat répondent aux aspirations des professionnels de la santé qui souhaitent retrouver le sens de leur engagement dans les métiers du soin et de l'accompagnement dans un contexte de tension en ressources humaines

Leviers :

Le Partenariat en Santé est perçu comme :

- Un levier de la qualité et de la sécurité des soins et des accompagnements
- Un moyen pour améliorer la Qualité de vie au travail et contribuer à la prévention des risques psychosociaux
- Un levier de l'amélioration de l'expérience patient

C'est aussi un changement considérable dans le management des organisations qui nécessite un engagement collectif des acteurs parties prenantes des projets.

L'objectif

Faire entrer dans le quotidien des acteurs la culture du Partenariat en Santé en les sensibilisant, en les formant, en les accompagnant et en les valorisant.

Les résultats attendus

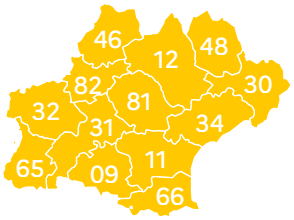
- une augmentation du nombre d'acteurs et de projets menés dans une démarche de Partenariat en Santé dans la région Occitanie.
- Une méthode de mesure d'impacts du partenariat en santé sur la qualité des soins et accompagnements, la qualité de vie des personnes concernées et la QVT des professionnels de la santé
- des patients formateurs dans les formations initiales et continues des professionnels de la santé en Occitanie
- un élargissement de l'offre de formation pour les patients/aidants, usagers et professionnels partenaires, adaptée aux besoins et compétences
- une émulation entre pairs

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Attractivité des métiers de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires

Parcours associés

Santé mentale
Handicap
Vieillissement
Maladies chroniques
Cancer



Objectif à vocation régionale

Mots clés

Patient partenaire
Usager partenaire
Aidant partenaire
Professionnel en santé partenaire

En pratique

- Un nouveau membre du Comité des Partenaires du COPS (IFCS Toulouse) organise un séminaire de sensibilisation auprès des futurs cadres de santé, en s'appuyant sur l'équipe opérationnelle du COPS
- La FECOP (membre historique) est accompagnée par le COPS pour la création du Guide de l'implication des usagers dans les soins primaires - Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) avec en perspective la co-construction d'une méthodologie d'accompagnement pour implémenter le partenariat en santé dans les MSP. France Assos Santé Occitanie est partie prenante de ce travail.
- Le CHU de Nîmes a inscrit le Partenariat en santé comme orientation stratégique dans le projet stratégique et partage son expérience hors des murs de l'établissement

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Créer, en mobilisant les patients partenaires ressources notamment, les conditions d'une participation active des personnes soignées, accompagnées, de leurs proches et de leurs associations, tant au niveau des politiques de santé que localement dans les structures et les dispositifs notamment de coordination

Le défi à relever

Renforcer le partenariat entre les professionnels et les usagers du système de santé

Les constats

L'implication des usagers et personnes concernées est amenée à s'amplifier pour contribuer à l'amélioration du système de santé dans ses différents secteurs dont les soins primaires, dans un contexte d' engagement dans le bénévolat qui s'atténue. Des projets continuent d'être menés du début à la fin sans associer les personnes concernées aux travaux.

L'engagement et l'implication des personnes soignées et personnes concernées ainsi que des aidants sont réels mais insuffisamment valorisés et optimisés.

La réflexion sur les compétences à mobiliser pour travailler en partenariat sur les projets est insuffisante.

Le cadre d'implication est souvent insuffisamment clarifié.

Leviers identifiés :

- Le soutien des structures et/ou organismes qui souhaitent intégrer des patients/aidants partenaires et les aider à lever les freins d'origine administrative est un des leviers pour leur participation aux projets.
- La clarification des conditions de l'implication des patients/aidants partenaires dont les modalités possibles d'indemnisation pour assurer leur participation dans le temps
- Le soutien du bénévolat

L'objectif

Faire connaitre les bonnes pratiques de l'engagement des usagers et accompagner leur appropriation par les porteurs de projets.

Faciliter l'engagement des usagers, patients et aidants partenaires, personnes accompagnées partenaires dans le système de santé,

- En respectant les bonnes pratiques,
- En leur donnant un cadre clair d'intervention (lettre de mission, pré requis, compétences recherchées par exemple)
- En leur proposant des formations leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour mettre en œuvre le partenariat en santé
- en envisageant une indemnisation ou encore une valorisation de leur engagement.

Les résultats attendus

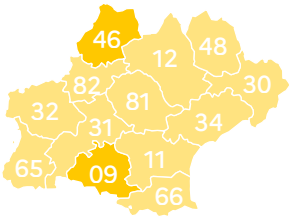
Faire progresser le nombre de projets pour lesquels les personnes concernées ont été associées dès la conception du projet, gage de qualité de la réponse apportée par la mise en œuvre du projet aux besoins et attentes des personnes.

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Prévention, promotion de la santé
Soins primaires
Qualité, sécurité, pertinence
Attractivité des métiers de la santé
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Handicap
Vieillissement
Maladies chroniques
Cancer
Parents et enfants vulnérables



Objectif priorisé par les territoires

Mots clés

Patient partenaire
Usager partenaire
Aidant partenaire
Professionnel en santé partenaire

En pratique
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2023/03/Infographie-Patient-expert.pdf
https://partenariat-en-sante.org/wp-content/uploads/2023/01/Fiche-COPS-agir-partenariat-etablissements-sante.pdf
à venir : le Guide HAS Conforter la reconnaissance sociale des usagers dans leur engagement en santé

DÉFI #4

Embarquer les personnes vers le numérique en santé

Les enjeux

Le numérique en santé doit permettre à chacun de mieux agir sur sa santé.
Dans cet objectif, l'Etat a développé un nouveau service public universel **Mon Espace Santé**. Carnet de santé numérique des Français, il est désormais ouvert pour 98% de la population. Grâce au programme Ségur Numérique, déjà 7 fois plus de documents de santé ont été envoyés aux citoyens en 2022 par rapport à 2021.
Il va permettre à chacun d'avoir recours à la prévention, de façon personnalisée, et d'améliorer le suivi de sa santé. Il facilite l'échange sécurisé entre patient et professionnels de santé par le partage de documents de santé et l'usage d'une messagerie sécurisée citoyenne.

Le numérique en santé doit aussi permettre d'améliorer l'accès à la santé aux usagers, notamment en ayant recours aux usages de la télésurveillance, dans les zones sous-dense ou pour des parcours de santé prioritaires.

L'amélioration de l'accès à la santé passe d'abord par l'accès à l'information sur l'offre de santé. L'information publique doit être fiable, pertinente et réactive aux enjeux du moment, accessible et réutilisable par d'autres. Elle est diffusée au travers du site Santé.fr, dont la promotion est à développer auprès des citoyens et des professionnels de santé.

Ces ambitions n'auront de sens que si les citoyens s'emparent des services numériques.
Des accompagnements sont à déployer pour que tous les citoyens s'approprient la santé numérique, en particulier les plus fragiles et les plus vulnérables.
Le numérique doit être inclusif et solidaire, pour ne laisser personne de côté. Il ne doit pas accroître les inégalités en matière de santé.

Les innovations en santé numérique qui émergent doivent bénéficier à tous. Il est alors indispensable d'accompagner les citoyens à leurs usages, au travers d'une stratégie d'inclusion numérique ambitieuse.

Les objectifs opérationnels

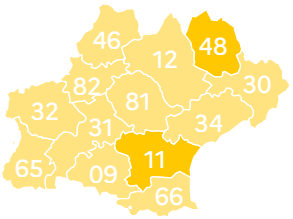
- Favoriser l'appropriation par l'usager de la télésurveillance médicale
- Développer les usages de Mon Espace Santé et l'offre de services associée

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS
Transformation numérique

Parcours associés

Cancer
Santé mentale
Handicap
Maladies chroniques
Parent et enfant vulnérables
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Mots clés

Mon Espace Santé
Prévention personnalisée
Télésurveillance
Inclusion numérique
Innovation numérique

DÉFI #4

Embarquer les personnes vers le numérique en santé

LA PAROLE AUX CITOYENS

Des êtres humains pour me répondre et non pas des applications ou autre système numérique.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

Le tout numérique créée une grave fracture pour les personnes âgées pourtant plus dépendantes des services de santé...

Participant du Tarn-et-Garonne à la consultation digitale

Déployer des outils (applications, sites internet, réseaux sociaux) d'aide pour prendre en main sa santé et sa santé mentale..

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Un tableau de bord numérique permettrait de générer des alertes pour reprendre des rendez-vous récurrents (rdv chez le dentiste pour un détartrage, un rappel de vaccination, dépistages...), exactement comme le contrôle technique automobile ;)

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

J'ai un espace Santé soit disant sur internet ou l'hôpital envoie mes analyses de sang. Je ne sais pas y accéder c'est trop compliqué pour moi. Je préfère recevoir mes analyses à la maison même si je dois payer le timbre.

Participant du Tarn à la consultation digitale

Une cartographie accessible à tous même pour les personnes éloignées du numérique et autres. Elle pourrait être consultable dans les maisons de santé, chez les médecins, spécialiste, accessible dans les Points Info Senior.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #1

Favoriser l'appropriation par l'usager de la télésurveillance médicale

Le défi à relever

Embarquer les personnes vers le numérique en santé

Les constats

Dernier kilomètre entre le patient et le système de santé, la télésurveillance médicale a fait l'objet d'expérimentations tant dans le cadre du programme national ETAPES que d'organisations innovantes selon l'article 51 de la LFSS 2018.

A compter du 1er juillet 2023, elle bénéficie d'un remboursement pour les 5 pathologies chroniques du programme ETAPES et d'une possibilité d'un remboursement anticipé pour de nouvelles pathologies utilisant des solutions numériques présumées innovantes.

La télésurveillance médicale possède un potentiel de transformation des organisations de santé et d'amorçage d'une prise en charge préventive et pas uniquement curative. Elle peut être une alliance à un programme d'éducation thérapeutique. Les professionnels de santé et les fédérations d'usagers ont un rôle primordial pour faciliter l'adhésion des patients.

Elle renforce également la coordination des différents professionnels de santé autour du patient.

Treize millions de français ne sont pas à l'aise avec le numérique. Cette situation doit être traitée par un accompagnement dans l'usage des services numériques pour ne pas exclure des patients.

L'objectif

Il s'agit d'impliquer le patient dans sa prise en charge par télésurveillance médicale pour améliorer, stabiliser ou suivre son état de santé.

Les résultats attendus

- Augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques pris en charge par télésurveillance médicale
- Diminution des séquences de soins de patients atteints de maladies chroniques (hospitalisations, passages aux urgences, transports, …)
- Ralentissement de l'augmentation des complications médicales pour les patients bénéficiant de cette pratique

En pratique

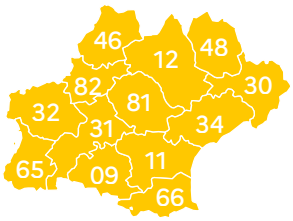
- Communiquer, avec l'Assurance maladie, auprès des patients atteints de maladies chroniques éligibles au remboursement.
- Organiser, avec les professionnels de santé et les patients, des évènements pour permettre des retours d'expérience pour sensibiliser de nouveaux patients et professionnels de santé.

Thèmes associés

Transformation numérique
Personne, citoyen, usagers
Soins primaires prévention, promotion de la santé
PRAPS
Qualité, sécurité, pertinence

Parcours associés

Maladies chroniques



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

+ de 1 million de patients en affection de longue durée en Occitanie

Source : SNDS -2021

L'activité de Télésurveillance médicale en Occitanie représente **8,8%** de l'activité nationale

programme ETAPES - Source: DAMIR (SNDS) - 2022

Objectif Opérationnel #2

Développer les usages de Mon Espace Santé et l'offre de services associée

Le défi à relever

Embarquer les personnes vers le numérique en santé

Les constats

Le numérique en santé connaît depuis quelques années une accélération portée par le Ségur Numérique. Le programme a permis de poser les conditions favorables au partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et avec le patient.
Mon espace santé, le carnet de santé numérique lancé en janvier 2022, est désormais ouvert pour 98% de la population. Son alimentation par les professionnels de santé progresse : plus de 33% des DMP sont aujourd'hui alimentés.
Un accompagnement à son utilisation au plus près des usagers et des réalités a été mis en œuvre par le GRADES E-santé Occitanie au travers du dispositif des ambassadeurs Mon espace Santé : 115 ambassadeurs informent et accompagnent aujourd'hui les citoyens occitans dans la prise en main de leur espace numérique de santé, en privilégiant les accompagnements de proximité, et en présentiel.
L'ambition est aujourd'hui de mettre le numérique au service de la santé et faire en sorte qu'il contribue à faciliter l'accès aux soins, à développer la prévention, à améliorer la qualité de la prise en charge et de permettre à chacun de mieux agir sur sa santé. Mon Espace Santé propose un bouquet de services référencés (20 solutions à date).

L'objectif

Chaque citoyen doit pouvoir bénéficier et utiliser les services numériques mis à disposition, avec cette vigilance : le numérique en santé ne doit pas aggraver les inégalités d'accès à la santé ou déshumaniser la prise en charge médicale.

Les résultats attendus

Augmentation des activations de Mon Espace Santé

En pratique

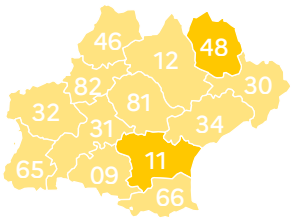
- Favoriser l'inclusion numérique des citoyens au travers des actions d'« Aller vers » du Réseau Ambassadeurs Mon Espace Santé.
- Accompagner l'information grand public sur les services numériques : quelles sont les solutions pour se faire accompagner, où s'adresser pour être accompagné en tant que citoyens ?

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence

Parcours associés

Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Handicap
Vieillissement
Maladies chroniques
Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Près de **12%** des citoyens ont activé le service Mon Espace Santé

Chiffres nationaux Assurance Maladie

1,5 document déposé dans Mon Espace Santé, en rythme annuel

Chiffres Occitanie – janv. 2023

3

ENGAGEMENT

Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires

Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires

3 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes **82**
DÉFI #2
Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences **95**
DÉFI #3
Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences..... **101**
DÉFI #4
Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale..... **106**
DÉFI #5
Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne **114**

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les enjeux

Permettre à tous les citoyens d'accéder à une offre de soins de proximité de qualité constitue une ambition forte de l'ARS Occitanie centrée sur la consolidation de l'exercice coordonné et le développement des pratiques innovantes, autour de trois axes de travail :

- Favoriser l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé : poursuivre le déploiement sur tous les territoires des structures d'exercice coordonné (Maisons de Santé Pluri professionnelles, Equipes de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, en lien avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination, les structures d'Hospitalisation à Domicile, les hôpitaux de proximité, …) dans un souci de continuité de l'offre (en ville, en établissement de santé, en Etablissement et Service Médico-Social) ;
- Accompagner l'évolution des pratiques : développer des nouvelles formes de prise en charge, des nouveaux métiers favorisant l'accès aux soins et la déclinaison des projets de soins (protocoles de coopérations, IPA, auxiliaires médicaux, usages de la e-santé, …) ainsi que l'innovation technologique et organisationnelle afin de faciliter l'orientation des patients et la coordination de leurs parcours.
- Adapter la formation : adapter qualitativement et quantitativement l'offre de formation pour l'ensemble des professionnels et en particulier ceux souhaitant s'inscrire dans les nouveaux métiers de la santé (infirmiers Asalée, Infirmiers de Pratique Avancée, …) et favoriser leur installation sur les territoires.

Cet enjeu permettra de construire des solutions pour optimiser le temps passé avec les patients, limiter le temps administratif et rendre effective la notion d'équipe traitante.

Les objectifs opérationnels

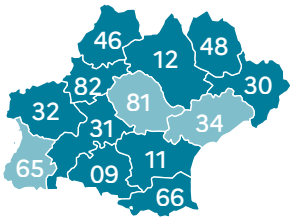
- Renforcer et faire connaître les dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité dans une démarche d'« aller vers »
- Veiller à rendre l'innovation en cancérologie accessible à tous (diagnostic et thérapeutique - technologique et organisationnelle)
- Améliorer l'accompagnement global des patients atteints de cancer en termes d'accessibilité, de qualité et d'évolutivité de l'offre de soins de support
- Permettre une accessibilité graduée aux soins des personnes vivant avec un handicap
- Développer la notion d'équipe traitante pluri-professionnelle tout en recentrant l'activité sur les actes essentiels - " le bon professionnel pour le bon acte "
- Faciliter l'accès à la télésanté (télémédecine et télésoin)
- Favoriser l'entrée dans un parcours de santé pour lutter contre le renoncement aux soins et répondre aux besoins prioritaires aigus ou chroniques (transports, accès à un médecin traitant, consultations non programmées…)
- Améliorer la coordination des professionnels et l'accès aux soins grâce à des solutions de transport partagé et inclusif

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Soins primaires
Soins hospitaliers
Transformation numérique
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

DÉFI #1

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

LA PAROLE AUX CITOYENS

Médecin traitant trouvé dans une maison de santé qui permet d'avoir des RDV en urgence (organisés par la maison de santé, qui a un médecin dédié aux RDV urgents) : fonctionnement en collectif permet cet accès rapide, très bien...

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Une réelle coordination entre professionnel de santé de ville et hospitaliers sans que le patient soit l'intermédiaire de la communication.

Participant du Gard à la consultation digitale

Développer les téléconsultations avec des médecins à distance mais avec un professionnel de santé (autre qu'un médecin) présent pour l'examen physique.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Des consultations avancées dans les territoires éloignés des métropoles (CHU) par les professionnels spécialistes de certaines pathologies.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

S'appuyer davantage sur les infirmières libérale qui font déjà un travail énorme de coordination de maintien de l'autonomie et de gestion de la maladie dans des zones de désertification médicales.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

L'appui des assistants médicaux devrait être davantage développé afin de dégager du temps médical qui permettrait aux médecins de prendre des nouveaux patients.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#1**

Renforcer et faire connaître les dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de précarité dans une démarche d'«aller vers »

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les constats

Depuis plusieurs années, les différents projets et programmes soulignent l'intérêt du « aller-vers » pour intervenir en amont, avant que les difficultés ne soient installées.
Il s'agit de réduire la distance physique (« le dernier kilomètre », selon le Haut Conseil de la Santé Publique) mais aussi administrative et sociale en développant l'accessibilité réelle, et en créant un lien de confiance durable avec les personnes.
Sous l'impulsion de la mesure 27 du Ségur de la Santé, des moyens sont mis en œuvre pour développer de nouvelles modalités de réponse « d'aller-vers » visant à une meilleure prise en charge des personnes à la rue et en structure d'hébergement, grâce à des équipes mobiles dédiées offrant des soins infirmiers et une prise en charge médico-sociale courte ou longue.

L'objectif

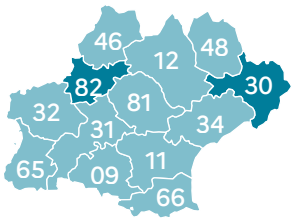
Il s'agit d'encourager et d'amplifier les démarches d'« aller-vers », tant dans les modalités d'intervention qu'à destination des publics précaires et notamment auprès des personnes « invisibles », afin de restaurer une relation avec le système de santé et ses acteurs.
L'objectif est de garantir une régulation et une visibilité de l'« aller-vers », en prenant en compte les spécificités des territoires et en visant une meilleure complémentarité entre les différentes solutions.
Il convient, par ailleurs, d'assurer une continuité (régularité, fréquence) dans les interventions, de créer un lien et de l'entretenir.
L' « aller-vers » doit se construire de manière pérenne et s'inscrire dans la durée.

Les résultats attendus

Accompagner un maximum de personnes les plus éloignées du système de santé ainsi que les personnes « invisibles », afin de les orienter et de leur donner accès aux dispositifs spécifiques, puis progressivement de les (r)amener à une prise en charge dans le droit commun tant au niveau de l'accès aux droits que de l'accès aux soins.

Thèmes associés

PRAPS



Objectif priorisé par les territoires

En pratique

Déploiement d'équipes mobiles médico-sociales, d'équipes mobiles santé précarité : Lits Halte Soins Santé (LHSS) mobiles, de jour, Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP), Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), Appartements de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs (ACT HLM)

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) avec des actions Hors Les Murs

Création de « PASS de ville » (cf. nouveau Cahier Des Charges) Equipes mobiles Caisses primaires d'assurance maladie – Caisses d'allocations familiales (CPAM-CAF),

Autres dispositifs d'équipes mobiles ou d'aller-vers (ciblage Prévention Promotion de la Santé) : bus itinérant (bus Prévention, voire bus Santé, selon le périmètre des interventions proposées) …

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Veiller à rendre l'innovation en cancérologie accessible à tous (diagnostique et thérapeutique - technologique et organisationnelle)

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les constats

Ces dernières années, le domaine de la cancérologie a fait l'objet de nombreuses innovations diagnostiques et thérapeutiques avec notamment les data, l'intelligence artificielle, les thérapies géniques, l'immuno-oncologie, la génomique, le séquençage de l'ADN …

L'essor de ces innovations permet des alliances inédites de la génétique, des data, de l'imagerie numérique, de la bio-informatique, de la modélisation … qui amène à une compréhension fine de la maladie et de ses mécanismes, offrant des stratégies diagnostiques et thérapeutiques individualisées et sur-mesure, en fonction des caractéristiques génétiques de l'individu, de la biologie de sa tumeur, de sa situation sociale, de ses paramètres cliniques et de son état de forme du moment.

Ainsi, cette médecine de précision personnalisée a un impact majeur pour les patients, mais aussi pour notre système de santé, en permettant d'offrir aux patients, dont les enfants, adolescents et jeunes adultes, les meilleurs soins possibles avec pour objectif cible :

- Guérir mieux par le diagnostic précoce, par la désescalade, la pertinence et l'innovation thérapeutiques afin de limiter au maximum les complications et les séquelles,
- Guérir plus, en développant de nouveaux traitements dans le cadre d'essais cliniques, y compris pour les cancers rares et ceux de mauvais pronostic.

Toutefois, cette médecine de précision, principalement concentrée dans des centres de référence, demeure encore une médecine d'exception inégalement accessible sur notre territoire. Pour ces cinq prochaines années, les travaux menés devront favoriser une équité d'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques, mais aussi d'accès aux essais cliniques et ce notamment, dans les territoires éloignés des grandes métropoles.

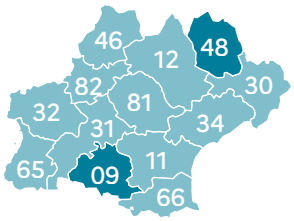
L'objectif

Rendre la médecine de précision accessible à tous et aider au consentement éclairé en offrant une meilleure lisibilité aux innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles probantes, mais aussi aux recherches cliniques.

- Favoriser le transfert et l'appropriation de l'innovation entre tous les acteurs de santé autour du patient en établissement de santé tout comme en proximité pour faciliter l'accès aux thérapeutiques les plus pertinentes
- Faciliter l'accès aux essais cliniques par une amélioration de leur visibilité, par un meilleur accompagnement des professionnels de santé hors CHU pour inclure et adresser des patients et par une diffusion de l'information aux associations de patients sur les essais cliniques ouverts
- Accompagner le partage de compétences, de techniques, d'algorithmes et d'organisations entre établissements autorisés en cancérologie pour optimiser le déploiement de prises en charge ayant fait preuve de leur intérêt dans la désescalade thérapeutique.

Parcours associés

Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Les résultats attendus

Un accès facilité à la médecine de précision en proposant une équité d'accès aux innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles sur les territoires, y compris en milieu rural, afin de permettre au plus grand nombre de patients de recevoir des soins les plus intégrés à leur parcours de vie reposant sur des interventions moins invasives, moins handicapantes, moins douloureuses.

Cette médecine d'exception se doit de devenir une médecine pour tous avec pour cible une moindre toxicité et des effets secondaires atténués pour in fine améliorer la qualité de vie des patients et réduire le risque de second cancer.

En pratique

- Accompagner l'essor des traitements par anticancéreux oraux tout en veillant à la mise en place d'une vision globale tant hospitalière que de soins primaires dans le suivi de l'observance et des effets indésirables
- Optimiser l'accès aux chimiothérapies sous-cutanées et à l'immunothérapie en Hospitalisation A Domicile (HAD) pour favoriser les alternatives aux séances pouvant être réalisées au domicile du patient
- Partager les pratiques de radiothérapie hypo fractionnée validées (sein, prostate, rectum …) en lien avec l'appel à Projets de l'Institut National du Cancer (INCa) "Désescalade thérapeutique"
- Soutenir la mise en place de la numérisation des examens d'anatomocytopathologie et l'interfaçage entre les différentes plates-formes de diagnostic avec un développement de l'intelligence artificielle

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Améliorer l'accompagnement global des patients atteints de cancer en termes d'accessibilité, de qualité et d'évolutivité de l'offre de soins de support

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes

Les constats

Les soins oncologiques de support (SOS), partie intégrante du traitement du cancer, permettent d'avoir une approche globale de la personne malade en prenant en compte la diversité de ses besoins et de ceux de son entourage. Les SOS ont un impact sur la durée de vie et la qualité de vie des patients en luttant contre les effets secondaires des traitements et les conséquences immédiates ou de plus long terme du cancer ou des traitements de la maladie, en réduisant la souffrance physique ou psychologique et en rompant l'isolement social.

En 2020, le baromètre Odoxa/Amgen AFSOS1 rapportait que 7 Français sur 10 n'avaient jamais entendu parler de SOS. Par conséquent, au-delà de la définition du panier des SOS, l'offre, ainsi que sa lisibilité doivent être optimisées pour en assurer un accès minimal et de qualité à tous les patients.

Face à ce constat, l'INCa a publié en 2020 un référentiel organisationnel des soins de support afin d'homogénéiser l'accès aux SOS et d'améliorer leur qualité sur l'ensemble du territoire. On y retrouve notamment des grilles de repérage des besoins en phase active de traitement et post-traitement à destination des professionnels de santé et des patients.

Au-delà d'un travail d'acculturation des professionnels de santé aux SOS et d'accompagnement pour optimiser l'usage des grilles de repérage des besoins, il sera nécessaire de renforcer la communication autour des SOS auprès des patients et des familles et d'identifier les bonnes structures et/ou professionnels libéraux qualifiés proposant des SOS afin de pouvoir orienter les patients atteints de cancer ainsi que leurs proches aidants.

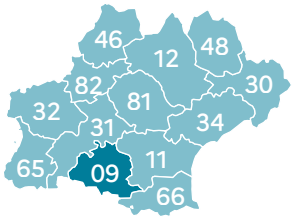
L'objectif

Permettre à tous les patients atteints de cancer d'avoir accès à des SOS de qualité répondant à leurs besoins, quel que soit leur lieu de prise en charge, y compris au domicile, tout au long du parcours de prise en charge, du diagnostic à l'après traitement et à toutes les phases de la maladie et ce, y compris pour les proches aidants.

- Assurer aux personnes une information éclairée sur les SOS
- Proposer une offre de SOS adaptée et renforcée basée sur les besoins
- Assurer l'accès à des SOS le plus tôt et le plus en proximité possible
- Garantir la qualité, l'accessibilité et l'évolutivité de l'offre de SOS

Parcours associés

Cancer



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

23 % des patients interrogés se souviennent que les infirmiers référents leur ont proposé des SOS

Les SOS sont essentiellement proposés au stade avancé (**87 %**) contre **41 %** au stade adjuvant et **63 %** au diagnostic

76 % des Français jugent les soins oncologiques de support aussi importants que les traitements médicaux contre le cancer

Si **85%** des Français estiment que délivrer au patient des informations sur son traitement est une priorité, 72% considèrent que l'informer sur les soins oncologiques de support l'est tout autant.

Les résultats attendus

Garantir aux patients une prise en charge holistique intégrant, au-delà du traitement de la maladie, des soins et un accompagnement particulièrement adaptés à leurs besoins, visant à améliorer leur qualité de vie.

Moins de séquelles pour les patients atteints de cancer et pour leur famille par une objectivation et un repérage en temps réel de leurs besoins suivi d'une orientation rapide vers une offre de SOS pertinente, en proximité, adaptée à leurs besoins et régulièrement réévaluée, menant in fine à une meilleure qualité de vie :

- A court terme, pour lui permettre de mieux supporter cette période et de tirer le bénéfice maximal des traitements,
- A plus long terme, afin de favoriser le retour à une vie la plus proche possible de ce qu'elle aurait pu être sans la survenue du cancer.

En pratique

- Renforcer l'action de communication vers les patients sur les SOS (plaquettes, vidéos …) en lien avec le réseau de cancérologie
- Déployer le parcours global de soins après traitement d'un cancer dans une complémentarité avec l'ensemble des dispositifs existants
- Renforcer l'information en onco-fertilité et préservation de la fertilité notamment à destination des adolescents et jeunes adultes (AJA)
- Accompagner des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 testant des modalités de prise en charge financière de l'accompagnement au parcours de SOS, de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour des patients atteints de cancer …

93% des personnes interrogées pensent qu'un accompagnement après cancer devrait être systématiquement proposé

2e Baromètre AFSOS

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #4

Permettre une accessibilité graduée aux soins des personnes vivant avec un handicap

Le défi à relever

L'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap (PSH) nécessite une information et une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé pour les situations les plus courantes et l'organisation à l'accès à des dispositifs et des outils spécifiques pour les situations de handicap les plus complexes.

Les constats

Le secteur ne dispose toujours pas de données quantitatives exhaustives sur l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Toutefois les données d'Handifaction, retours d'informations des usagers, mettent en évidence les difficultés persistantes de réponses et de prise en compte des spécificités du handicap.

Les territoires disposent de professionnels engagés et d'initiatives portant des améliorations mais celles-ci ne couvrent pas tous les territoires ni toutes les situations de handicap, elles doivent être soutenues et diffusées.

Selon le rapport de l'IRDES 2015, les personnes vivant avec un handicap (PSH) ont un recours réduit aux soins en moyenne de :

- 17 points pour les soins gynécologiques
- 9 points pour l'accès aux soins dentaires,

De plus, le handicap est pluriel dans l'expression de ses besoins en soins et toutes ses dimensions doivent être prises en compte et accessibles aux professionnels de la santé.

L'objectif

Améliorer l'accès aux soins des PSH dans toutes ses dimensions : prévention, soins courants et soins spécialisés pour toute personne en situation de handicap.

Le parcours de soin d'une PSH recouvre des situations de soins très différentes selon l'âge, la situation et le type de handicap et le soin requis, ce qui implique une organisation des soins graduée et territorialisée.

Les résultats attendus

Une amélioration de l'accès aux soins tangible sur les résultats de l'enquête Handifaction, garante d'un retour des usagers de point de vue qualitatif et quantitatif.

En pratique

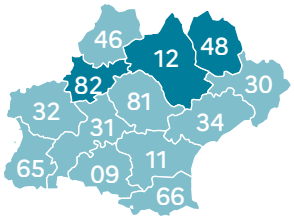
- Projet « Handi-Cap Santé »
- Déploiement des comités départementaux de la charte Romain Jacob.
- Renforcement et territorialisation des dispositifs des consultations dédiées.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers

Parcours associés

Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Refus de soins : **22%**

Abandon de soins : **16%**

Réponses obtenues : **89%**

Accompagnant accepté : **84%**

Douleur prise en compte : **76%**

Source : Handifaction 2022

Objectif Opérationnel **#5**

Développer la notion d'équipe traitante pluri-professionnelle tout en recentrant l'activité sur les actes essentiels « le bon professionnel pour le bon acte »

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.

Les constats

Plusieurs dispositifs déployés en France permettent de répondre au défi à relever : - Protocoles de coopération nationaux et locaux, Infirmiers en pratique avancée (IPA), Assistants médicaux.

Eléments de constats :

- Dynamique positive. Volonté et motivation des professionnels de santé pour les protocoles de coopération et la profession IPA.
- Insuffisance et hétérogénéité du déploiement en soins primaires des protocoles de coopération et des Infirmiers en pratique avancée.

L'objectif

Permettre à toute équipe pluri-professionnelle de mettre en place des organisations innovantes.

- Mise en place de protocoles de coopération nationaux et locaux.
- Augmenter le nombre de collaborations médecins-IPA.
- Augmenter le nombre d'assistants médicaux

Les résultats attendus

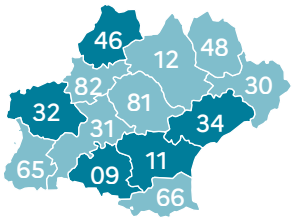
Une prise en charge globale du patient par une équipe traitante agissant de manière coordonnée.
Un gain de temps pour le médecin => Réduction du nombre patient sans médecin traitant.
Une fluidification du parcours de soins.
Une prise en charge plus rapide pour certains soins non programmés.

En pratique

- Promouvoir et accompagner les équipes dans la démarche d'ingénierie de projet, pour simplifier les adhésions en maintenant la qualité et sécurité des soins.
- Aider financièrement les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) du territoire qui souhaitent partir en formation IPA, anticiper leur retour de formation par des accords avec les médecins du territoire avant le départ en formation
- Informer les médecins généralistes sur les compétences des paramédicaux qui pourraient être déléguées

Thèmes associés

Soins primaires



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

145 IPA en Occitanie

245 collaborations médecin/IPA

+65% d'augmentation des adhésions aux protocoles de coopération depuis 2022

Seules **20%** des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) mettent en œuvre au moins un protocole de coopération.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#6**

Faciliter l'accès à la télésanté (télémédecine et télésoin)

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.

Les constats

Le cadre réglementaire évolue régulièrement pour permettre le développement de la télémédecine et du télésoin.
Cependant, la télémédecine reste encore cloisonnée car le plus souvent organisée par filière ou par type de population. Cette approche n'est pas toujours adaptée pour apporter une réponse aux besoins d'accès aux soins de la population à l'échelle d'un territoire. Malgré l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire, la télésanté est encore appréhendée comme une pratique contrainte, notamment du fait d'outils peu interopérables.
Par ailleurs, la fracture numérique ne se résorbe pas assez vite. L'absence d'un annuaire de professionnels de santé pratiquant la télésanté est identifiée comme un autre frein aux collaborations professionnelles.

L'objectif

La télésanté doit contribuer à l'approche populationnelle des parcours de soins dans le cadre d'une organisation territoriale de santé. Dans le respect des cadres réglementaires et des conventions avec l'Assurance maladie, l'objectif est de l'inscrire dans les pratiques médicales et soignantes et dans les projets médicaux de toutes les organisations territoriales.

Les résultats attendus

- La télésanté intégrée dans les projets médicaux.
- Le référencement des professionnels qui pratiquent la télésanté.
- La progression des usages, mesurée par l'augmentation du nombre de patients en affection de longue durée bénéficiant de la télésanté et du nombre de médecins pratiquant des téléconsultations

En pratique

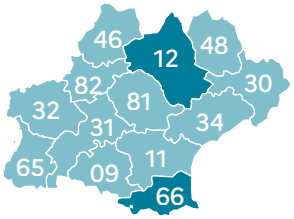
- Développer des usages gradués de la téléexpertise dans des parcours structurés.
- Développer la téléconsultation au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), pour les publics les plus fragiles, prioritairement en zone sous-dense
- Développer la télérégulation pour éviter le recours inapproprié aux urgences.
- Développer la télésanté pour des personnes vivant avec un handicap complexe, âgées en établissement ou à domicile.

Thèmes associés

Transformation numérique
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques
Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

4% de téléconsultations réalisées dans l'ensemble des consultations

La Téléexpertise en Occitanie représente **12,3%** de l'activité nationale

37% des médecins libéraux pratiquent la téléconsultation

**En Occitanie*
Source: DAMIR /SNDS – 2022

Objectif Opérationnel #7

Favoriser l'entrée dans un parcours de santé pour lutter contre le renoncement aux soins et répondre aux besoins prioritaires aigus ou chroniques (transports, accès à un médecin traitant, consultations non programmées…)

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.

Les constats

Le nombre de personnes sans médecin traitant tend à augmenter ce qui rend plus difficile l'accès à une consultation pour des soins non programmés et engendre des ruptures de parcours, notamment pour les personnes en Affections de Longue Durée (ALD). Par ailleurs, les visites à domicile ne sont plus suffisamment déployées ce qui posent des problèmes d'accès aux soins pour les personnes âgées ou les personnes vivant avec un handicap. Les transports restent aujourd'hui difficiles à mobiliser, que ce soit pour des retours à domicile en sortie des urgences ou pour se rendre à des consultations en proximité.

L'objectif

Améliorer l'accès aux soins pour des consultations ou des suivis chroniques en mobilisant l'ensemble des leviers permettant d'optimiser le temps médical et en travaillant des solutions innovantes ou expérimentales.

Les résultats attendus

- Faciliter l'accès à des consultations médicales pour des soins non programmés et éviter ainsi le recours aux urgences
- Réduire le nombre de personnes sans médecin traitant, en proposant plus particulièrement une solution pour les personnes en ALD en rupture de parcours
- Travailler sur des projets de santé communs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) - Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

En pratique

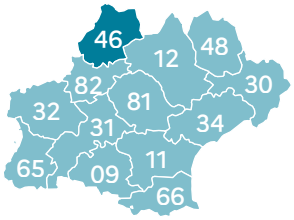
- Développer des modalités d'organisation des soins non programmés avec les CPTS en lien avec le Service d'Accès aux soins (SAS)
- Travailler avec les CPTS sur le volet accès à un médecin traitant
- Mettre en place un protocole local pour assurer les retours à domicile depuis les urgences
- Travailler sur des solutions de transports facilitant l'accès à des consultations en proximité

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Maladies chroniques



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#8**

Améliorer l'accès aux soins et la coordination des professionnels en mettant en place des solutions de transport partagé et inclusif

Le défi à relever

Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.

Les constats

L'offre de premier recours, en sus des cabinets médicaux de ville, se structure autour d'un réseau de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (93% de la population couverte par un projet CPTS) et de 70 structures d'exercices coordonné. L'accès aux Soins Non Programmés s'organise en 19 secteurs et 12 Maisons Médicales de Gardes. La réponse en transport à l'urgence hospitalière est assurée par une coordination présente au Centre de Réception et de Régulation des Appels sur un réseau de plus de 70 entreprises de transport sanitaire agréées. Néanmoins ces entreprises sont confrontées à un double enjeu : des tensions afférentes à la disponibilité de la ressource humaine couplée d'une activité de réponse à l'urgence pré-hospitalière en forte croissance ainsi qu'une augmentation de la volumétrie des sorties blanches (interventions réalisées vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports vers les services d'urgence). Il en résulte une difficulté importante pour les citoyens et les acteurs à pouvoir faire appel à des entreprises de transport sanitaire disponibles. Ce paysage a permis, lors du CNR-Santé Haute-Garonne, d'envisager un modèle organisationnel articulé avec les dispositifs de droit commun facilitant et optimisant la mobilisation de vecteurs dédiés à l'aller-vers. Il s'agit de penser un transport en santé coordonné mobilisant les entreprises de transport sanitaire agréées en regard de leurs expertises, et en associant d'autres opérateurs que constituent les taxis ou encore les transports collectifs pilotés par les collectivités locales, pour répondre aux demandes en fonction des besoins. Ce projet pourra s'appuyer sur des initiatives existantes portées par des CPTS, des opérateurs de soins ou encore des collectivités sur le territoire.

L'objectif

Organiser une réponse graduée et adaptée à la situation du patient afin de préserver les ressources en transport dédiées à l'Urgence Pré-Hospitalière, tout en assurant les possibilités innovantes d' « aller-vers » les structures de soins de premier recours, second recours ou de prévention.

Les résultats attendus

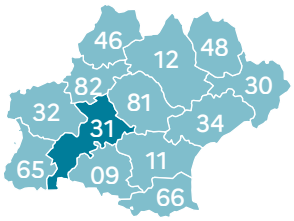
- Optimisation de l'utilisation des transports sanitaires
- Réduction de la volumétrie des signalements relatifs au défaut de transport sanitaire dans le cadre de soins spécifiques
- Faciliter l'accès aux soins de premier recours des usagers et en fluidifier l'accès
- Développement d'alternatives aux transports sanitaires classiques.

En pratique

- Etendre les ressources en transport mobilisables à la demande de la régulation médicale
- Renforcer la coordination ambulancière dans le cadre du Soin non programmé et son articulation avec les CPTS
- Accompagner le déploiement de solutions coordonnées de transports non médicalisés facilitant « l'aller-vers » en lien avec les acteurs locaux et les collectivités

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés



Objectif priorisé par les territoires

DÉFI **#2**

Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

Les enjeux

En 2022, les services d'urgences de la région Occitanie accueillaient plus de 1 850 000 patients, dont seulement moins de 500 000 patients pour une urgence fonctionnelle ou vitale avérées[8]. La raréfaction de la ressource en médecins urgentistes, associée à la spécialisation de cette discipline et l'incompatibilité architecturale des structures d'urgences actuelles pour faire face à ce flux de patients oblige à repenser la place de chaque acteur et l'organisation de chaque parcours.

Ainsi, ce Projet Régional de Santé sera à nouveau l'occasion de répondre à l'enjeu du décongestionnement des urgences en relevant le défi de Développer et structurer une offre de soins non-programmée alternative des urgences.

Les objectifs opérationnels

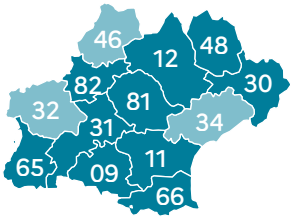
- Favoriser l'accès direct aux prises en charge spécialisées sans passer par les urgences en développant le lien entre premier et second recours
- Organiser l'offre de transport dans le cadre des soins non programmés
- Structurer une offre alternative de soins non programmés s'appuyant sur les structures et dispositifs existants, sur l'ensemble des professionnels de santé et en développant les effecteurs mobiles de télémédecine
- Déployer le Service d'Accès aux Soins (SAS) et renforcer la régulation de la demande de soins non programmés

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

[8] Données issues des chiffres clés de l'ORU 2022 / Les urgences fonctionnelles ou vitales avérées correspondent aux CCMU 3, CCMU4 et CCMU 5

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #2

Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

LA PAROLE AUX CITOYENS

Pouvoir contacter un médecin jour et nuit ainsi que le Week-end sans se rendre aux urgences qui sont surchargées et soignent de la bobologie. Ce qui n'est pas leur rôle

Participant du Lot
à la consultation digitale

Peut-être mettre en place un numéro (autre que le Samu) pour répondre en toute bienveillance à des questions santé (qui ne sont pas nécessairement des urgences mais qui peuvent inquiéter les patients).

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

Peut-être une application qui nous mette en relation Tchat avec un médecin qui déjà peut nous orienter sur l'urgence ou non du rendez-vous, donner des conseils et sur la disponibilité d'un médecin.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Donner plus de compétences aux infirmières pour qu'elles (ils) puissent traiter les petits problèmes au lieu d'orienter directement vers les urgences.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Des métiers intermédiaires pour accueillir, écouter, orienter, faire de la prévention, comme les médiateurs en santé.

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Favoriser l'accès direct aux prises en charge spécialisées sans passer par les urgences en développant le lien entre premier et second recours

Le défi à relever
Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

Les constats
Hors filières spécialisées, les orientations des patients vers les spécialités sont soit programmées, soit font suite à un passage par les urgences.

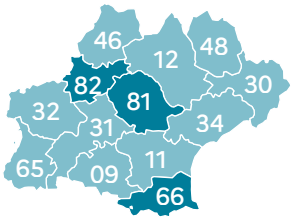
L'objectif
Structurer des coopérations territoriales entre structures de ville (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), …) et établissements de santé pour favoriser les admissions directes en services de spécialités et ainsi favoriser l'accès direct aux prises en charge spécialisées sans passer par les urgences afin qu'un patient puisse être orienté vers la spécialité compétente.

Les résultats attendus
- Mettre en place d'une organisation de l'accès direct dans chaque structure hospitalière
- Augmenter le volume d'admission directe des patients de plus de 75 ans
- Diminuer les passages aux urgences pour les patients de plus 75 ans
- Diminuer le nombre de ré-hospitalisation par les urgences
- Diminuer la dépendance aux urgences pour l'hospitalisation en médecine et chirurgie (M et C)

En pratique
Conclusions d'accords par territoires entre médecine de ville et hospitalière sur les hospitalisations non programmées qui pourraient conclure aux dispositifs suivants :
- Construire un réseau entre les professionnels de santé potentiellement demandeurs et notamment la médecine générale en ville et les référents de spécialités en ville et en structure hospitalières pour définir les conditions d'admissions non programmées ;
- Mettre en place des organisations dans chaque structure hospitalière pour permettre l'accès direct ;
- Développer les projets pour les filières déjà installées notamment pour les Personnes Agées (PA) et l'installation de guichets spécifiques (PA) d'orientation ;
- Développer des outils dématérialisés de demande d'admission (Via Trajectoire module Soins Non Programmés VN SNP)

Thèmes associés
Personne, citoyen, usagers
Soins primaires
Transformation numérique
Urgences et soins non programmés

Parcours associés
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Organiser l'offre de transport dans le cadre des soins non programmés

Le défi à relever

Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

Les constats

Faute de moyens de transports disponibles et de dispositifs organisés, des patients qui relèvent des soins de ville sont conduits aux urgences pour être pris en charge. Pour désengorger les urgences, l'enjeu sera de favoriser l'orientation vers les structures de soins primaires (cabinets de médecin, Maisons Médicales de Garde (MMG), Maisons de Santé Pluri Professionnelles (MSP), Centres de Santé (CdS), centres de soins non programmés). En effet, un frein important à ce développement est la difficulté à proposer un moyen de transport (aller et surtout retour), lequel n'est pas régulé par le SAMU.

L'objectif

Organiser l'offre de transport dans le cadre des Soins non programmés afin d'éviter le transport d'un patient vers les urgences dès lors qu'il relève d'un soin non programmé en favorisant les transports vers les structures de ville (Cabinet de médecine générale, maison médicale de garde et centre de soins non programmés).
Organiser, avec les Professionnels de Santé (PS) acceptant les patients admis par un transporteur sanitaire la recherche de transports pour le retour à domicile

Les résultats attendus

- Réduire le nombre de passages aux urgences de patients CCMU 1 et 2 arrivant en transport sanitaire ;
- Développer - possible depuis août 2023 - la prescription de transports (Véhicule Sanitaire Léger (VSL) et ambulances) par le Service d'Accès aux Soins (SAS) pour adressage vers les structures de ville (Cabinet de médecine générale, maison médicale de garde et centre de soins non programmés).

En pratique

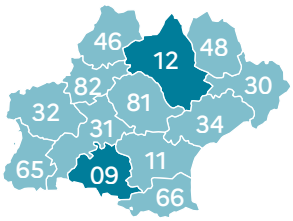
Dans chaque département, lister les professionnels de santé en ville qui par protocole entre le SAS et les professionnels de santé acceptent de recevoir des patients régulés transportés

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#3**

Structurer une offre alternative de soins non programmés s'appuyant sur les structures et dispositifs existants, sur l'ensemble des professionnels de santé et en développant les effecteurs mobiles de télémédecine

Le défi à relever

Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

Les constats

Depuis plusieurs années, le nombre de patients pris en charge aux urgences hospitalières ne cesse d'augmenter alors que le taux des urgences vitales ou fonctionnelles reste stable. En amont, bien que la médecine générale soit particulièrement mobilisée dans la réponse aux soins non programmés, il en demeure que certains patients peuvent rencontrer des difficultés pour accéder facilement à un avis ou une consultation de médecine générale inopinée pour des soins ne pouvant pas être anticipés et ne mettant pas en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel.

L'objectif

Développer et structurer une offre de soins non programmés alternative des urgences en organisant une réponse de proximité par les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels de santé au moyen de consultation fixes, mobiles et téléconsultations.

Les résultats attendus

- Réduire le nombre de CCMU1 et CCMU2 dans les structures d'urgences
- Structurer une offre de soins non programmé dans chaque CPTS en lien avec le Service d'Accès aux Soins (SAS)
- Structurer l'offre de centre de soins non programmés en lien étroit avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Développer l'offre de soins non programmés dans les Hôpitaux de Proximité notamment sur la filière Personnes Agées
- Développer le recours aux soins non programmés en structurant des filières complémentaires à la médecine générale (Infirmier, Dentiste, Sage-Femme, Kinésithérapeute…)
- Mettre en place la visio régulation dans tous les SAS
- Consolider la permanence des soins ambulatoire

En pratique

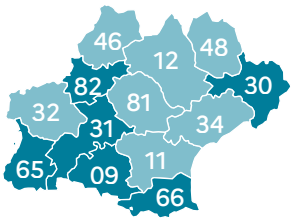
- L'organisation de la réponse à la demande de soins non programmés structurée au sein de la CPTS avec la mise en place d'un centre de soins non programmés dédié prenant en charge les besoins de soins du territoire que les professionnels de la CPTS ne peuvent accueillir
- Le développement de maison médicale de garde accessible aux heures de fermeture des cabinets
- La mise en place d'astreinte infirmière en ville pour réaliser des soins non programmés à la demande du SAS
- La création d'un centre de soins non programmés gériatrique au sein d'un Hôpital de Proximité

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#4**

Déployer le Service d'Accès aux Soins (SAS) et renforcer la régulation de la demande de soins non programmés

Le défi à relever

Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences

Les constats

43% des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge par la médecine de ville, sous réserve d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même, ou le lendemain. Les patients sont amenés à se rendre aux urgences faute d'accéder aisément à une offre alternative, sans que la part soit faite entre l'indisponibilité de temps médical en ville et l'absence de vision globale permettant à chacun de s'orienter dans le panel de l'offre de soins d'un territoire. La mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) vise, par une meilleure organisation, à garantir la disponibilité de consultations sans rendez-vous, mais il convient de compléter ce dispositif sur le plan de l'accès.

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins. Il doit permettre à chacun d'accéder (H24, 7j/7), d'une part aux soins urgents, d'autre part aux soins non programmés nécessitant une prise en charge sous 48h. Grâce à une mobilisation coordonnée entre médecine de ville et hôpital, il se traduit par une régulation téléphonique médicale à laquelle participent les deux filières (l'aide médicale urgente et la médecine générale).

L'objectif

Déployer le Service d'Accès aux Soins pour couvrir 100% de la population d'Occitanie et renforcer la régulation de la demande de soins non programmés

Les résultats attendus

- 100% de la population couverte par un Service d'Accès aux Soins accessible par téléphone
- Une organisation optimisée et renforcée de la régulation de la demande de soins non programmés sur la région
- Une prise en charge des soins non programmés améliorée pour tous, en facilitant l'orientation des patients

En pratique

Il s'agit d'accéder à distance à un professionnel de santé pouvant fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter selon la situation vers une consultation non programmée en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR, par exemple.

Conçu comme un point d'entrée commun, le SAS assure un décroché et une réponse rapide des appels relevant soit de l'aide médicale urgente, soit de la médecine générale. Des opérateurs appuient les médecins régulateurs et, grâce à une plateforme numérique nationale, peuvent visualiser les créneaux disponibles des médecins généralistes et réserver pour le patient une consultation de soins non programmés en ville, au plus proche de ses besoins (localisation, horaire ...).

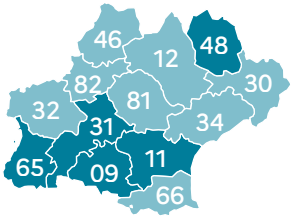
A terme, d'autres filières spécifiques, médicales ou paramédicales, peuvent y être intégrées (psychiatres, pédiatres, gériatres, pharmaciens, infirmiers libéraux ...)

Thèmes associés

Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Personne, citoyen, usagers

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

50% des appels au Service d'Accès aux Soins relèvent des soins de ville

DÉFI **#3**

Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences

Les enjeux

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgences vitales et fonctionnelles se centre sur un enjeu essentiel qui vise à favoriser pour l'ensemble de la population un accès à des soins urgents de qualité et que ceux-ci soient réalisés dans des conditions optimales de sécurité. Ainsi, un des défis de ce nouveau PRS sera d'Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences afin de garantir un accès permanent et rapide aux soins complexes requérant des équipes médico-chirurgicales et des plateaux techniques hautement spécialisés, tout préservant l'attractivité professionnelle de la médecine d'urgence en réduisant les pénibilités de son exercice.

Les objectifs opérationnels

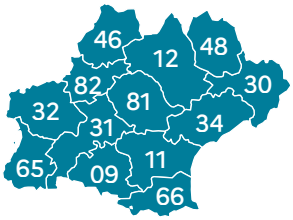
- Structurer l'amont des urgences en renforçant la régulation médicale et en favorisant l'accès en moins de 30 min à un SMUR
- Fluidifier l'aval des urgences en professionnalisant la gestion des lits, en réduisant les tensions et en organisant les transports
- Optimiser l'organisation des services d'urgence au travers d'une planification adaptée, de l'évolution des métiers et de la mise en synergie des ressources territoriales

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Situations sanitaires exceptionnelles
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Défi à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences

LA PAROLE AUX CITOYENS

Penser les maisons de garde au sein même des hôpitaux pour fluidifier les urgences.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Un régulateur ou service de régulation opérationnel, accessible à tout le monde, qui puisse orienter et proposer des RDV auprès des professionnels de santé proche de chez soi et susceptibles de nous prendre en charge rapidement le malade.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Une régulation pour l'accès aux soins non programmés ou urgents selon le cas par ligne téléphonique 24h/24 et 7J/7... et non pas que les heures de fermeture de cabinets libéraux.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Structurer l'amont des urgences en renforçant la régulation médicale et en favorisant l'accès en moins de 30 min à un SMUR

Le défi à relever

Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences

Les constats

Plus de 1,8 million de patients sont pris en charge dans les services d'urgences d'Occitanie, 25% seulement avaient un pronostic fonctionnel ou vital engagé et 80% ne nécessitant pas d'hospitalisation à l'issue de leurs passages.
Les structures d'urgences doivent absorber une demande de soins en augmentation avec des ressources humaines de plus en plus rares.
En parallèle, les 13 SAMU d'Occitanie prennent en charge plus de 2,6 millions d'appels par an, assurant un taux de décroché de 91,7% dont 65,9% sont décrochés en moins d'une minute. 54% de ces appels, nécessitent une régulation par un médecin et plus de 50% de ces appels relèvent de la médecine générale, tandis que seulement 2% des appels sont suivis d'une intervention du SMUR réalisées.
L'Occitanie fait face à une croissance démographique importante (+ 50 000 habitants par an) et accueil des flux touristiques estivaux et hivernaux en masse (+220 millions de nuitées touristiques en 2022). Son étendue géographique (2ème région la plus vaste de France métropolitaine) et la prégnance des zones de montagne (45% de la région) accentuent les défis à relever pour garantir une couverture efficace et une réponse de qualité de l'aide médicale urgente.

L'objectif

En 2023, 98% de la population d'Occitanie est située à moins de 30 minutes d'un Service d'urgences, d'un Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) ou d'un médecin correspondant de SAMU. Le PRS 2023 – 2028 devra permettre de structurer l'amont des urgences en renforçant la régulation médicale et en favorisant l'accès en moins de 30 minutes à un SMUR

Les résultats attendus

- Un maillage SMUR renforcé permettant de maintenir un déploiement en moins de 30 minutes pour les urgences vitales et fonctionnelles
- Le renforcement de la régulation médicale des soins par le déploiement du SAS en Occitanie, l'atteinte d'un taux de décroché en moins d'une minute supérieure à 80% et le développement d'outils communs entre SAMU
- Des protocoles de gradation d'engagement des moyens mobiles et d'orientation des patients (quel patient vers quelle structure ?) associés à une charte d'organisation des services d'urgences dans chaque département
- La consolidation du dispositif Médecin correspondant de SAMU

En pratique

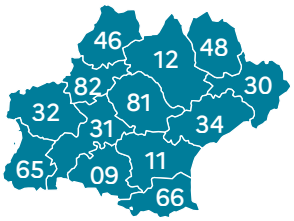
- Partager un Logiciel de Régulation commun à tous les SAS et SAMU de la région permettant l'entraide entre départements, notamment en cas de pics épidémiques ou de problèmes techniques ou de déficit en Ressources Humaines (RH)
- Déployer des Médecins Correspondants de SAMU dans les zones situées à plus 30 minutes d'un SMUR
- Mettre en place une régulation des demandes de soins non programmés urgents en offrant à chaque patient une réponse adaptée à sa situation clinique

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Situations sanitaires exceptionnelles
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Fluidifier l'aval des urgences en professionnalisant la gestion des lits, en réduisant les tensions et en organisant les transports

Le défi à relever

Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences

Les constats

On observe des difficultés pour les Services des Urgences (SU) d'adresser les patients en services de spécialités notamment pour les patients polypathologiques. Par ailleurs ces admissions non programmées sont toujours mal acceptées. A plus forte raison, les coopérations au niveau des territoires (entre établissements publics d'un même GHT, entre établissements publics et privés ou entre établissement privé d'un même territoire) restent difficiles.

L'objectif

Fluidifier l'aval des urgences en professionnalisant la gestion des lits, en réduisant les tensions et en organisant les transports

Les résultats attendus

- Diminuer les durées de passage aux urgences et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
- Utiliser et appliquer le Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML) dans tous les établissements de santé siège de structures d'urgences
- Mettre en place dans tous les établissements de santé sièges de structures d'urgences, une organisation de gestion des lits et notamment une commission des soins non programmés
- Mettre en place des filières d'admission directe dans chaque établissement de santé siège d'un service des urgences
- Rendre visible les capacités d'accueil dans les établissements du territoire, notamment au Service d'Accès aux Soins (SAS)
- Renforcer les coopérations territoriales par la mise en place de réseaux territoriaux des urgences, de coordination du bedmanagement et des hospitalisations non programmées
- Diminution des tensions déclarées, des signalements et des évènements indésirables sur le sujet des transports et des prises en charge urgentes

En pratique

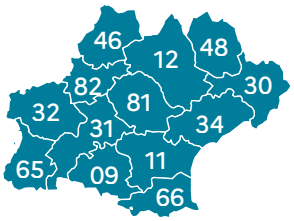
- Mise en place d'une commission interne d'établissement en charge de la gestion des lits et de la disponibilité de lits quotidienne pour l'hospitalisation des urgences et en charge de coordonner les hospitalisations directes non programmées depuis la ville vers les services de spécialités
- Accords locaux entre transporteurs sanitaires et établissements sièges de services d'urgences pour organiser les retours à domicile depuis les urgences

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Situations sanitaires exceptionnelles
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Objectif Opérationnel **#3**

Optimiser l'organisation des services d'urgence au travers d'une planification adaptée, de l'évolution des métiers et de la mise en synergie des ressources territoriales

Le défi à relever

Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences

Les constats

Les structures d'urgences doivent absorber une demande de soins en augmentation avec des ressources humaines de plus en plus rares. Les crises et périodes de tensions successives contribuent à la fragilisation de nos structures d'urgences, c'est pourquoi la résilience et le rebond doit se faire par la force du collectif et la synergie entre les acteurs des territoires.
Ce rebond est aussi possible par le développement de nouveaux métiers aux urgences notamment par le développement de la pratique infirmière avancée permettant de faire évoluer l'organisation des prises en charges au sein des services d'urgences.

L'objectif

Optimiser l'organisation des services d'urgence au travers d'une planification adaptée, de l'évolution des métiers et de la mise en synergie des ressources territoriales

Les résultats attendus

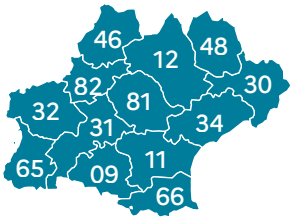
- Mettre en place des services d'urgences en nombre suffisant pour prendre en charge les besoins de soins pour lesquels le pronostic vital ou fonctionnel est engagé dans des conditions optimales de sécurité
- Rédiger une charte d'organisation des services d'urgences et mettre en place un réseau territoriale des urgences dans chaque département
- Déployer des équipes territoriales de médecine d'urgences et des projets territoriaux de médecine d'urgences
- Déployer des Infirmiers en pratique avancée (IPA) dans au moins 25% des services d'urgences

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Situations sanitaires exceptionnelles
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #4

Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

Les enjeux

L'évolution de l'offre médico-sociale s'impose au regard des aspirations des personnes accompagnées et de leurs aidants, dans une dynamique démographique inédite en région Occitanie.
Avoir accès à la bonne réponse au bon moment d'un parcours de vie durant lequel l'autonomie et les capacités de la personne évoluent impose un changement de perspective en profondeur. L'offre médico-sociale doit s'adapter aux personnes accompagnées, en réponse à des besoins évolutifs.

L'Agence Régionale de Santé renforcera les dispositifs de droit commun ou expérimentaux concourant à des accompagnements complexes, ou résolument inclusifs à chaque étape du parcours de vie. Chacun est soutenu dans ses choix de vie, ses capacités et souhaits pour grandir, être éduqué, participer à la vie sociale, travailler, avoir accès à la santé dans toutes ses dimensions, se loger, et avancer en âge dans les meilleures conditions.

La co-construction avec les personnes et leurs aidants, l'évolution des pratiques professionnelles, une organisation territoriale des dispositifs d'appui médico-sociaux, sanitaires maillés en proximité en sont la clé de voute.

La garantie d'un parcours au cœur d'une offre de solutions, le renforcement des structures d'accompagnement et soutien au domicile, le renforcement de l'expertise permettront de garantir l'accès à des solutions adaptées et choisies, notamment pour le maintien à domicile.

Les objectifs opérationnels

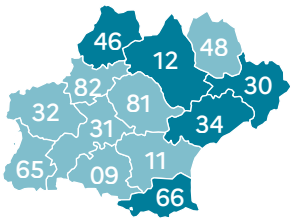
- Développer une alternative à l'entrée en établissement par un accompagnement renforcé à domicile
- Favoriser des réponses médico-sociales diversifiées et modulables pour les enfants en situation de handicap
- Soutenir l'offre de soin et accompagner la mobilisation des ressources adaptées pour un parcours de qualité de la personne âgée en EHPAD
- Promouvoir une adaptation de l'accompagnement des ESMS aux spécificités des besoins des personnes vivant avec un handicap

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Défi priorisé par les territoires

DÉFI **#4**

Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

LA PAROLE AUX CITOYENS

Pour mon père âgé, j'ai eu des difficultés à trouver des aides à domicile pour le quotidien et à comprendre les parcours de soins pour personnes âgées (accès à des bilans pour l'évaluation de la mémoire par exemple, ou le niveau d'autonomie, avec les aides qui peuvent être proposées)...

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Détresse psychologique liée à l'éducation d'un enfant en situation de handicap : les services médico-sociaux n'assurent aucun suivi. Aucune coordination pour le handicap de ma fille (notamment côté santé). Tout retombe sur mes épaules.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Pour les personnes âgées : un guichet unique avec tous les renseignements sur les parcours de soin et d'aide à l'autonomie, et sur le matériel existant et reconnu pour aider à l'autonomie.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

La dépendance de mes proches, toutes générations confondues me laisse beaucoup de stress, du fait de manque de possibilités de soins, que ce soit dans les M.A.S. E.P.A.H.D. pas assez de possibilités d'intervenants extérieurs qui pourraient donner des solutions alternatives au bien être de leur résidents (podologues, médecine douce, esthéticienne, musiciens professionnels, groupe paroles, écoute bienveillante.).

Participant du Gard
à la consultation digitale

Une difficulté à accompagner les résidents de l'institution porteur de handicaps multiples : infrastructures non adaptées, personnels non formés à la prise en charge des pathologies, délais d'attente long.

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#1**

Développer une alternative à l'entrée en établissement par un accompagnement renforcé à domicile

Le défi à relever

Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

Les constats

D'ici 2030, le vieillissement de la population représentera un défi démographique majeur auquel l'offre institutionnelle actuelle ne pourra répondre en l'état sans laisser de côté un certain nombre d'accompagnements et de prises en charge pour les personnes âgées dépendantes.

Cette trajectoire démographique s'illustre par le nombre de séniors de 85 ans et plus qui sera multiplié par deux entre 2015 et 2040, passant ainsi de 204 000 en 2015 à 409 000 en 2040 selon les données INSEE.

Même si leur état de santé est difficile à prévoir, il est estimé que d'ici 2040 le nombre de personnes âgées sévèrement dépendantes augmentera de plus de 30% par rapport à 2015.

Moins de 20% des personnes âgées dépendantes pourront être accueillies en institution.

Aussi, l'ARS soutient depuis plusieurs années une politique de de prévention renforcée pour retarder la perte d'autonomie. En complément, elle souhaite désormais renforcer l'offre de prise en charge à domicile, en partenariat avec les Conseils Départementaux, en cohérence avec les orientations nationales.

L'objectif

L'objectif est de développer des offres alternatives à l'entrée en établissement pour les personnes âgées dépendantes, en renforçant une offre à domicile choisie, respectueuses des projets de vie des personnes et de leurs aidants et encadrée pour assurer l'accompagnement des personnes ayant un besoin de soins important et une perte d'autonomie élevée.

Les résultats attendus

Il est attendu un renforcement de l'offre de prise en charge des personnes âgées à domicile grâce, d'une part, au déploiement des centres de ressources territoriaux qui permettront à des personnes âgées dépendantes de bénéficier des mêmes prestations que l'EHPAD mais à leur domicile et, d'autre part, à l'accompagnement de la réforme des services de l'autonomie à domicile en partenariat avec les conseils départementaux.

L'objectif est également de limiter la dégradation de l'état de santé des personnes qui font le choix du domicile ou l'entrée contrainte en établissement du fait de l'insuffisance des soins au domicile.

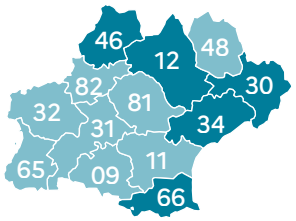
Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

18 centres de ressources territoriaux déployés en Occitanie d'ici 2025*

Mots clés

Centres de ressources territoriaux

Services autonomie à domicile

Repérage et prévention des fragilités chez les personnes âgées

* déploiement estimé du nombre de CRT sous réserve de délégation des crédits et de réalisation des projets dans les délais.

En pratique

En Occitanie, 2 dispositifs expérimentent déjà des modèles de centres de ressources territoriaux. Il s'agit des DRAD (dispositifs innovants et expérimentaux visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées à domicile) dans le Gard (La Croix Rouge) et dans l'Aveyron (La Mutualité Française). L'ARS a lancé un appel à manifestation d'intérêt pour retenir les 18 futurs porteurs de centres de ressources territoriaux : Déploiement de la mission de Centre de ressources territorial en Occitanie (CRT) | Agence régionale de santé Occitanie (sante.fr)

Plusieurs groupes de travail copilotés avec les Conseils Départementaux, ont été organisés, dès avril 2023, en présence de l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour préparer les territoires à la réforme des services de l'autonomie à domicile (dans le 32, le 48 et le 65).

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Favoriser des réponses médico-sociales diversifiées et modulables pour les enfants en situation de handicap

Le défi à relever

Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

Les constats

- Des parcours d'accompagnement qui évoluent et reposent aujourd'hui sur de multiples acteurs, nécessaires au développement de l'enfant et à la construction de son parcours de vie et supposent aussi une évolution des réponses et pratiques médico-sociales ;
- L'émergence de nouvelles organisations médico-sociales visant à offrir des solutions alternatives, parmi lesquelles le fonctionnement en dispositif intégré ;
- Une continuité des réponses médico-sociales à organiser territorialement afin de limiter les périodes de rupture qui fragilisent et complexifient les situations individuelles.

L'objectif

A partir de l'offre existante, accompagner la diversification des réponses médico-sociales proposées afin d'enrichir le panel des solutions mobilisables sur un territoire et permettre ainsi des accompagnements modulés et respectueux des choix de vie.

Les résultats attendus

Sur chaque territoire :

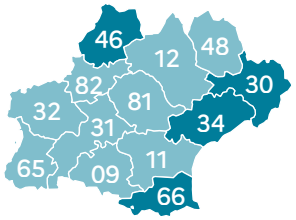
- La mise en œuvre du fonctionnement en dispositif intégré des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) pour des réponses plus flexibles et la garantie dans ce cadre d'une offre socle minimale permettant de répondre à l'évolution des attentes et besoins ;
- L'organisation de réponses territoriales dans le cadre de la continuité d'accompagnement des enfants par les établissements et services médico-sociaux.

En pratique

- Poursuivre l'accompagnement des établissements et services pour enfants fonctionnant en dispositif intégré et le partage des pratiques dans le cadre de la construction de ces nouveaux modèles d'organisation
- Encourager les ESMS à proposer des actions visant à garantir une continuité d'accompagnement sur leur territoire et lors des périodes habituelles de fermeture, dans le cadre d'une organisation territoriale et en coopérations avec les acteurs du secteur et/ou du milieu ordinaire.

Parcours associés

Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Mots clés

Dispositifs intégrés
Continuité d'accompagnement médico-social

Objectif Opérationnel **#3**

Soutenir l'offre de soin et accompagner la mobilisation des ressources adaptées pour un parcours de qualité de la personne âgée en EHPAD

Le défi à relever

Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

Les constats

Le vieillissement de la population représente un défi démographique majeur, d'ici 2030.
A ce jour, la région compte près de 61 000 places en EHPAD et un sénior dépendant sur quatre y est hébergé (soit 25% des personnes âgées dépendantes).
Compte tenu de l'évolution démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes à venir, moins de 20% des personnes âgées dépendantes pourront accéder à une offre d'hébergement en EHPAD d'ici 2040.
Aussi, les EHPAD hébergeront très probablement des personnes âgées de plus en plus dépendantes, ce qui nécessitent de renforcer, dès aujourd'hui, la médicalisation des EHPAD, conformément aux préconisations de la feuille de route Jeandel-Guérin.
De multiples dispositifs d'offre de soins se sont d'ores et déjà développés durant la période du PRS II pour préparer les EHPAD, comme les dispositifs d'IDE de nuit mutualisés entre EHPAD ou encore les équipes parcours santé pour personnes âgées (EPS PA) qui poursuivent actuellement leur déploiement. Ces solutions demeurent cependant encore insuffisantes et doivent encore être renforcées.

L'objectif

Agir pour un accompagnement de qualité tout au long du parcours des personnes âgées et répondre aux besoins actuels et futurs de prise en charge des personnes âgées en EHPAD

Les résultats attendus

L'accès à une offre de soins adaptée, lisible et harmonisée sur l'ensemble de la région avec 2 axes principaux :

- Améliorer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives en institution,
- Poursuivre l'ancrage des Equipes Parcours Santé Personnes Agées (EPS PA) auprès de tous les EHPAD de la région.

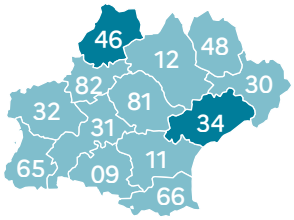
Ces deux axes viennent en complémentarités des travaux menés pour proposer des actions pour pallier la pénurie de médecins traitants et de médecins coordonnateurs (Cf. objectifs E3.D1.O7 - E3.D1.O8) et de l'objectif d'adapter l'accompagnement de la personne âgée en fonction de ses souhaits, quel que soit son lieu de vie (cf. objectif E2.D2.O1).

En pratique

L'Occitanie compte 14 EPS PA qui couvrent l'ensemble des départements et apportent quotidiennement un appui aux EHPAD de la région.
L'ARS disposera, dès 2023, de crédits pour renforcer l'offre de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD, en lien avec les projets de construction ou de réhabilitation d'EHPAD programmés dans le cadre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées.

Parcours associés

Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Plus de 820 EHPAD
62% des résidents en EHPAD sont très dépendants (GIR 1 et 2)
GMP médian **750**
PMP médian **235**

Source : RAMEHPAD 2021 – EHPAD d'Occitanie

Mots clés

Equipes parcours santé
Personnes âgées
EHPAD de demain
Pôles d'activités et de soins adaptés

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#4**

Promouvoir une adaptation de l'accompagnement des ESMS aux spécificités des besoins des personnes vivant avec un handicap

Le défi à relever

Toute personne en situation de handicap doit pouvoir bénéficier en proximité d'une évaluation de ses besoins, d'un accompagnement dans la réalisation de son projet de vie et des actions qu'elle souhaite mener, quel que soit son âge, et quel que soit son handicap ou sa situation. C'est l'enjeu auquel doit répondre l'ARS Occitanie, en s'appuyant sur la richesse et la diversité des acteurs intervenant dans le champ du handicap tant médicosocial, que social ou sanitaire.

C'est par l'adaptation de l'offre, la mutualisation des savoirs, la coopération des acteurs que des projets valorisant et développant l'expertise des accompagnements proposés, et que de nouvelles réponses pourront être apportées aux personnes.

Les constats

L'Occitanie bénéficie d'une offre riche, en termes de diversité d'établissements et de compétences professionnelles expertes dans le secteur du handicap. Toutefois, cette offre est répartie de façon historiquement inégale dans les territoires. En outre, les catégories d'établissements, bien que différenciées dans leurs autorisations, ne permettent pas d'apporter une réponse spécialisée à tous les besoins des personnes, en proximité.

Les Personnes vivant avec un handicap (PSH) sont accompagnées par les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) pour des besoins très différents d'une personne à l'autre, dans les dimensions du soin, de l'éducatif, de la participation à la vie sociale, des actes de la vie quotidienne … et leurs besoins évoluent, tout au long de leur vie.

Les politiques nationales relaient les attentes des personnes et du secteur sur ces thématiques : adaptation au vieillissement, modularité des accompagnements jusqu'aux interventions au domicile, fonction ressource des établissements sur des domaines spécifiques … Ce défi doit permettre d'impulser en région la déclinaison opérationnelle de ces ambitions en s'appuyant sur les acteurs du secteur.

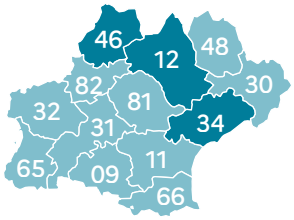
L'objectif

La valorisation et la reconnaissance des expertises, la coordination entre les acteurs d'un même territoire, l'évolution des organisations, impulsées ou soutenues par l'ARS, sont autant de possibilités qui peuvent permettre collectivement de répondre aux attentes des personnes :

- Evolution et adaptation des accompagnements, en fonction des étapes de la vie : enfance, adolescence, âge adulte et vieillissement ;
- Adaptation des pratiques professionnelles, en fonction de l'avancée des connaissances et des technologies, en particulier sur la communication essentielle à l'expression et à la détermination des personnes sur leur choix de vie ;
- Spécificité et l'expertise, en particulier pour le polyhandicap ou le handicap rare.

Parcours associés

Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Les résultats attendus

Permettre, par différents projets régionaux à déclinaison territoriale, d'accompagner et soutenir le secteur médico-social, afin de mieux répondre aux attentes des personnes et que chaque personne en fonction de sa situation de handicap, son âge, ses aspirations, puissent trouver dans son territoire, une offre médico-sociale adaptée à ses choix.

En pratique

- Créer les conditions pour que les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) puissent bénéficier de l'appui d'experts et de ressources techniques
- Impulser la création d'équipes ressources
- Accompagner l'évolution des projets d'établissement pour s'adapter aux besoins de personnes
- Mobiliser des programmes de sensibilisation et de formation des professionnels
- Favoriser la mutualisation et l'organisation en réseau entre EMS.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #5

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne

Les enjeux

Le terme de vulnérabilité convoque, étymologiquement, deux notions : la fêlure, d'une part (la zone sensible, fragile, par où arrivera l'atteinte), la blessure, d'autre part (qui matérialisera l'atteinte), mais aussi la capacité à résister ou à être résilient.
Certains moments clés de la vie sont identifiés comme des moments particulièrement à risque de fragilisation : la période périnatale, l'adolescence puis le vieillissement.
Tout au long de sa vie, une personne peut être confrontée à des situations (précarité, violences, handicap, troubles psychiatriques, situation d'aidant …) qui peuvent la fragiliser, la rendant vulnérable socialement et/ou psychiquement.
Il faut donc agir sur la fêlure pour prévenir la blessure et consolider la capacité à résister.
Un premier enjeu, en amont, est celui de sensibiliser les professionnels à ces situations à risque afin de permettre un repérage accru pour intervenir précocement et limiter l'impact de ces difficultés, en développant des actions spécifiques autour du psycho traumatisme mais aussi de la périnatalité, l'adolescence, l'émergence de troubles chez l'adolescent et le jeune adulte, et la personne âgée.
Le deuxième enjeu est le nouveau paradigme du rétablissement, « vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, malgré les limites liées à la maladie, l'incapacité, la vulnérabilité » qui place les choix de la personne au centre, s'appuie sur les ressources de la personne et positionne les professionnels en accompagnateurs, dans son parcours de vie.
Le rétablissement s'appuie sur quatre besoins fondamentaux (logement, travail, citoyenneté, inclusion) et nécessite une adaptation et/ou de nouvelles offres d'accompagnement et de prises en charge, dont celle des aidants familiaux de la personne.

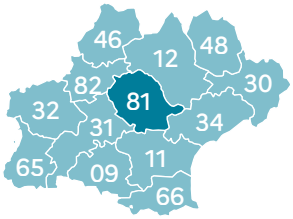
Concernant les situations de précarité par nature très diverses, l'enjeu est avant tout de maintenir, d'amener ou de ramener les personnes concernées dans le droit commun (pas de « médecine du pauvre », pas de filière parallèle), en proposant des adaptations dans le droit commun, et en renforçant ou développant l'offre spécifique passerelle adaptée aux besoins de ces personnes. La sensibilisation des professionnels, notamment ceux du premier recours, demeure primordiale.
Une attention particulière sera portée sur les nouveaux dispositifs issus du SEGUR (Equipes Mobiles Santé Précarité, Lits Halte Soins Santé Mobiles, Equipes Spécialisées en Soins Infirmiers Précarité, …).

Thèmes associés

PRAPS
Prévention, promotion de la santé
Violence et santé

Parcours associés

Handicap
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale



Défi priorisé par les territoires

Les objectifs opérationnels

- Renforcer les services et dispositifs en soutien au rétablissement des patients souffrant de troubles psychiques
- Renforcer et déployer les conditions d'une offre permettant de soutenir les parcours territorialisés des personnes en situation de précarité (dispositifs passerelles adaptés aux ressources locales)
- Renforcer les services et dispositifs en soutien des personnes exposées à des moments de vulnérabilité

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #5

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne

LA PAROLE AUX CITOYENS

Organiser à proximité des milieux défavorisés ou des gens en situation de précarité, de l'éducation thérapeutique, de la prévention et du dépistage, avec un suivi dans la durée.

Participant de l'Ariège à la consultation digitale

Avoir un chenil près des hôpitaux pour les personnes en très grande précarité, car ils ne peuvent pas avoir accès aux soins hospitaliers si leurs animaux de compagnie ne sont pas gardés.

Participant du L'Ariège à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Renforcer les services et dispositifs en soutien au rétablissement des patients souffrant de troubles psychiques

Le défi à relever

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne.
Le Rétablissement est un processus individuel de retour à un nouvel équilibre. Il est décrit dans toutes les pathologies y compris psychiatriques et facilité par les soins, l'accompagnement, l'inclusion, quand les pratiques et postures professionnelles sont orientées vers le rétablissement.
Le rétablissement permet à un individu d'être malade et se considérer en bonne santé mentale.

Les constats

La notion d'autodétermination de l'usager dans son projet de vie nécessite une évolution des pratiques professionnelles dans les champs sanitaire, social et médico-social.
Ce changement de paradigme, encore récent, démontre un soutien au rétablissement encore insuffisant en région, une offre médico-sociale insuffisamment spécialisée dans le handicap psychique, souffrant d'un manque de lisibilité et de places.

L'objectif

Favoriser le rétablissement des personnes en construisant une offre d'accompagnement et de soins ajustée au projet de la personne.

Les résultats attendus

Faire évoluer les pratiques de l'ensemble des partenaires intervenant dans le projet de rétablissement de la personne.
Promouvoir les soins de réhabilitation.
Mieux répondre aux quatre besoins fondamentaux : logement, travail, citoyenneté et inclusion.

En pratique

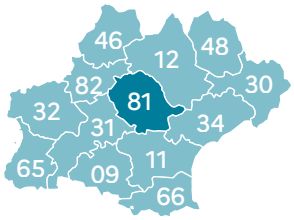
- Poursuivre le déploiement d'une offre de proximité en réhabilitation psychosociale, avec l'appui des centres recours
- Diversifier les solutions d'accompagnement dans le logement : Résidences accueil, un chez soi d'abord, projet Home, …
- Augmenter les offres et modalités d'accompagnement vers l'emploi : plateforme emploi accompagné, job coach, Club House, …
- Développer une politique régionale favorisant la formation et l'intervention des médiateurs de santé pairs au sein des différents dispositifs et services
- Poursuivre le soutien des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et soutenir le déploiement des GEM autisme sur toute la Région

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

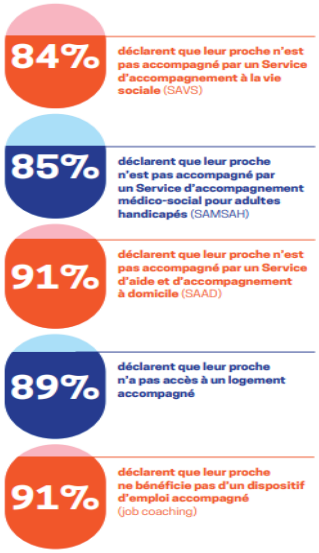
Parcours associés

Handicap
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés



Baromètre UNAFAM - 2021

Parole de citoyen

« Ma fille est isolée socialement, il lui faut une activité »
Mère de Julie, personne vivant avec des troubles psychiques

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Renforcer et déployer les conditions d'une offre permettant de soutenir les parcours territorialisés des personnes en situation de précarité (dispositifs passerelles adaptés aux ressources locales)

Le défi à relever

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne

Les constats

L'accès au droit commun du système de santé n'est pas garanti ni équitable, y compris en termes de prévention et de promotion de la santé, pour les personnes en situation de précarité. Ces personnes sont particulièrement touchées par des problématiques de santé et des freins multiples entraînant souvent le non-recours.

Il reste nécessaire d'organiser à l'échelle des territoires des réponses spécifiques pour les populations les plus éloignées ou exclues du système de santé.

Ces réponses sont assurées par différents dispositifs spécifiques (PASS, LHSS, ACT, LAM, …) qui poursuivent la même finalité : faire accéder ces personnes en difficulté au droit commun.

L'offre existante en dispositifs spécifiques sur la région s'est étoffée et il convient de poursuivre son déploiement, en cohérence avec les besoins et l'offre existante.

Toutefois, l'hétérogénéité et la démultiplication des dispositifs entraînent un manque de visibilité et de lisibilité, qui peut rendre ces dispositifs, mal identifiés, difficiles à appréhender.

L'objectif

Il s'agit de soutenir les parcours des personnes en situation de précarité en favorisant un accès aux droits et aux ressources en santé, équitable à l'échelle de la région.

L'objectif est de poursuivre le renforcement et le déploiement de dispositifs, en tenant compte du maillage géographique et des réalités populationnelles, permettant une approche qualitative (médiation en santé, interprétariat …) globale, graduée et davantage lisible.

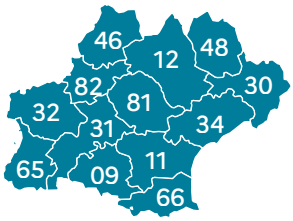
Les dispositifs existants, en lien avec le secteur sanitaire, médico-social et social, sont à prendre en compte avec la volonté de les consolider et de les pérenniser, afin d'éviter une démultiplication.

Il s'agit aussi de permettre une articulation inter-dispositifs, pour répondre au mieux aux besoins et aux enjeux de chaque territoire.

Une attention doit être portée d'une part, aux problématiques de santé-précarité en zone rurale et d'autre part aux problématiques liées au vieillissement accéléré des personnes à la rue ou en structures d'hébergement ou en logement adapté (ex. : pensions de famille/maisons relais).

Thèmes associés

PRAPS



Objectif à vocation régionale

Les résultats attendus

Permettre l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité en augmentant l'offre en dispositifs spécifiques en vue d'un accès/retour et maintien dans un parcours de santé dans le droit commun.

En pratique

Structuration des PASS et nouvelle contractualisation autour d'un CDC commun (en lien avec le financement basculé dans le FIR)
Conventionnement PASS/MSP
Création de nouvelles places de LHSS, LAM, ACT

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#3**

Renforcer les services et dispositifs en soutien des personnes exposées à des moments de vulnérabilité

Le défi à relever

Améliorer l'offre de santé en réponse aux moments de vulnérabilité et aux besoins de rétablissement de la personne

Les constats

Certains moments clés de la vie sont identifiés comme particulièrement à risque de fragilisation : la période périnatale, l'adolescence puis le vieillissement.

Tout au long de sa vie une personne peut être confrontée à des situations (précarité, violences, handicap, troubles psychiatriques, situation d'aidant …) qui peuvent également la fragiliser, la rendant vulnérable socialement et/ou psychiquement.

Il est important d'agir sur la fêlure pour prévenir la blessure et consolider la capacité à résister et privilégier, dès le repérage de ces situations à risques, l'accès aux soins adaptés afin d'en limiter l'impact en développant des actions spécifiques autour du psycho traumatisme mais aussi de la périnatalité, l'adolescence, l'émergence de troubles chez l'adolescent et le jeune adulte, et la personne âgée.

L'objectif

L'ensemble des politiques publiques de ces 5 dernières années et l'avancée des connaissances scientifiques et médico-économiques plaident pour le développement de l'accès à des soins spécifiques, à chaque étape, sur chaque territoire et pour chaque besoin identifié : psychiatrie périnatale, prise en charge graduée du psycho-traumatisme simple et complexe, interventions spécifiques sur les psychoses et troubles émergents de l'adolescent et du jeune adulte et psychiatrie de la personne âgée.

Les résultats attendus

Cet objectif nécessite notamment la création de filières de soins spécifiques (ex : psychiatrie périnatale) ou de dispositifs nouveaux (exemples : UAPED, maisons des femmes). Il implique également des enjeux de formation et de diffusion des pratiques actualisées permettant, in fine, l'amélioration de la graduation des soins, de l'articulation et de lisibilité de l'offre.

En pratique

En psychiatrie périnatale : une offre graduée avec une équipe ambulatoire dédiée sur chaque département, adossée à deux unités d'hospitalisation de soins conjoints parents–bébé à vocation hémi-régionale.

En psychotraumatisme : structuration d'une offre de consultation simple dédiée permettant une accessibilité réelle aux soins validés, articulée avec le premier recours, les unités de victimologie et les antennes du Centre Régional de Psychotraumatisme.

Psychoses émergentes : création d'une équipe mobile par département.

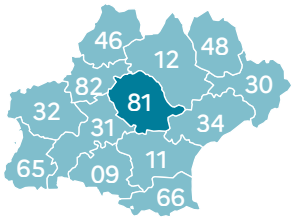
Structuration de l'offre de psychiatrie de la personne âgée.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS
Violence et santé

Parcours associés

Handicap
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

4

ENGAGEMENT

Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements

4 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques de coordination... **123**
DÉFI #2
Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social **127**
DÉFI #3
Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels..... **135**
DÉFI #4
Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours..... **139**

DÉFI **#1**

Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques de coordination

Les enjeux

L'augmentation du recours aux soins pour des pathologies complexes ou des maladies chroniques alourdit la contrainte pesant sur l'offre (vieillissement, augmentation de la prévalence des maladies chroniques : diabète, cancer, insuffisance cardiaque, affections psychiatriques de longue durée, …).
La poursuite de l'effort de développement des structures d'exercice coordonné et de soutien aux professionnels (Equipe de Soins Primaires (ESP), Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP), Centres de Santé (CDS), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) …) correspond à un levier majeur à actionner, tant au niveau régional (ARS) qu'au niveau local (accompagnement à la structuration des projets). La crainte d'être isolé dans son exercice professionnel correspond aujourd'hui à l'un des freins à l'installation les plus souvent rencontrés dans les zones sous-denses, notamment pour les jeunes médecins. Il s'agit également d'une cause de départ pour les professionnels en exercice (en ville comme à l'hôpital).
Les enjeux autour du déploiement et de l'enracinement de l'exercice coordonné évoluent. Précédemment liés aux financements (rémunération, infrastructures) et à l'effort de conviction des professionnels, ils sont désormais axés sur le besoin d'accompagnement dans la démarche projet suivi, action et anticipation sur les difficultés rencontrées.
L'objectif visé est donc celui du renforcement de la coordination entre professionnels dans toutes ses composantes. La question de l'articulation des différentes structures de coordination entre elles (MSP, ESP, CDS, CPTS, …) et avec les autres dispositifs en cours de constitution (Dispositif d'appui à la coordination (DAC), Service d'accès aux soins (SAS) …) représente un point d'attention majeur.

Les objectifs opérationnels

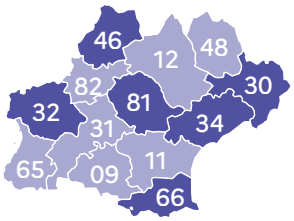
- Soutenir les équipes coordonnées pluri-professionnelles pour intensifier les actions de prévention et l'accès aux soins
- Améliorer la lisibilité des dispositifs de coordination et leur articulation

Thèmes associés

Soins primaires
Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Vieillissement
Handicap
Cancer
Maladies chroniques



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques de coordination

LA PAROLE AUX CITOYENS

Tout est compliqué aujourd'hui pour se repérer et faire tout ce qu'il y a à faire pour sa santé.

Participant à un atelier citoyen en Aveyron

Les Communautés professionnelles territoriales de santé ou les maisons de santé pluri-professionnelles sont de bonnes solutions pour la coordination des soins, à condition d'y trouver les principaux professionnels de santé.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Parfois, il est difficile de comprendre le fonctionnement de l'offre de soins. Il y a beaucoup de sigles incompréhensibles, mais pas d'information sur les dépistages etc...

Participant à un atelier citoyen en Ariège

Plus de professionnels accessibles en maisons de santé pluri-professionnelles par exemple notamment des spécialistes.

Participant du Gard à la consultation digitale

La maison de santé devrait centraliser les demandes et les dispatcher aux différents professionnels de santé présents sur le territoire.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Une explication sur les différentes structures et à quoi elles servent (CPTS / DAC / CDS / MSP...).

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Soutenir les équipes coordonnées pluri-professionnelles pour intensifier les actions de prévention et l'accès aux soins

Le défi à relever

Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques de coordination

Les constats

- La région compte plus de 300 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), 30 équipes de santé primaires (ESP) et presque 60 centres de santé (CDS) pluri-professionnels. Cela ne représente cependant qu'une minorité des professionnels de santé libéraux en exercice.
- Les équipes pluri-professionnelles restent fragiles, du fait de la démographie médicale, du manque d'attractivité de certains territoires, des charges de fonctionnement…
- Les jeunes médecins préfèrent s'intégrer dans des structures préexistantes à leur installation (difficulté à engager un projet d'exercice coordonné en parallèle d'une première installation).
- L'émergence des projets nécessite un engagement fort d'un porteur (médecin) au niveau local, afin de fédérer ses pairs
- Une absence de développement suffisant des réponses d'aller-vers (équipes mobiles, …) qui accentue les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'objectif

Soutenir et promouvoir les structures d'exercice coordonné sous toutes ses formes (MSP, ESP, CPTS, en lien avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les hôpitaux de proximité, …) pour améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé et l'accès aux soins de la population dans un souci de continuité de l'offre (en ville, à l'hôpital, en Etablissements et Services Médico - Sociaux (ESMS)).

Les résultats attendus

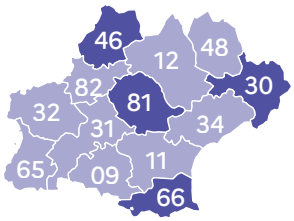
Couvrir l'ensemble du territoire avec une offre de soins coordonnés de premier recours pour toutes les populations et favoriser le développement d'actions territoriales de prévention.

En pratique

- Mettre en visibilité les structures d'exercice coordonné et le volume d'activité/patientèle cible.
- Mettre à disposition/en place et alimenter une cartographie des structures d'exercice coordonné incluant les points de contact et les besoins en recrutement.
- Proposer un lieu d'échange aux jeunes médecins pour la constitution de projets partagés en amont d'une installation.
- Identifier des leaders par territoire pour inciter au regroupement entre professionnels.
- Mettre en place des initiatives locales en termes de prévention et d'éducation pour la santé répondant aux caractéristiques de la population du territoire dans une dimension de prise en charge pluridisciplinaire.
- Mettre en place des financements pérennes et pluriannuels pour les actions de prévention en ESP.
- Réflexion à mener avec les collectivités locales pour la recherche de
- locaux dans les communes où la pression immobilière est forte.

Thèmes associés

Soins primaires
Prévention, promotion de la santé



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

300 MSP
30 ESP
près de 60 CDS pluri-professionnels

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Améliorer la lisibilité des dispositifs de coordination et leur articulation

Le défi à relever

Améliorer la lisibilité de l'offre et consolider les dynamiques de coordination

Les constats

- Une augmentation du recours aux soins pour des pathologies complexes ou des maladies chroniques qui alourdit la contrainte pesant sur l'offre (vieillissement, augmentation de la prévalence des maladies chroniques : diabète, cancer, insuffisance cardiaque, affections psychiatriques de longue durée, …)
- Des professionnels de santé, de plus en souvent en sous-effectif, devant gérer des problématiques qui sortent de leur champ de compétence initial (recherches d'orientations sociales, d'hébergement …) … pouvant aller jusqu'à des « dépassements de fonction » faisant peser un risque sur la qualité des prises en charge (facteur d'épuisement par ailleurs)
- Une méconnaissance de la population et des professionnels de santé sur les différentes formes d'exercice coordonné (Communautés Professionnelles de territoire (CPTS) …) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) au service des professionnels.

L'objectif

Renforcer, accompagner et simplifier la coordination entre les acteurs :

- Des dispositifs simplifiés territorialisés et évalués au service des professionnels ;
- Des modalités de fonctionnement et des missions clarifiées sur les territoires ;
- Des dynamiques de coordination renforcées autour de parcours spécifiques.

Les résultats attendus

Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients par une meilleure coordination des acteurs, dans une dimension pluri-professionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins et favoriser le maintien à domicile des patients.

En pratique

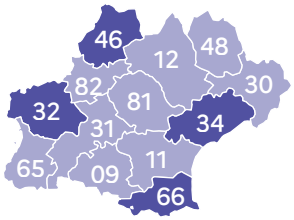
- Impulser une démarche conjointe des structures (CPTS, DAC…) et des professionnels favorisant la coordination : projets territoriaux.
- Développer la communication autour des dispositifs de coordination :
  - Informer les professionnels et les usagers sur les différents types de structures en précisant l'utilité pour chacun d'entre eux ;
  - Faire connaitre sur le territoire les équipes pluri-professionnelles existantes.
- Créer et mettre régulièrement à jour un annuaire des dispositifs existants sur le territoire.
- Mettre en place des formations initiales et continues pluri professionnelles et présentant toutes les formes d'exercice pluri professionnel.
- Innover dans les modalités d'exercice des professionnels de santé (exercices partagés, statuts mixtes…) pour répondre aux aspirations des nouveaux professionnels et aux besoins de coordination.

Thèmes associés

Soins primaires

Parcours associés

Vieillissement
Handicap
Cancer
Maladies chroniques



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

40 CPTS signataires de l'ACI
1 DAC par département

DÉFI **#2**

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social

Les enjeux

La continuité des prises en charge et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social est un enjeu majeur pour assurer des parcours de santé fluides est de qualité. Cela nécessite la mise en place d'actions concrètes pour soutenir l'exercice coordonné, assurer une articulation forte entre les dispositifs destinés aux personnes en situation de précarité, et promouvoir la complémentarité entre les acteurs de santé pour notamment toutes les personnes vivant avec un handicap et/ou de vieillissement, atteintes de maladies chroniques, de cancer, de troubles mentaux et du comportement.

Soutenir l'exercice coordonné en confortant les nouvelles modalités d'exercice et l'articulation ville/hôpital/secteur médico-social :

- Favoriser la concertation entre les différents acteurs de santé (médecins généralistes, spécialistes, professionnels de santé du secteur médico-social, etc.) pour optimiser la coordination des prises en charge et des accompagnements.
- Innover dans les modalités d'exercice des professionnels de santé (exercice mixte, postes partagés, consultations avancées, équipes de soins spécialisés) pour répondre aux besoins de coordination et aux aspirations des nouveaux professionnels.

Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun :

- Développer des liens étroits avec les dispositifs d'amont, tels que l'exercice coordonné, les maisons médicales de garde ou les services d'urgence, pour faciliter l'orientation des patients vers les structures les plus adaptées à leur situation.
- Mettre en place des dispositifs d'aval pour accompagner les patients lors de leur sortie d'hospitalisation, notamment en facilitant leur accès aux soins de ville et en favorisant la coordination des interventions des différents professionnels de santé.

Promouvoir une complémentarité entre les acteurs de sante hospitaliers, de la ville et du secteur social pour fluidifier les échanges et les pratiques dans la mise en œuvre et le suivi du parcours de soins et de l'après traitement de tous les patients atteints de cancer, de maladies chroniques et de pluri-pathologies :

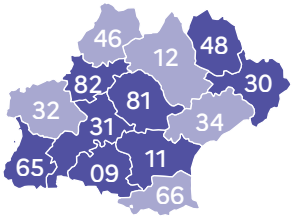
- Favoriser la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire pour chaque patient, afin de coordonner les différentes interventions et de favoriser une prise en charge globale et personnalisée.
- Mettre en place des protocoles de prise en charge communs entre les différents établissements de santé pour assurer la continuité des soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins Hospitaliers
PRAPS
Transformation numérique

Parcours associés

Vieillissement
Handicap
Cancer
Maladies chroniques
Santé mentale



Défi priorisé par les territoires

Les objectifs opérationnels

- Soutenir l'exercice coordonné en confortant les nouvelles modalités d'exercice et l'articulation ville/hôpital.
- Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun.
- Promouvoir une complémentarité entre les acteurs de sante hospitaliers, de la ville et du secteur social pour fluidifier les échanges et les pratiques dans la mise en œuvre et le suivi du parcours de soins et de l'après traitement de tous les patients atteints de cancer, de maladies chroniques et de pluri-pathologies.
- Préserver et conforter une réponse de proximité dans tout le département dans le cadre d'une recomposition majeure de l'offre hospitalière.

DÉFI #2

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social

LA PAROLE AUX CITOYENS

Il serait bien d'avoir un interlocuteur à contacter, une sorte de référent de parcours de soin qui pourrait nous conseiller sur le parcours et coordonner l'action des différents professionnel en cas de pathologie particulière.

Participant de l'Aude
à la consultation digitale

Coordonner les différents acteurs de soin autour d'un patient et non autour d'une maladie.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Des professionnels (peut être un nouveau métier) pour coordonner les soins, les rendez-vous, le suivi de malade chronique, ou de personne ayant des pathologies complexes, des enfants ou des adultes, afin de faciliter le suivi, soulager les aidants familiaux, déjà surchargés par l'aide à un proche et écrasés par les démarches administratives complexes.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

Coordonner plus efficacement les différentes aides pour le maintien à domicile des personnes âgées, malades ou handicapées.

Participant du Gard
à la consultation citoyenne

Des structures qui se coordonnent pour prendre en charge ma santé de façon globale.

Participant du Gers
à la consultation digitale

On peut proposer des infirmiers référents pour les personnes isolées et qui ne voient plus que l'infirmière pour assure leur suivi de santé.

Participant du Tarn
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#1**

Soutenir l'exercice coordonné en confortant les nouvelles modalités d'exercice et l'articulation ville-hôpital

Le défi à relever

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les constats

Pour la population, le décloisonnement et la coopération ville-hôpital représente une garantie d'accès aux soins de généralistes et spécialistes. Pour les professionnels (notamment les médecins généralistes libéraux), il s'agit de pouvoir s'appuyer sur des confrères et savoir où orienter leurs patients en cas de besoins de prises en charges particulières. La possibilité d'un exercice mixte correspond également, notamment dans les zones sous denses, à une perspective d'exercice diversifié (intérêt des pratiques) et à une assurance de revenus (crainte possible de ne pas avoir suffisamment d'activité en zones sous denses).

Le renforcement du lien ville-hôpital se traduit par l'amélioration de la **communication** et de la **collaboration** entre professionnels libéraux et établissements de santé. Cela passe notamment par la mise en avant du rôle des structures d'**exercice coordonné** (MSP et CPTS), le développement des nouveaux outils de coopération pour transmettre les courriers et résultats médicaux aux médecins traitants (par exemple via la messagerie sécurisée).

L'objectif

Innover dans les modalités d'exercice des professionnels de santé (exercices partagés, statuts mixtes…) pour répondre aux aspirations des nouveaux professionnels et aux besoins de coordination.

Les résultats attendus

Favoriser l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé, dans un souci de continuité de l'offre.

En pratique

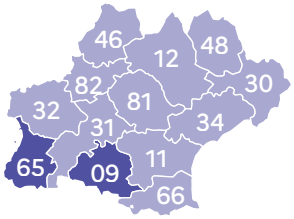
- Développer les consultations avancées, cette pratique rend possible pour un médecin de réaliser des vacations (en libéral, à l'hôpital…) dans un territoire où certaines spécialités sont absentes.
- Valoriser l'exercice mixte et les postes partagés pour répondre notamment aux aspirations des nouveaux professionnels.
- Développer les équipes de soins spécialisés pour mettre en relation les professionnels de santé libéraux de premier recours, avec des spécialistes des établissements à proximité.
- Développer des postes d'assistants spécialistes à temps partagé dans le cadre d'un appel à candidatures.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Transformation numérique

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#2**

Assurer une articulation forte avec les dispositifs d'amont et d'aval (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), afin de sécuriser les parcours des personnes le nécessitant avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité pour les maintenir ou ramener dans le droit commun

Le défi à relever

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les constats

La notion de parcours a été appréhendée d'un point de vue institutionnel à travers les lois régissant le secteur sanitaire, social et médico-social. Un changement de paradigme s'est opéré favorisant l'inclusion dans les parcours, en raisonnant non plus selon une logique de l'offre mais en fonction de la demande, des attentes et des besoins de la personne.
Cependant la multiplicité des acteurs et des structures et leur manque de coordination, ainsi que le défaut de connaissance, de sensibilisation et d'anticipation face à certaines situations peuvent être à l'origine de ruptures dans les parcours et ce notamment concernant les personnes en situation de précarité.

L'objectif

Mettre en synergie les intervenants du premier recours, des établissements de santé (dont notamment les hôpitaux de proximité, les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et l'hospitalisation à domicile (HAD)), des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des établissements médico-sociaux, pour une articulation optimisée au bénéfice des usagers du territoire.
S'appuyer sur le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), s'inscrivant comme levier d'optimisation de cette coordination.
Concernant le focus sur les personnes en situation de précarité, l'objectif vise à (ré)inscrire la personne dans un parcours de soins et de santé et à l'accompagner dans les démarches visant son accès aux droits et à l'autonomie, en priorisant le droit commun et en s'appuyant selon nécessité sur l'offre spécifique passerelle qui est à renforcer et développer, toujours en lien étroit avec l'écosystème (l'amont, l'aval). Il a pour but également de mettre en place un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes.

Les résultats attendus

La mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours (favoriser des parcours fluides).
Une coordination des soins et des parcours de santé optimisée, reposant sur une approche transversale, centrée sur l'usager et son entourage, entre:

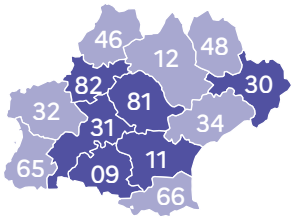
- L'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge intervenant en proximité, soit le médecin traitant et les autres professionnels de santé ambulatoires, médicaux et paramédicaux,
- Les acteurs du soutien à l'autonomie, tels que les intervenants du secteur médico-social et social,
- Les professionnels exerçant en établissements de santé.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés
PRAPS
Transformation numérique en santé

Parcours associés

Vieillissement
Cancer
Maladies chroniques
Handicap
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#3**

Promouvoir une complémentarité entre les acteurs de sante hospitaliers, de la ville et du secteur social pour fluidifier les échanges et les pratiques dans la mise en œuvre et le suivi du parcours de soins et de l'après traitement de tous les patients atteints de cancer, de maladies chroniques et de pluri-pathologies

Le défi à relever

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les constats

- Coordination entre les acteurs hospitaliers et les acteurs de ville insuffisamment développée.
- Difficulté de repérage d'un référent pour assurer la bonne coordination ville-hôpital du parcours de soins.
- Déploiement insuffisant et/ou usage limité des outils numériques facilitant le suivi des patients au domicile, ce qui pénalise la fluidité des échanges de données entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

Freins identifiés :

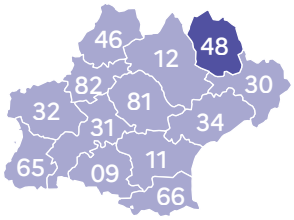
- Manque d'harmonisation des outils numériques et insuffisance de leur usage pour l'échange et le partage de données entre les acteurs de santé de la ville et de l'hôpital.
- Manque de valorisation du temps de coordination (ex. : IDE de coordination), facteur limitant des liens ville-hôpital.

Leviers :

- Déploiement des CPTS et des DAC, levier d'optimisation de la coordination avec les GHT, les HAD et les hôpitaux de proximité.
- Evolution des pratiques en ville et à l'hôpital : Infirmier en pratique avancée (IPA).
- Expérimentations en cours de type Article 51
- Travaux en cours sur l'évolution du dossier communicant cancer, déploiement du DMP
- Développement de la télésanté et en particulier de la télésurveillance
- Mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de traitement du cancer
- Mise en œuvre de la stratégie décennale cancer 2021-2030 et des mesures de la feuille de route régionale cancer.
- Réforme en cours des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), qui seront articulés avec les DAC, les CPTS et les MSP.
- Actions du Dispositif Régional Spécifique en Cancérologie (DRSC) en faveur de la lisibilité de l'offre de soins et de l'offre de soins de support (annuaires, recommandations).

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

L'objectif

Assurer la coordination des acteurs hospitaliers et du domicile pour le suivi des patients :

- S'appuyer sur les différentes formes d'exercice coordonné et sur les dispositifs territoriaux de coordination pour assurer la continuité des parcours de soins entre la ville et l'hôpital en sortie d'hospitalisation ou en cas de nécessité de ré-hospitalisation.
- Définir le périmètre d'action des professionnels susceptibles de coordonner les échanges entre le domicile, le secteur hospitalier et les secteurs social et médico-social.
- Développer les outils numériques d'interface, d'échange et de partage, en favorisant leur appropriation par les professionnels.
- Optimiser le suivi des thérapies orales à domicile, des chimiothérapies et de l'immunothérapie injectables en HAD.

Les résultats attendus

Un accompagnement des patients structuré et efficace à toutes les étapes de la maladie.

En pratique

- Expérimentation Article 51 sur la thématique du cancer et des maladies chroniques.
- Renforcer le développement de la chimiothérapie injectable en HAD

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#4**

Préserver et conforter une réponse de proximité dans tout le département dans le cadre d'une recomposition majeure de l'offre hospitalière

Le défi à relever

Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les constats

Une recomposition majeure de l'offre hospitalière au niveau départemental implique nécessairement une évolution globale de l'offre de soins pour tenir compte de l'impact notamment en termes de distance même relative que cela peut générer pour la population du département.
Si cela n'impacte pas ou peu les délais d'accès aux soins urgents et vitaux, l'éloignement potentiel du plateau technique et des consultations de spécialistes doit conduire à redessiner l'offre de proximité.

L'objectif

Structurer l'offre du département dans la perspective d'une recomposition majeure de l'offre hospitalière.

Les résultats attendus

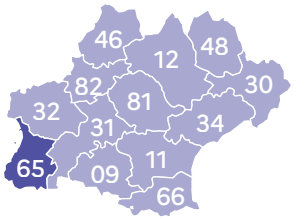
La recomposition de l'offre doit permettre d'anticiper la construction d'une offre de soins pertinente et intégrée au projet médical du GHT, induisant la redéfinition des objectifs quantifiés d'autorisation de soins du département. Cela doit permettre à tous les acteurs du champ de la santé d'accompagner la restructuration de cette offre, notamment en organisant des consultations avancées, en développant les équipes mobiles de façon coordonnée et en adaptant l'offre des hôpitaux de proximité qui maillent le territoire.

En pratique

- Mettre en place un protocole pour accéder directement aux avis des spécialistes du second recours.
- Renforcer les autorisations sur les territoires dans la perspective de la concentration et mutualisation de plateaux techniques.
- Etoffer l'offre d'aller-vers notamment les équipes mobiles gériatriques et l'action des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).
- Organiser un parcours de soins palliatifs autour d'une unité, de Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP), d'expertises existantes du domicile (Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), Hospitalisation à Domicile (HAD), Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) pour développer l'offre d'aller-vers en lien avec un besoin croissant.
- Promouvoir les dispositifs d'équipes mobiles hospitalières (Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Equipe mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (EMPPA), Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Equipe mobile d'Expertise en réadaptation (EMER) ...) et d'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP), en adéquation avec les besoins départementaux.
- Promouvoir les Equipes Parcours Santé Personnes Agées (EPSPA).
- Renforcer l'action des hôpitaux de proximité (notamment sur les maladies neurodégénératives en faisant évoluer l'offre d'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) ...).

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers



Objectif priorisé par les territoires

DÉFI **#3**

Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels

Les enjeux

Notre système de santé est confronté à de nouveaux défis liés notamment à l'augmentation de l'espérance de vie et à la chronicité des maladies, avec des patients, qui doivent être pris en charge plus longtemps et nécessitant souvent une plus grande diversité d'intervenants.
Quatre défis majeurs sont à relever :

- Répondre aux défis du vieillissement de la population
- S'adapter au développement des maladies chroniques
- Se moderniser pour faire face à la persistance de fortes inégalités sociales et territoriales en matière de santé
- Répondre au défi de la démographie médicale

Face à ces défis, le numérique constitue un des leviers pour développer et simplifier la coordination entre médecine de ville, médico-social et hôpital au profit de l'usager acteur de sa santé. Le déploiement de services numériques régionaux de coordination (Solution E-parcours, Annuaire…), complémentaires des services socles nationaux (Dossier Médical Partagé, Messagerie Sécurisée de Santé, e-prescription) permettra une prise en charge décloisonnée permettant d'éviter les ruptures de parcours.
Avec le lancement en janvier 2022 de Mon Espace Santé, la feuille de route "Ma santé 2022" a permis de poser les fondations du développement de ces services numériques. Leur intégration dans la pratique professionnelle est souvent longue et complexe à mettre en œuvre. Elle nécessite aujourd'hui que :

- Les outils développés répondent mieux aux attentes des utilisateurs du territoire ;
- L'impact organisationnel ne soit pas sous-estimé ;
- L'interopérabilité se développe, dans un cadre régulé et éthique ;
- L'offre de services numériques publics territoriaux soit plus lisible.

De nombreux enjeux persistent donc, afin que les usages sur le terrain progressent et que le « numérique soit au service de la santé, et contribue à faciliter l'accès aux soins, développer la prévention et améliorer la qualité de la prise en charge » (Feuille de route du numérique en santé 2023-2027).

Les objectifs opérationnels

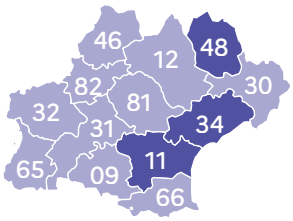
- Accompagner les acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans leur transformation numérique
- Développer l'usage des services numériques dans la coordination des parcours

Thèmes associés

Transformation numérique
Urgences et soins non programmés
Soins primaires
Qualité Sécurité Usagers
Soins hospitaliers
PRAPS

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels

LA PAROLE AUX CITOYENS

Créer une plateforme internet unique où les médecins pourront coordonner un parcours de soins et un suivi patient.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Recevoir des infos sur la prévention par SMS ou via une application.

Participant de l'Ariège à la consultation digitale

Développer encore plus la téléconsultation et labelliser les applications qui le propose pour avoir un gage de confiance quand on les utilise.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

En résumé : moins de papiers, du numérique oui, mais relié, connecté entre les services, et une meilleure visibilité pour les médecins traitants des possibilités pour leurs confrères et consœur de nous recevoir.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

Développer une application ludique de suivi santé.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Il faudrait que les applications soient capables de nous informer en temps réel du retard et/ou du temps d'attente chez les professionnels afin que les visites soient plus fluides et que les malades ne s'agglutinent pas dans les salles d'attente pendant des heures.

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Accompagner les acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans leur transformation numérique

Le défi à relever

Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels

Les constats

Les programmes de financement à l'usage (HOP'EN, SUN ES, ESMS numérique) ont permis de poursuivre les efforts pour amener l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux – publics, privés et ESPIC – vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information (interopérable, convergent et sécurisé).
Près de 80% des établissements de santé et 20% des ESMS se sont engagés dans la dynamique, qu'il est nécessaire de poursuivre.
La mise en œuvre d'actions plus ciblées ainsi que les retours d'expérience des acteurs en région sont des leviers qui doivent permettre de généraliser la transformation numérique du secteur.

L'objectif

Poursuivre, de façon plus ciblée, l'accompagnement des établissements sanitaires, médico-sociaux et des structures d'exercice coordonné (CPTS et DAC) dans l'atteinte des différents prérequis techniques et l'équipement nécessaire au partage généralisé, fluide et sécurisé des données de santé.

Les résultats attendus

Atteindre une « masse critique » d'établissements et professionnels de santé dotés de l'ensemble des prérequis techniques au partage généralisé, fluide et sécurisé des données de santé, en particulier concernant les logiciels référencés Ségur.

En pratique

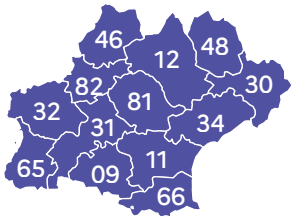
- Poursuivre l'effort de mutualisation des établissements médico-sociaux et leur équipement en Dossier Usager informatisé référencé SEGUR.
- Développer des actions ciblées envers les établissements de santé les moins matures.
- Permettre aux nouvelles structures de coordination de s'équiper en outils de gestion conformes à la doctrine du numérique en santé.

Thèmes associés

Transformation numérique
Soins primaires
Urgence et soins non programmés
PRAPS

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

763 ESMS financés, représentant près de 19% des établissements dans le cadre de **50** projets

185 ES financés, représentant **61%** des ES et 7**6%** de l'activité de la région

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Développer l'usage des services numériques dans la coordination des parcours

Le défi à relever

Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels

Les constats

La feuille de route Ma Santé 2022 et le Ségur Numérique ont permis de rattraper le retard et d'accélérer le développement du numérique en santé. La doctrine du numérique en santé est aujourd'hui l'assurance pour tous, professionnels et citoyens de disposer de services numériques répondant à des règles strictes (interopérabilité, sécurité et éthique) et s'appuyant sur des référentiels et des services socles. Ils facilitent les parcours patients et la prise en charge coordonnée en permettant le partage de données de santé (Dossier Médical Partagé, Messageries Sécurisées de Santé, …).
Mon Espace Santé, carnet de santé électronique du citoyen est ainsi ouvert pour 98% de la population. Il propose une offre de services numériques référencés. L'alimentation du DMP et l'utilisation des MSSanté progressent. L'offre de services numériques régionaux de coordination et d'orientation reste à clarifier et ses usages à développer.
L'interopérabilité, la fiabilité des référentiels et annuaires demeurent un enjeu pour faciliter l'intégration de ces services et leurs usages par les professionnels de santé.

L'objectif

Accompagner l'usage par les professionnels de santé d'un bouquet de services nationaux et régionaux adaptés à leur pratique et aux enjeux de la politique régionale de santé.

Les résultats attendus

Progression du nombre de professionnels utilisant une solution conforme à la doctrine du numérique en santé.

En pratique

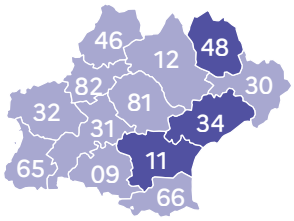
- Créer une cartographie unique des services numériques nationaux et régionaux.
- Sécuriser la convergence des services numériques régionaux (SPICO, DCC, Télésanté…) vers la doctrine nationale du numérique en santé et développer leurs usages.
- Généraliser l'usage de la plateforme numérique des services d'accès aux soins (SAS).

Thèmes associés

Transformation numérique
Urgences et soins non programmés
Soins primaires
Qualité sécurité usagers
Soins hospitaliers
PRAPS

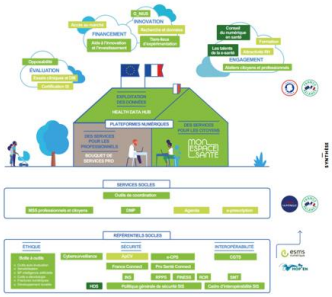
Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés



Près de 35 % des DMP alimentés avec au moins 1 document médical

91% des établissements de santé raccordés à la MSSanté

DÉFI **#4**

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours

Les enjeux

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ont considérablement modifié les besoins des usagers, nécessitant une coordination des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes de plus en plus complexe tout au long de leurs parcours de santé.
Cette coordination personnalisée est rendue d'autant plus nécessaire du fait des progrès technologiques et des innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles.
Une vigilance toute particulière doit être portée, au cours de ces parcours, à l'occasion des transitions entre les différents secteurs d'activité (ambulatoire, sanitaire, médico-social et social) souvent identifiées comme source de ruptures dans la continuité des soins et des accompagnements des personnes.
Enfin, une attention sera portée également envers les publics les plus vulnérables (âge, maladie, déficience, précarité, isolement social…), souvent très éloignés du système de santé et nécessitant des soins ou des accompagnements personnalisés particulièrement complexes.

Les objectifs opérationnels

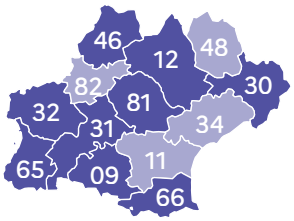
- Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de santé et l'accompagnement des personnes
- Eviter les ruptures de parcours notamment pour les personnes vulnérables et les publics spécifiques
- Favoriser l'interconnaissance, le partage des ressources, et la montée en compétences collectives des acteurs impliqués dans le champ de la santé mentale
- Renforcer, ajuster et coordonner les dynamiques impulsées dans les territoires en soutien du parcours en santé mentale
- Créer un espace d'échanges autour de la sante-précarité permettant une réelle dynamique de territorialité et le développement de synergies
- Faciliter le partage d'informations autour des dispositifs et des actions dans le champ de la santé-précarité

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Vieillissement
Handicap
Cancer
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #4

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours

LA PAROLE AUX CITOYENS

C'est vraiment handicapant le "Tout numérique" !

Participant des Pyrénées-Orientales
à la consultation digitale

Développer les hébergements temporaires ou structures de répits pour les personnes âgées afin de soulager la famille plutôt que de passer par les urgences et faire une hospitalisation qui aboutit à un problème de maintien à domicile.

Participant de l'Aveyron
à la consultation digitale

La difficulté concerne une de mes proches, personne âgée, lorsqu'il s'agit de trouver les bons parcours, les bons professionnels pour trouver des solutions notamment d'hébergement, remplir les dossiers adaptés, s'orienter correctement lorsque la personne part de son département d'origine, accompagner la personne aidante.

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation digitale

Pour des personnes fragiles (handicap, vieillesse...) des guichets de renseignements et d'orientation vers des professionnels ou des parcours de santé. Des guichets avec des interlocuteurs en personne !

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation citoyenne

Organiser à proximité des milieux défavorisés ou des gens en situation de précarité de l'éducation thérapeutique, de la prévention et du dépistage avec un suivi dans la durée.

Participant de l'Ariège
à la consultation digitale

Créer, à l'instar des fonctions des "personnes de confiance " ou référent administratif en institution, une fonction similaire pour les personnes fragilisées par leur santé ou leur grand âge vivant à domicile, qui servirait d'interlocuteur avec les professionnels de santé et du grand âge.

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de santé et l'accompagnement des personnes

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours

Les constats

- La méconnaissance ou l'absence de lisibilité des rôles et places des différents dispositifs de soins, ambulatoires et hospitaliers, pouvant être mobilisés dans le parcours de soins du patient, peut entraîner une discontinuité dans la prise en charge.
- Il existe un manque de connaissance des limites d'intervention de chacun notamment entre les équipes d'appui et les équipes effectrices de soins.
- Les personnes cumulant les vulnérabilités (âge, handicap, troubles psychiques) présentent plus que les autres des besoins itératifs de soins, les exposant à un risque plus élevé de rupture dans leur parcours de santé et de la continuité de leur prise en charge et leur accompagnement entre les secteurs sanitaires et médico sociaux.
- Le dispositif des équipes mobiles hospitalières (Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Equipe mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (EMPPA), Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Equipe mobile d'Expertise en réadaptation (EMER) ...) et d'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP) répondent insuffisamment aux besoins de la prise en charge au domicile des personnes âgées ou présentant des déficiences importantes et souvent très dépendantes, plus particulièrement d'évaluation et de support sur les lieux de vie pour les usagers et professionnels des établissements médico-sociaux.
- L'insuffisance de sensibilisation, d'anticipation et d'adaptation du système de soins hospitaliers dans la continuité du parcours de soins est à l'origine de passages trop fréquents par les services des urgences hospitalières de certains publics, à défaut d'une admission directe dans une unité d'hospitalisation plus adaptée ce d'autant qu'ils sont connus de la structure et/ou leur pathologie(s) chronique(s) déjà prise(s) en charge.

L'objectif

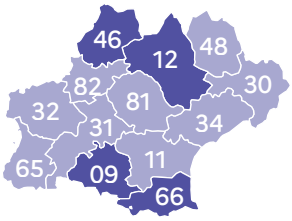
- Renforcer la connaissance des dispositifs de soins ambulatoires et hospitaliers mobilisables par le secteur médico-social et les usagers.
- Renforcer les compétences médico-soignantes au service des usagers des structures médicosociales.
- Formaliser les liens et interactions directes entre les acteurs du sanitaire et des structures médico-sociales.
- Améliorer et simplifier l'organisation du parcours de santé de la "personne âgée" "vivant avec un handicap" et "handicapée vieillissante" notamment en matière de soins non programmés.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Urgences et soins non programmés
Transformation numérique

Parcours associés

Santé mentale
Maladies chroniques
Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Les résultats attendus

- Obtenir une meilleure lisibilité des dispositifs d'offres de soins, des professionnels et structures à mobiliser en direction des usagers et professionnels des établissements médico-sociaux.
- Améliorer la connaissance des besoins des personnes vivant avec un handicap par les acteurs sanitaires (Cf. fiche E3-D1-O4).
- Organiser l'accessibilité directe et la mobilisation des unités gériatriques de Court séjour, de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et d'Hospitalisation à Domicile (HAD) pour les usagers et professionnels des structures médico-sociales.
- Conforter et renforcer les activités ambulatoires de consultation notamment de suivi, d'HTP, des équipes mobiles et de l'HAD dans leur rôle propre, plus particulièrement externe, pour assurer la prise en charge la plus adéquate dans les structures médico-sociales.
- Poursuite de l'ancrage des Equipes Parcours Santé Personnes Agées (EPSPA) (Cf. fiche E3-D4-O3).
- Améliorer la transmission des informations relatives à la prise en charge des patients entre professionnels sanitaires et médico-sociaux, afin de renforcer l'efficience des parcours et limiter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement.

En pratique

- Amélioration de l'utilisation de l'outil ViaTrajectoire dans la gestion du parcours patient dont la simplification et complétude de son usage
- Le déploiement d'équipes psychiatriques INTERFACE ayant pour missions le soutien, la formation et l'analyse de pratiques auprès des partenaires sociaux et médicosociaux, est à privilégier (Cf. E4-D4-O3).

Objectif Opérationnel **#2**

Eviter les ruptures de parcours notamment pour les personnes vulnérables et les publics spécifiques

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours

Les constats

La prise en charge des populations est encore trop centrée sur l'hôpital.
La multiplicité des acteurs et des structures et leur manque de coordination, ainsi que le défaut d'anticipation face à certaines situations peuvent être à l'origine de défauts de prises en charges ou de ruptures dans les parcours.
La médecine de parcours implique un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des structures et des moyens en fonction des besoins des malades et de leur entourage … Les relations entre professionnels doivent être renforcées pour étayer le projet de soins du patient ainsi construit.
La structuration d'un parcours et les liens entre les acteurs peuvent être complexifiés par les spécificités des personnes (âge, handicap, troubles psychiques, détention…).
A cet égard, la prévalence de l'obésité et plus particulièrement de l'obésité morbide, nécessite une réponse mieux adaptée pour limiter les effets délétères sur la santé des patients les plus vulnérables.

L'objectif

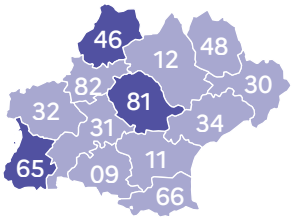
- Permettre aux patients de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment".
- Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients organisée dans la durée anticipant les moments à risque de rupture de prise en charge (suite d'un épisode aigu, sortie d'hospitalisation, entrée en médico-social, sortie d'incarcération…).
- Structurer la réponse aux épisodes aigus et retarder autant que possible l'évolution de la maladie vers un stade plus grave.
- Organiser des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux permettant que les médecins et les équipes de soins primaires autour et avec le patient soient des acteurs majeurs de la prise en charge.
- Mieux repérer les personnes en situations d'obésité ou de risques d'obésité. Développer les connaissances des personnes vulnérables et de leurs médecins sur les maladies induites par la sédentarité et l'obésité (diabète, cancers, maladies cardio-vasculaires). Convaincre les patients de leurs capacités encore mobilisables et les accompagner après d'éventuelles hospitalisations.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
Transformation numérique

Parcours associés

Maladies chroniques
Cancer
Santé mentale
Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Diabète : parmi les personnes hospitalisées pour plaies du pied, **44 %** sont ré-hospitalisées dans les 12 mois suivants pour une nouvelle plaie ou une amputation, et **20 %** sont décédées

données CNAMTS

Les résultats attendus

Développer la coordination des acteurs de soins primaires et secondaires:

- Pour améliorer l'accès aux soins
- Renforcer la promotion de la santé globale
- Soutenir les compétences psychosociales en santé au service de l'autonomie du patient et de son entourage

Développer des actions de coordination des acteurs de soins primaires et secondaires, ciblées sur les moments à risque (épisode aigu, sortie d'hospitalisation, entrée en médico-social, sortie d'incarcération…).

En pratique

Implémenter dans les pratiques le suivi des indicateurs de qualité du parcours de soin conformes aux référentiels HAS : Taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation, taux de patients ayant bénéficié d'un suivi médical après la sortie de chaque hospitalisation pour épisode aiguë (médecin généraliste, cardiologue, pneumologue, …), taux de patients vaccinés contre la grippe dans l'année.

Soutenir l'accès à un médecin référent ou à une équipe de soins primaire référente pour tous les publics.

Objectif Opérationnel **#3**

Favoriser l'interconnaissance, le partage des ressources et la montée en compétences collectives des acteurs impliqués dans le champ de la santé mentale

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

Les constats

De multiples acteurs interviennent dans le parcours de vie et de soins d'une personne (ville-hôpital-social-médico-social) avec parfois des missions et limites ou des périmètres méconnus de chacun.
Ces situations sont à risque de rupture de parcours ou parfois de mésusages des dispositifs ou de sollicitations inadéquates au détriment de la qualité de prise en charge du patient et de la personne accompagnée.

L'objectif

Cette acculturation des professionnels doit permettre une montée en compétence collective et un meilleur partage des ressources au service de la construction de réponses individualisées des personnes.
Cela implique de mutualiser, optimiser et renforcer les collaborations et les acteurs du sanitaire (ville-établissements), du social et du médicosocial.

Les résultats attendus

Développement d'une culture commune via des formations croisées notamment au sein des Contrats Locaux de Santé et Conseils Locaux en Santé Mentale.
Accroissement du nombre de praticiens ayant une activité dans les deux secteurs.
Développement d'actions communes entre le sanitaire et le médico-social, pour une meilleure coopération entre les ESMS et le secteur psychiatrique, notamment dans le cadre des situations complexes.
Montée en compétences des professionnels du social et médico-social sur le sujet de la santé mentale et du handicap psychique.

En pratique

La mise en place de la coordination des PTSM, CLS/ CLSM permettra une animation et une réflexion partagée par territoire permettant de déterminer les solutions les plus adéquates aux besoins locaux en développant :

- Les démarches intégrées (social, MDPH),
- Les stages croisés ES/ESMS,
- Les formations communes,
- Les postes à temps partagés
- Les commissions cas complexes, …

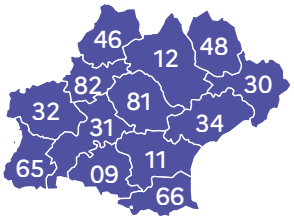
Le déploiement d'équipes psychiatriques INTERFACE ayant pour missions le soutien, la formation et l'analyse de pratiques auprès des partenaires sociaux et médicosociaux, est à privilégier.

Thèmes associés

Soins primaires
Soins hospitaliers
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Handicap
Vieillissement
Parents et enfants vulnérables



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

En Occitanie **100%** des Projets territoriaux en Santé Mentale partagent le constat du besoin d'une meilleure acculturation des acteurs

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#4**

Renforcer, ajuster et coordonner les dynamiques impulsées dans les territoires en soutien du parcours en santé mentale

Le défi à relever

Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

Les constats

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en lumière la santé mentale en tant qu'enjeu public majeur. Elle est aujourd'hui considérée comme composante à part entière de notre santé. Les politiques locales portés par les élus agissent comme des déterminants de la santé mentale des habitants. Cela constitue un tournant concernant nos politiques publiques de santé territorialisées : les collectivités territoriales doivent désormais travailler un volet santé mentale au sein de leur contrat local de santé (CLS) signé avec l'ARS (loi 3DS de 2022).

Les leviers :

Pour ce faire, les collectivités mettent en place avec les acteurs locaux (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) des conseils locaux de santé mentale (CLSM) à l'échelle territoriale du contrat local de santé (échelle communale ou intercommunale).

Par ailleurs, des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) à l'échelle de chaque département ont été co-construits avec l'ensemble des acteurs départementaux.

L'objectif

- Définir un projet local de santé mentale porté par les élus en partenariat avec les acteurs du territoire (dans le cadre d'un Conseil local de santé mentale-CLSM) pour la mise en place d'actions opérationnelles répondant aux besoins des habitants du territoire.
- Mise en œuvre et suivi des objectifs et actions du projet territorial de santé mentale (PTSM) à l'échelle départementale.

Les résultats attendus

- Développer et articuler les actions en santé mentale déployées au niveau local
- Proposer une réponse de proximité en matière de santé mentale

En pratique

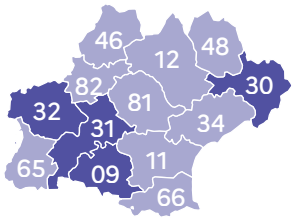
- Appel à projet de labellisation par l'ARS des CLSM existants et à venir qui permettra un financement ARS pour un temps de coordination du conseil local de santé mentale (CLSM) en plus du temps de coordination du contrat local de santé (CLS)
- Financement ARS du temps de coordination pour le coordinateur du Projet territorial de santé mentale (PTSM)

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Soins primaires
Soins hospitaliers
PRAPS

Parcours associés

Santé mentale
Handicap
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

100% de la population Occitane est couverte par un projet territorial en santé mental et **53 %** vit sur un territoire portant une dynamique CLS

Objectif Opérationnel **#5**

Créer un espace d'échanges autour de la sante-précarité permettant une réelle dynamique de territorialité et le développement de synergies

Le défi à relever
Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

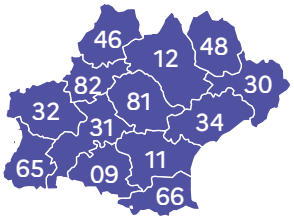
Les constats
Il existe un réel besoin d'interconnaissance (des compétences et missions respectives) et d'acculturation des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé-précarité. La coordination que ce soit entre les acteurs/partenaires ou entre institutions, n'est pas satisfaisante et ne permet pas de créer les synergies nécessaires, en capitalisant sur l'existant. C'est d'autant plus nécessaire au niveau départemental, qui est la maille adéquate pour l'expression et la mise en œuvre des partenariats qui vont agir sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
En point d'attention, l'absence de réponse est démotivante pour les acteurs du territoire qui s'investissent pour la recherche de solutions aux besoins qu'ils identifient. En effet, une vigilance doit être portée sur la capacité de l'ARS à accompagner financièrement les projets émergeant au niveau des comités départementaux (seule ou en partenariat avec les autres acteurs institutionnels), ces comités départementaux constituant un levier pour susciter des nouveaux partenariats, réfléchir à une nouvelle offre, en faisant notamment la promotion des nouveaux dispositifs (SEGUR mesure 27, Assises Santé Mentale …).

L'objectif
Il s'agit de créer un espace d'échanges (au niveau régional et surtout au niveau territorial), sur le champ de la précarité et de créer des synergies avec tous les acteurs/partenaires institutionnels sensibilisés au sujet et à la question plus large des Inégalités Sociales de Santé, dont les SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) qui ont un rôle important à jouer.
Cette mise en réseau et ce partage sont plébiscités, pour une meilleure lisibilité et visibilité des actions conduites et des intervenants. Il faut donc clarifier les portages et co-portages, pour instaurer une coordination réellement opérationnelle.
Le modèle ne peut pas être unique et il convient d'abord de rationnaliser de manière spécifique à chaque territoire, le rôle des comités existants, dans le cadre d'une approche globale en prévention et promotion de la santé.

Les résultats attendus
Des espaces (au niveau régional et dans chaque département) identifiés et actifs (CR et/ou rapports d'activité), quelle que soit la forme qu'ils prennent.

En pratique
Création d'un comité de pilotage /Comités départementaux PRAPS

Thèmes associés
PRAPS



Objectif à vocation régionale

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#6**

Faciliter le partage d'informations autour des dispositifs et des actions dans le champ de la santé-précarité

Le défi à relever
Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours.

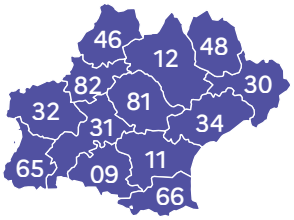
Les constats
La coordination des politiques publiques au niveau régional et au niveau territorial, nécessite pour être efficace, non seulement de disposer d'un espace d'échanges (cf. E4-D4-O5), mais avant tout de pouvoir mettre à disposition (des professionnels, bénévoles, institutionnels, usagers, aidants) les informations relatives aux dispositifs et actions existantes.
Cela n'est pas le cas aujourd'hui, avec des informations diffuses et souvent partielles et un large panel de solutions à mobiliser, qui complexifient la lecture et les choix de mise en œuvre, à adapter aux ressources et aux dynamiques du territoire.

L'objectif
Il s'agit de mettre en œuvre un ou des outils, soit existants, soit à créer, pour recenser (en cartographiant) et décrire toute l'offre disponible dans le champ de la santé-précarité. Le périmètre et le territoire d'intervention des différents dispositifs doivent être clairement identifiés, ainsi que les missions socle et optionnelles.
En particulier, les nouveaux dispositifs mobiles (issus du SEGUR), récemment déployés ou en cours de déploiement, encore méconnus, doivent être médiatisés et valorisés auprès des professionnels, surtout ceux du premier recours.
Mais ces nouveaux dispositifs ne tiennent pas toujours compte de l'existant, qu'ils viennent fragiliser, d'où l'accompagnement indispensable sur la complémentarité et la subsidiarité entre toutes les réponses possibles en termes d'offre.

Les résultats attendus
La proposition partagée et connue de tous les acteurs d'outils telles que des informations de type FALC, des définitions, d des cartes …

En pratique
S'appuyer sur la plateforme SOLIGUIDE (DREETS), le ROR, …
Site dédié au PRS, sante.fr

Thèmes associés
PRAPS



Objectif à vocation régionale

5

ENGAGEMENT

Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prise en charges et des accompagnements

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prise en charge et des accompagnements

5 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles..... **152**
DÉFI #2
Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge..... **159**
DÉFI #3
Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles..... **164**
DÉFI #4
Favoriser le développement de la pertinence dans une logique de parcours **168**

LA PAROLE AUX CITOYENS

Des indicateurs qualités des structures de santé et des professionnels de santé en exercice (coordonné ou pas) : délais, composition des équipes, spécialités, parcours de santé coordonné mis en place, ...

Participant de l'Hérault
à la consultation digitale

Un service comme les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), accessible au public qui pourrait renseigner sur les ressources du territoire mais avec une labellisation de la qualité (en terme de formation notamment).

Participant du Gard
à la consultation digitale

Remettre sur pied le service public hospitalier avec des objectifs de qualité de prise en charge évalués et étudiés par les professionnels sur le terrain et par les patients, et non pas par des dispositifs d'accréditation qui sont déconnectés et reflètent très mal les réalités de terrain.

Participant du Lot
à la consultation digitale

Mieux former les professionnels de santé à prendre en considération l'expérience du patient quant à sa maladie et les difficultés auxquelles il est confronté. Cette posture d'écoute et d'attention est nécessaire au processus de soin, et participe au moindre recours à de multiples consultations, voire aux urgences.

Participant du Tarn
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Les enjeux

La crise sanitaire du Covid-19, inédite par son ampleur et par sa durée, qui a touché l'ensemble du territoire français, métropolitain et ultra-marin, a réaffirmé la nécessité de renforcer la préparation de l'ensemble du système de santé aux situation sanitaires exceptionnelles.
L'actualité de ces dernières années montre la nécessité criante d'adapter le système de santé à de nouveaux risques (accidents industriels, changement climatique, attentats, cyberattaques …), tout en maintenant un niveau de prise en charge de la population à la hauteur de ses attentes. Il est fondamental que l'ARS, maillon essentiel de la coordination et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, s'engage, avec ses partenaires, au travers de son PRS, dans l'anticipation, la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
Que ce soit une cyberattaque, un afflux massif de patients, la prise en charge de blessés psychiques, le risque épidémique et climatique, le risque épidémique et biologique, le risque radiologique et chimique, chaque situation est susceptible de créer un choc sur l'offre de soins, tant à la ville qu'à l'hôpital. Il est donc essentiel de protéger notre système de santé, de coordonner la mobilisation des structures de soins et des professionnels de santé, de définir notamment les parcours de soins des patients victimes de l'évènement et de structurer leurs filières de prise en charge.
La réussite de l'anticipation, la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles passe le développement d'une expertise au profit des acteurs de la région et d'une culture partagée pour un engagement de tous.
Pour autant, la gestion d'un évènement de grande ampleur ne saurait engendrer des pertes de chances pour les patients atteints de maladie chronique.

Les objectifs opérationnels

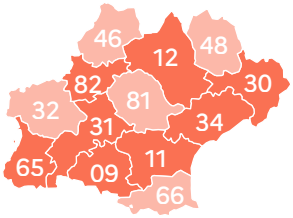
- Renforcer le niveau de sécurité numérique de notre système de santé
- Partager la culture « situations sanitaires exceptionnelles »
- Développer l'expertise en matière de situations sanitaires exceptionnelles
- Structurer la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
- Combattre les pertes de chance générées par la perturbation de la prise en charge des patients en période de crise

Thèmes associés

Situations sanitaires exceptionnelles
Transformation Numérique

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques
Handicap
Santé mentale
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Vieillissement
Violences et santé



Défi priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#1**

Renforcer le niveau de sécurité numérique de notre système de santé

Le défi à relever
Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Les constats
L'augmentation de la menace et la multiplication des attaques cyber sur les établissements sanitaires et médico-sociaux ont des conséquences fortes sur la prise en charge des patients et sur la continuité des soins. Le nombre d'incidents cyber déclarés en 2021 a doublé par rapport à 2020.
Si le plan de relance cybersécurité ministériel lancé en 2021 a permis de commencer à élever le niveau de sécurité numérique, les établissements de santé et médico-sociaux accusent encore un retard important pour faire face à des actes de cyber malveillance de plus en plus sophistiqués.
Les ressources humaines et la part du budget consacré au numérique dans les établissements doivent progresser pour mieux répondre aux nouveaux enjeux de sécurité numérique.

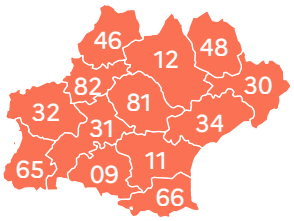
L'objectif
Le renforcement du niveau de sécurité numérique des établissements ainsi que l'anticipation de la gestion de crise visent à minimiser les impacts d'une cyber attaque sur la continuité des soins et la prise en charge des patients tant au niveau d'un établissement qu'au niveau territorial.

Les résultats attendus
Chaque établissement – a fortiori Opérateur de Service Essentiel - a atteint un niveau de conformité SSI (en cours de définition).
Il réalise régulièrement un audit et un exercice de continuité d'activité en mode numérique dégradé et dispose d'une organisation permettant la continuité des prises en charge en cas d'incident cyber
Les établissements disposent d'un budget suffisant et de ressources humaines pérennes pour exploiter les solutions de sécurité numérique acquises

En pratique
- Accompagner les établissements dans l'anticipation et la préparation de la gestion de crise en mode numérique dégradé
- Sensibiliser les personnels des établissements au risque cyber et à l'hygiène informatique
- Accompagner la sécurisation des SI des établissements

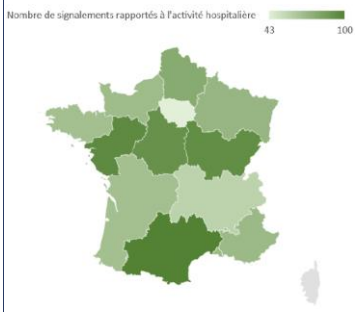
Thèmes associés
Qualité, sécurité, pertinence
Transformation numérique

Parcours associés
Cancer
Maladies chroniques
Handicap
Santé mentale
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Vieillissement
Violences et santé



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés
733 incidents déclarés en 2021 pour le domaine de la santé au niveau national



Source : Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour le secteur santé

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Combattre les pertes de chance générées par la perturbation des prises en charge en période de crise

Le défi à relever

Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Les constats

La crise du COVID 19 a mis en évidence un enjeu organisationnel des soins pour éviter des pertes de chance aux patients atteints de maladies chroniques et/ou de cancer, dans un contexte épidémique marqué par la forte mobilisation des soignants et des ressources matérielles au profit des patients malades. En Occitanie, la crise sanitaire a notamment fortement impacté la participation aux dépistages organisés des cancers sur la période d'avril 2019 à avril 2020 (incluant la durée du confinement) durant laquelle il a été rapporté une baisse de 95 % du nombre de dépistages du cancer colorectal et une baisse de 93 % du nombre de dépistages du cancer du sein avant un net rattrapage. De la même manière, l'activité de traitement du cancer en établissement autorisé a été impactée par la crise Covid-19 entre 2020 et 2021. Un suivi spécifique pour les patients atteints de cancer a été effectué en Occitanie dans le cadre d'un COPIL associant Onco-Occitanie (le Dispositif Spécifique Régional du Cancer), l'ARS, les professionnels de santé et les usagers.

L'objectif

Combattre les pertes de chance par une attention accrue à la continuité des prises en charges en période de crise.

Pour le volet maladies chroniques :

- Repérage des patients à risque
- Coordination et multidisciplinarité
- Suivi des exacerbations
- Suivi au long cours

Pour le volet cancer :

- Assurer la poursuite des dépistages des cancers
- Garantir l'accès aux thérapeutiques pertinentes dans des délais adaptés
- Assurer l'accès à des soins de support le plus en proximité possible

Les résultats attendus

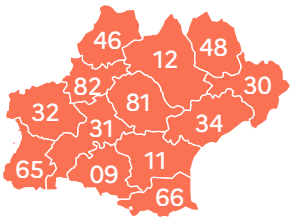
Une prise en charge des personnes sans perte de chance malgré une crise sanitaire d'ampleur nationale.
Instaurer une « médecine de parcours » requérant la mobilisation de tous les acteurs de santé autour d'un objectif partagé : parvenir à organiser ensemble à l'échelle d'un territoire, le fonctionnement gradué du système de soins, en établissant des passerelles entre professionnels et secteurs d'activité.

Thèmes associés

Situations sanitaires exceptionnelles

Parcours associés

Cancer
Maladies chroniques



Objectif à vocation régionale

En pratique

Déployer des mesures spécifiques d'information du public et de mise en place de diagnostics rapides, en cas d'interruption des programmes de dépistage organisés de cancer.
Organiser les transferts de patients vers des structures moins impactées par la crise au moyen de coopérations, ou en constituant des filières distinctes au sein de l'établissement. Le cas échéant, prévoir également des reports de soins, sous réserve de la balance bénéfices/risques.
Envisager des choix de stratégies thérapeutiques alternatives et des modalités de soins limitant la présence à l'hôpital (HAD post intervention, Hospitalisation à domicile (HAD), chimiothérapie anticancéreuse per os, irradiation hypo-fractionnée, consultations via les applications de télésanté …).
Assurer la continuité de l'accès à des soins de support le plus en proximité possible en s'orientant vers une offre en ligne ou en maintenant un accès en mode dégradé au panier de soins.
Maintenir, autant que faire se peut, le dispositif de repérage et de soutien aux aidants, notamment pour limiter le recours aux hospitalisations de répit ou aux services d'urgence en situation de tensions hospitalières.

En anticipation des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) pour les maladies chroniques : Intégrer les acteurs sanitaires et sociaux sur un territoire dans une démarche populationnelle :
L'intégration est un processus dynamique dont les principales composantes sont :

- La mise en place d'un guichet intégré apportant la même réponse quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne
- L'utilisation d'un outil unique d'évaluation de la personne,
- L'accès à des « case managers », ou assistants de parcours,
- L'échange et le partage de données grâce au système d'information.
- Accompagnement des patients par des « personnes profanes »

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Structurer la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle

Le défi à relever
Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

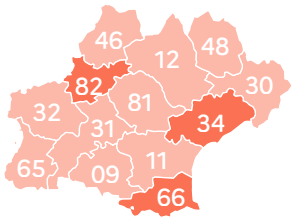
Les constats
Les risques et les menaces ont évolué durant ces dernières années (menace terroriste, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques, etc.). Le système de soins se doit de s'adapter à ces nouvelles contraintes pour la bonne prise en charge des patients.

L'objectif
Le système de santé doit à tout moment être en mesure d'assurer la prise en charge médicale de patients (blessés, impliqués, malades), requérant parfois des soins spécialisés de haute technicité, dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle.

Les résultats attendus
En fonction des conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle et de la typologie des patients (blessés ou malades) induite, planification de la mobilisation des opérateurs de soins et des professionnels de santé et détermination des parcours de soins et des filières de prise en charge des patients. Cette réponse s'appuie sur des dispositifs de mobilisation spécifiques à chaque opérateur de soins dans tous les secteurs de l'offre de soins (ambulatoire de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux).

En pratique
Formaliser une meilleure coordination des dispositifs existants dans les 3 secteurs sanitaires (ambulatoire, hospitalier, médico-social) sur les 5 volets du dispositifs ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle): ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes non contaminées), ORSAN MEDICO-PSY, ORSAN EPI-CLIM, (phénomènes climatiques) ORSAN NRC (nucléaire, radiologique, chimique), ORSAN REB (risque épidémique et biologique)
Développer la coopération transfrontalière

Thèmes associés
Situations sanitaires exceptionnelles



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés
21 Septembre 2001 :
Explosion de l'usine AZF
30 morts,
+ de 8 000 blessés

Canicule d'Août 2003 :
20 000 morts (France)

Novembre 2015 :
Attentat du bataclan
131 morts et **413** blessés
(Paris)

Juillet 2016 :
Attentat du 14 juillet
86 morts et **458** blessés
(Nice)

2020-Présent :
Pandémie COVID-19
+ de 147 000 morts à
fin mars 2023 (France)

Objectif Opérationnel **#4**

Développer l'expertise en matière de situations sanitaires exceptionnelles

Le défi à relever
Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

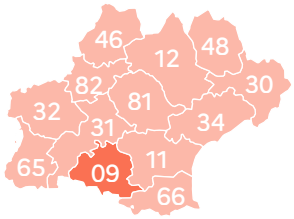
Les constats
La multitude de types de risque (radiologique, chimique, bactériologique, traumatique, médico-psychologique...) nécessite des prises en charge de victimes de haute technicité.

L'objectif
Être en capacité d'assurer la prise en charge des victimes de toute nature sur le territoire régional

Les résultats attendus
Disposer d'un réseau de référents par grands domaines de situations sanitaires exceptionnelles

En pratique
Identifier les ressources du territoire,
Construire et animer un réseau d'expert par typologie de prises en charge de victimes,
Faire de l'établissement sanitaire régional de référence un acteur prépondérant en matière de situations sanitaires exceptionnelles notamment pour assurer des missions d'expertise, de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des victimes dans les établissements sanitaires, pour fournir des conseils en matière d'organisation dans la prise en charge des patients

Thèmes associés
Situations sanitaires exceptionnelles



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #5

Partager la culture « situations sanitaires exceptionnelles »

Le défi à relever
Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles

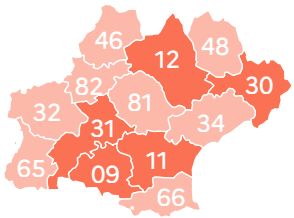
Les constats
La pandémie Covid-19 a mis en exergue que la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle de grande ampleur était l'affaire de l'ensemble des professionnels de santé, des institutions et autorités. La bonne prise en charge des patients ou des victimes nécessite une parfaite coordination des acteurs.

L'objectif
Développer une culture individuelle et collective de l'anticipation, la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Les résultats attendus
L'acculturation de l'ensemble des parties prenantes à ces situations afin que chacun connaisse les dispositifs de prise en charge, trouve sa place dans la chaine de prise en charge des patients et des victimes, participe à l'organisation territoriale de prise en charge, adopte les bons réflexes.

En pratique
Former les acteurs selon leurs besoins et leurs profils
S'exercer à la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
Organiser un séminaire régional dédié aux situations sanitaires exceptionnelles

Thèmes associés
Situations sanitaires exceptionnelles



Objectif priorisé par les territoires

DÉFI #2

Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Les enjeux

L'amélioration de la qualité du système de santé dans sa globalité repose sur un engagement de tous les acteurs quelle que soit leur place dans le système : dans la relation soignant/soigné, accompagnant/accompagné, dans la gestion des structures de santé et médico-sociales, dans la construction des parcours de santé et de vie, dans les politiques publiques et dispositifs portés par l'ARS.
Cela nécessite de partager une vision commune sur les enjeux de la qualité et les leviers d'amélioration entre citoyens, professionnels, associatifs et ARS.
Sur un plan national, les incitations pour faire de la qualité et de la pertinence une boussole des organisations de santé et médico-sociales se multiplient : la certification dans sa nouvelle version, le renforcement du financement à la qualité (IFAQ) et les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) pour les établissements de santé ; la publication du dispositif d'évaluation de la qualité et la mise en place du nouveau décret sur les conseils de vie sociale (CVS) dans les établissements et services médico-sociaux ; analyse des évènements indésirables graves et travail en équipe pour les soins primaires.
Les structures d'appui qui accompagnent les professionnels et outils qui soutiennent les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des accompagnements font partie des leviers d'amélioration de la qualité du système de santé et de promotion d'une culture partagée. Ces leviers contribuent à redonner du sens et de pouvoir d'agir aux professionnels, contribuant ainsi à leur qualité de vie au travail.
La consolidation des données éclairant le niveau de qualité des soins et des accompagnements permettront de partager le diagnostic, prioriser les actions mais également de nourrir le débat avec l'ensemble des parties prenantes, dont les habitants de l'Occitanie

Les objectifs opérationnels

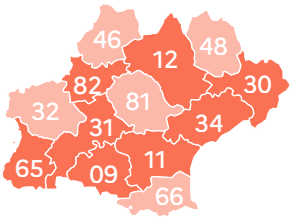
- Améliorer les modalités de recueil des EI et signaux faibles et inscrire leur traitement dans une culture de l'erreur positive
- Encourager le partenariat avec les structures d'appui (SRA, OMEDIT, CRATB, CEPIAS…) pour accompagner les professionnels et les établissements/services dans la démarche qualité
- Favoriser le partage d'expérience et le développement d'outils adaptés à la réalité des professionnels et des usagers.
- Initier ou développer le management par la qualité, notamment dans les ESMS et le premier recours (via les projets de santé des structures d'exercice coordonné)

Thèmes associés

Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #1

Améliorer les modalités de recueil des EI et signaux faibles et inscrire leur traitement dans une culture positive de l'erreur

Le défi à relever

Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Les constats

Le recueil des évènements indésirables et leur analyse sont une démarche indispensable pour identifier les actions à mettre en place afin de sécuriser les prises en charge et les accompagnements. Or, les circuits de remontée des évènements indésirables et des signaux faibles sont multiples et peu lisibles. L'enjeu est majeur de pouvoir croiser ces signaux pour enrichir la vision des structures de santé et médico-sociales et orienter la politique qualité de l'ARS afin de les traduire en appui concret aux professionnels.
Si le nombre de déclaration des EIG (Evénements indésirables graves) a augmenté, il subsiste une sous-déclaration qui s'explique par une réticence des professionnels qui craignent des sanctions. De plus trop souvent l'intérêt de la démarche est insuffisamment compris par les déclarants.
Au-delà du cadre réglementaire qui prévoient la transmission des données à l'ARS, il est nécessaire que la démarche d'analyse des EIG entre en routine au niveau des équipes pour venir ensuite nourrir la démarche qualité des structures de santé et médico-sociales.

L'objectif

L'objectif est multiple. Il s'agit de :

- clarifier les circuits de remontée des EI et signaux quel que soit leur origine et de fiabiliser leur traitement, par les déclarants et par l'ARS
- établir un lien de confiance avec les professionnels pour les inciter à déclarer
- utiliser l'analyse partagée de ces données pour alimenter la politique régionale en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des accompagnements

Les résultats attendus

- Un risque moindre pour le patient
- Une augmentation des remontées et du traitement des EI et signaux faibles
- Une lisibilité et une communication sur les circuits de remontées et de traitement des EI et signaux faibles
- Des plans d'action plus en phase avec enjeux des équipes

En pratique

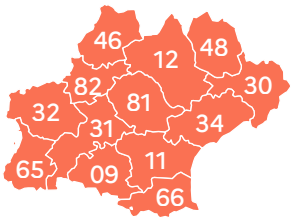
Partager les modalités de gestion des réclamations entre les directions de l'agence régionale de santé
Renforcer l'action de la Structure Régionale d'Appui (SRA) et des autres structures d'appui sur l'accompagnement des établissements sur l'analyse des EIG

Thèmes associés

Prévention promotion de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Objectif Opérationnel **#2**

Encourager le partenariat avec les structures d'appui (SRA, OMEDIT, CRATB, CEPIAS…) pour accompagner les professionnels et les établissements/services dans la démarche qualité

Le défi à relever

Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Les constats

Il existe aujourd'hui, en sus de la Structure Régionale d'Appui (SRA), différentes structures, de statuts différents, qui interviennent dans le champ de la qualité et de la gestion des risques. Elles viennent en appui des structures sanitaires et médico-sociales selon des modalités diverses, avec des missions complémentaires. Afin de gagner en synergie et en lisibilité de l'action des unes et des autres, il sera nécessaire de renforcer l'articulation entre les différentes structures d'appui et de clarifier les modalités de leur mobilisation.

Bien repérées par les établissements de santé, il est nécessaire de développer leur action dans le secteur de la ville et celui du médico-social.

L'objectif

L'objectif est de renforcer l'action des structures d'appui en :

- Communiquant sur leur action, en rendant leurs missions et modalités d'interventions plus lisibles
- Renforçant les moyens mis à leur disposition
- Favorisant l'articulation entre elles
- Rendant leur appui accessible à tous.

Les résultats attendus

Il est attendu :

- Une meilleure connaissance des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins et des accompagnements
- Une meilleure connaissance de l'action de ces structures d'appui par les structures de santé et médico-sociales
- Une hausse des sollicitations faites aux structures d'appui
- Une diversité des modalités d'intervention

En pratique

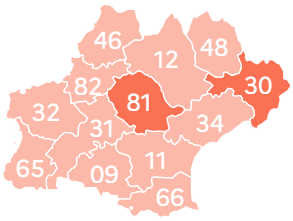
Développement de l'action de la SRA
Renforcement des modalités d'articulation (Qui avec qui ?)
Renforcement des collaborations (projets communs entre les structures)

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
PRAPS
Prévention, promotion de la santé
Santé environnement
Qualité, sécurité, pertinence
Situations sanitaires exceptionnelles
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Violences et santé

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #3

Favoriser le partage d'expérience et le développement d'outils adaptés à la réalité des professionnels et des usagers

Le défi à relever

Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles

Les constats

Les recommandations de bonnes pratiques, les injonctions réglementaires, les dispositifs d'évaluation, tout aussi pertinents soient-ils, ne sont pas facilement appropriables par les professionnels en exercice.
Leur mise en œuvre par les acteurs de terrain nécessite des adaptations qui prennent en compte les particularités du territoire, de la structure, des équipes, de la population prise en soin ou accompagnée.
Le partage d'expérience est un levier puissant de mise en commun de savoirs complémentaires, issus de l'expérience de l'ensemble des professionnels et des personnes prises en soins ou accompagnées, qui favorisent l'évolution des pratiques professionnelles.
Il y a donc un enjeu important de favoriser ces dynamiques de déploiement des bonnes pratiques et d'outiller les acteurs.

L'objectif

En s'appuyant sur les acteurs du territoire (professionnels, usagers, structures d'appui), l'objectif est d'impulser au niveau régional ou local :

- Des communautés de pratiques, des cercles de compétences conduisant à une mise en réseau des professionnels, usagers, structures permettant l'apprentissage collectif
- Le développement d'outils favorisant l'opérationnalité de la mise en œuvre des recommandations et dispositifs d'évaluation,
- Une valorisation de l'ensemble de ces outils et démarches pour amplifier l'appropriation des bonnes pratiques et améliorer la qualité des accompagnements et des soins.
- De permettre à chacun de s'autoévaluer au regard des pratiques constatées.

Les résultats attendus

Mise en réseau des professionnels et des usagers
Mise à disposition d'outils ou émergence d'initiatives inspirantes

En pratique

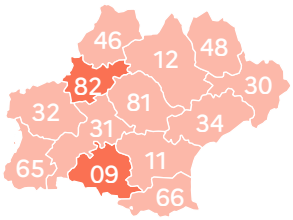
Appel à manifestions d'intérêt
Mise en place de cercles de compétences ou de communautés de pratiques sur certains sujets
Mise en commun d'outils produits par des structures ou collectifs de professionnels et usagers soutenus par la SRA (Structure régionale d'appui)

Thèmes associés

Personne, citoyen, usagers
PRAPS
Prévention, promotion de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Santé environnement
Situations sanitaires exceptionnelles
Soins primaires
Transformation numérique
Urgences et soins non programmés
Violences et santé

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Parents et enfants vulnérables
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#4**

Initier ou développer le management par la qualité, notamment dans les ESMS et le premier recours (via les projets de santé des structures d'exercice coordonné)

Le défi à relever

Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Les constats

La certification des établissements de santé, le financement par la qualité, les CAQES (Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins) sont autant de leviers qui ont conduit les établissements de santé à s'organiser pour entrer dans les démarches qualité et pertinence.
Si cet engagement dans le management par la qualité doit se poursuivre dans les établissements de santé, l'accent doit aujourd'hui être mis sur le secteur médico-social et le premier recours.
La publication du dispositif d'évaluation des ESMS par la HAS en 2022 est une opportunité pour développer la culture qualité dans les établissements médico-sociaux.
Quant aux structures de premier recours le développement des exercices coordonnés permet aujourd'hui de penser également le développement de ces démarches au sein des MSP (Maison de santé pluri-professionnelle) et des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé), en lien avec l'assurance maladie qui rémunère cet engagement via les ACI (Accord conventionnel interprofessionnel).

L'objectif

Il s'agit de sensibiliser, de former, d'accompagner les professionnels des ESMS sur le nouveau dispositif d'évaluation, pour en faciliter l'appropriation et leur permettre au-delà de la contrainte de l'évaluation de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.
Pour le premier recours, il convient de soutenir la mobilisation des professionnels sur le sujet et de trouver les leviers pour faire de la qualité une préoccupation au quotidien dans le cadre des exercices coordonnés.

Les résultats attendus

Mise en œuvre des démarches d'évaluation et inscription des organisations dans des démarches qualité.

En pratique

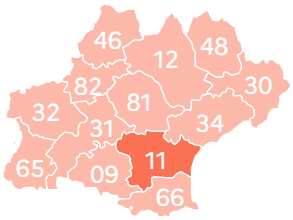
Mise en réseau de référents qualité des ESMS ou MSP pour impulser du partage d'expérience
Déploiement des outils d'évaluation des pratiques professionnelles en MSP

Thèmes associés

Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles

Les enjeux

Le système de santé doit permettre à la population d'Occitanie d'accéder à des soins et des accompagnements de qualité pour répondre à leurs besoins et attentes dans le respect de leurs droits.
L'amélioration des pratiques professionnelles est un défi dont toutes les parties prenantes du système de santé doivent s'emparer. De nombreuses hétérogénéités de pratiques demeurent au sein de la région. En effet, les diagnostics régionaux mettent en évidence des atypies de taux de recours, non justifiées par les spécificités territoriales.
Il s'agit donc à la fois de s'assurer de la connaissance et de l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques quand elles existent, de favoriser la mobilisation des professionnels pour définir des pratiques harmonisées, en l'absence de recommandations nationales et le déploiement des démarches d'évaluation nationales dans les structures :

- La certification des établissements de santé et le référentiel 2020 dans un contexte de montée en charge du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ- enveloppe 700 M)
- Le déploiement de la démarche d'évaluation de la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies dans les ESSMS
- Le volet qualité de l'accord conventionnel interprofessionnel pour les structures d'exercice coordonnées.

Les objectifs opérationnels

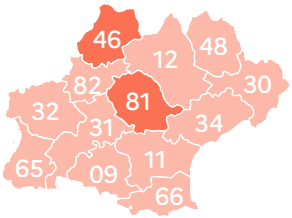
- Faciliter la mise en œuvre de programmes locaux innovants d'amélioration de la qualité et de la pertinence
- Développer une stratégie de définition des pratiques professionnelles partagées et harmonisées en santé mentale dont l'orientation des patients à l'échelle de la région
- Prévenir les infections associées aux soins et l'antibiorésistance

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés
Violences et santé

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#1**

Développer une stratégie de définition des pratiques professionnelles partagées et harmonisées en santé mentale dont l'orientation des patients à l'échelle de la région

Le défi à relever
Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles

Les constats
Le diagnostic partagé a mis en évidence 3 constats :

- Une hétérogénéité importante des fonctionnements des équipes, dispositifs et unités devant pourtant répondre a priori à des missions équivalentes.
  Cette hétérogénéité peut nuire à la lisibilité de l'offre, à l'égalité territoriale d'accès à l'offre, à l'articulation des interventions multi-partenariales et impacter défavorablement la qualité des prises en charge.
- Une actualisation des pratiques peu homogènes sur la région
- Une insuffisance du développement des échanges de pratiques

L'objectif
L'objectif est d'améliorer la qualité des prises en charge sur l'ensemble des territoires de la région en garantissant un accès pour tous aux pratiques et soins validés et actualisés.

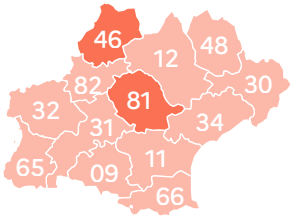
Les résultats attendus
Le prochain PRS doit permettre de réduire cette hétérogénéité au bénéfice d'une amélioration de la qualité des prises en charge.

En pratique
En appui avec la FERREPSY (fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie):

- Formations
- Communautés de pratiques
- Co-élaboration de référentiels régionaux partagés

Thèmes associés
Qualité, sécurité, pertinence

Parcours associés
Handicap
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Prévenir les infections associées aux soins et l'antibiorésistance

Le défi à relever

Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles

Les constats

L'enquête prév'EHPAD en 2016 évaluait à 3% la prévalence des infections associés aux soins chez les résidents en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
Les EHPAD et les médecins généralistes ont régulièrement besoin d'expertise pour la prévention des infections associées aux soins et l'antibiorésistance. Or, certains professionnels n'ont pas accès à cette expertise.
L'Occitanie est en 7ème position des régions les plus consommatrices d'antibiotiques en extra-hospitalier. Or, 93 % des antibiotiques sont dispensés en médecine de ville et 7 % en établissements de santé. Par ailleurs, les prescriptions des chirurgiens-dentistes en 2020 représentent 13% des prescriptions de ville.
Chez les usagers de 75 ans à 84 ans : la consommation est de 24,2 DDJ/1000 h au national et 25,2 DDJ/1000h en Occitanie. DDJ / 1000 h(doses définies journalières pour 1000 habitants)
Une étude demandée par l'Agence Européenne du Médicament publiée en mai 2022 démontrait que 2 tiers des prescriptions françaises de fluoroquinolones visaient des indications non prévues par les recommandations.

L'objectif

1. Renforcer le maillage territorial de la prévention et du contrôle des infections associées aux soins et du bon usage des antibiotiques. Les Equipes Mobiles d'Hygiène et Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie seront développées sur l'ensemble de notre région. Le bon usage des antibiotiques chez la personne âgée sera un axe fort de ce travail.
2. Favoriser les actions en soins de ville permettant la prévention des infections associées aux soins et de l'antibiorésistance. Les actions seront à destination des médecins, pharmaciens, biologistes médicaux, chirurgiens-dentistes et infirmiers.

Les résultats attendus

Objectif 1 :
Diminuer la consommation des antibiotiques et plus particulièrement les antibiotiques les plus générateurs d'antibiorésistance en Occitanie

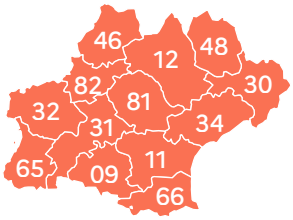
Objectif 2
Améliorer les pratiques pour la prévention des infections associées aux soins par les professionnels de ville. Cette amélioration devra être associée à un meilleur usage des antibiotiques par les professionnels de ville médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et infirmiers.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Qualité, sécurité, pertinence
Santé environnement
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Objectif Opérationnel **#3**

Faciliter la mise en œuvre de programmes locaux innovants d'amélioration de la qualité et de la pertinence

Le défi à relever

Accompagner l'amélioration des pratiques professionnelles

Les constats

L'appel à candidature « Innover pour améliorer la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge hospitalières, médico-sociales et ambulatoires » lancé par l'ARS en 2018 a prouvé que les acteurs de terrain travaillant dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux ou dans la cadre d'activités de soins ambulatoires) mettaient ou voulaient mettre en œuvre des démarches innovantes améliorant le parcours de santé du patient.
Dans un contexte d'épuisement professionnel et de manque de sens des professionnels de santé, il convient d'accompagner et de mettre en lumière les actions innovantes dans le domaine de la Pertinence et de la Qualité sur tous les territoires pour une duplication sur l'ensemble de la région.

L'objectif

L'objectif principal est de faire émerger des démarches concrètes et opérationnelles d'amélioration de la pertinence venues directement du terrain sur l'ensemble des secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social. Pour cela, il faut :

- Promouvoir les initiatives et les innovations issues du terrain,
- Financer des démarches probantes d'amélioration des parcours pouvant être évaluées et généralisées,
- Mobiliser l'ensemble des secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social sur des actions de pertinence

Les résultats attendus

Les actions visent :

- L'amélioration des parcours de santé et de soins
- La diminution des points de rupture dans les parcours
- L'adhésion des professionnels dans des actions d'amélioration de la pertinence
- Le développement de l'intérêt pour les métiers soignants

En pratique

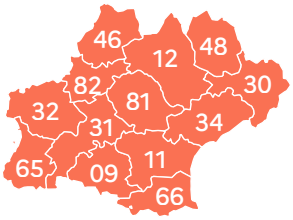
Un appel à candidature « Innover pour améliorer la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge hospitalières, médico-sociales et ambulatoires » a mobilisé les professionnels de santé autour de la notion de pertinence.
Il pourrait être renouvelé.

Thèmes associés

Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif à vocation régionale

Chiffres-clés

144 structures ont répondu à l'appel à candidature pertinence en 2018

24 projets ont été retenus et soutenus financièrement par l'ARS

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #4

Favoriser le développement de la pertinence dans une logique de parcours

Les enjeux

La prise en compte des impératifs de qualité et de pertinence pour l'amélioration des parcours de soins et de santé a été fortement affirmée comme une priorité nationale et inscrite dans la Stratégie Nationale de Santé. Le Ségur de la Santé a renforcé la nécessité de développer la Pertinence des Parcours et de faire évoluer les modalités de financement des professionnels et des établissements de santé.
Les travaux sur la pertinence sont menés au sein de l'IRAPS (Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins) et avec des groupes de travail réunissant professionnels de santé, gestionnaires d'établissements, représentants d'usagers, membres de l'ARS et de l'Assurance Maladie. Ils sont inscrits au PAPRAPS (Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins).
Dans un contexte de tension sur les ressources humaines et économiques du système de soins, il est essentiel de mener des travaux sur la pertinence des actes, des soins et des prescriptions inutiles et redondants.
L'ensemble de ces actions permettra de redonner du sens aux professionnels de santé, d'éviter des coûts injustifiés pour la société, d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients occitans.
Pour atteindre les objectifs fixés, deux axes ont été priorisés en Occitanie :

- Le premier est de poursuivre et d'actualiser les actions Pertinence au regard du progrès technique, de l'avancé des connaissances scientifiques, des publications des sociétés savantes du domaine et de lancer de nouveaux programmes dans les activités de soins hospitalières.
- Le deuxième axe portera sur un axe Parcours de soins afin d'améliorer la prise en charge globale des patients. La coordination des acteurs de soins « ville et l'hôpital » doit être priorisée notamment pour améliorer la qualité de suivi des patients atteints de maladies chroniques (diabète, Insuffisance Cardiaque et Respiratoire chroniques, post AVC…). Ces travaux seront menés en co-construction avec les équipes soignantes des établissements de santé et avec les acteurs du premier recours. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé de chaque territoire auront un rôle central dans l'élaboration de ces actions.

Les objectifs opérationnels

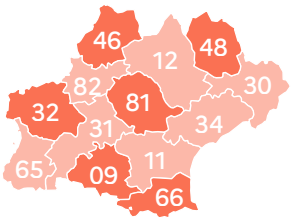
- Développer la pertinence dans les parcours de soins/santé en mobilisant l'ensemble des acteurs
- Renforcer l'enjeu de pertinence dans les activités de soins

Thèmes associés

Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Transformation numérique
Situations sanitaires exceptionnelles
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#1**

Développer la pertinence dans les parcours de soins/santé en mobilisant l'ensemble des acteurs

Le défi à relever

Favoriser le développement de la pertinence dans une logique parcours

Les constats

L'efficacité de la prise en charge de tout patient suppose une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville, y compris le domicile, et ceux exerçant en établissement de santé. Une mauvaise coordination peut générer des points de rupture dans le parcours de santé du patient.
Il est aussi reconnu qu'une part notable des (ré)hospitalisations est lié à un suivi post hospitalisation non optimal.
La mise en place de programmes de pertinence des parcours, conformément aux recommandations publiées par l'HAS et les sociétés savantes représente un levier important de l'amélioration du parcours de santé.
Le manque de professionnels peut être un frein à un parcours optimal mais les structures de soins coordonnés comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou le service dédié au suivi du patient à domicile après son hospitalisation type Programme de Retour A Domicile (PRADO) sont des leviers importants.

L'objectif

L'objectif est d'améliorer la collaboration entre les acteurs pour fluidifier les parcours de soins coordonnés selon les recommandations de la HAS.
La collaboration peut se baser sur les dispositifs existants de soins primaires et offre de soins (MSP, établissement de santé, Prado etc…)

Les résultats attendus

Les actions visent :

- Une diminution des hospitalisations évitables
- Une diminution des points de rupture dans les parcours
- Une diminution des hospitalisations pour décompensation
- Une amélioration de la prise en charge en soins primaires post hospitalisation mesurée par les indicateurs de qualité des parcours de soins (taux de consultation médecin généraliste à la sortie, taux consultation spécialiste à la sortie……)
- Une augmentation du nombre de convention entre établissements de santé et CPTS sur les parcours

En pratique

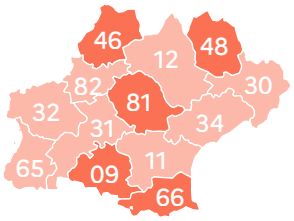
- CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins), BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive) IC (insuffisance cardiaque), AVC (accident vasculaire cérébral)
- Suivi PRADO IC BPCO AVC avec l'Assurance Maladie
- Répertorier les ACI des MSP avec un thème parcours maladie chronique
- Répertorier les CPOMS (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) des centres de soins primaires avec comme thème le parcours des maladies chroniques
- Suivi des recommandations HAS (haute autorité de santé) adultes et pédiatriques en matière d'obésité

Thèmes associés

Qualité, sécurité, pertinence
Situations sanitaires exceptionnelles
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés

Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

50,6% : c'est le taux de séjours avec un suivi médical dans les 7 jours après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO en 2027 en Occitanie

Prévalence de l'obésité en Occitanie de **15,5%** selon la dernière enquête OBEPI de 2022

Prévalence de l'obésité massive de **0,3%** de la population en 1997 à **2%** en 2022

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #2

Renforcer l'enjeu de pertinence dans les activités de soins

Le défi à relever
Favoriser le développement de la pertinence dans une logique parcours

Les constats
Le système de santé se doit d'être au service du patient pour lui garantir un accès équitable à des activités de soins alliant qualité, performance, pertinence et efficience.
Or, de nombreuses hétérogénéités de pratiques demeurent au sein de la région Occitanie. Les diagnostics régionaux mettent en évidence des atypies de taux de recours, non justifiées par les spécificités territoriales.

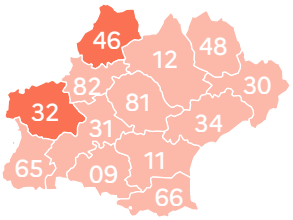
L'objectif
Offrir aux patients une offre de services de santé adaptée aux besoins et soutenable sur le long terme implique de positionner la démarche qualité comme vecteur du changement et de s'interroger constamment sur la pertinence des pratiques.
L'objectif est l'amélioration de l'équité des soins et de la qualité des prises en charge en diminuant le nombre d'examens redondants ou injustifiés, en évitant les prescriptions systématiques ou inutiles et en optimisant les modes de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation partielle, de jour, l'HAD (hospitalisation à domicile), soins ambulatoires, soins externes).

Les résultats attendus
Les actions, mises en œuvre avec et pour les professionnels de santé visent:
- Une meilleure utilisation des guides de bonnes pratiques existants
- Une réduction des atypies dans les taux de recours
- Une réduction de la proportion d'actes délétères, de dépenses injustifiées et d'effets indésirables
- Une diminution du nombre de prescriptions d'examens ou de traitement redondants, injustifiés ou inutiles
- Une diminution des hospitalisations évitables ou injustifiées

En pratique
Les actes cibles nécessitant des actions d'amélioration de pertinence peuvent être identifiées à l'aide d'analyse des pratiques, des atypies de taux de recours ou identifiés par les professionnels de santé eux-mêmes. L'atlas des variations des pratiques en cours de publication par la DGOS peut servir de base à la détection des spécificités territoriales.
Sur chaque action identifiée, l'ARS et l'Assurance Maladie mettent en œuvre des groupes de pairs et des dialogues avec les professionnels de santé, afin d'analyser les pratiques, d'identifier les leviers d'action d'amélioration et d'inciter les professionnels à modifier leurs pratiques.
Les programmes peuvent prévoir des revues de pratiques professionnelles, des actions d'accompagnement ou des contractualisations notamment par le CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins) mais également des actions de communication, de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que des usagers.

Thèmes associés
Qualité, sécurité, pertinence
Soins primaires
Urgences et soins non programmés

Parcours associés
Cancer
Handicap
Maladies chroniques
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés
La HAS a évalué que **25% à 30%** des actes réalisés aujourd'hui sont non pertinents

6

ENGAGEMENT

Soutenir l'attractivité des métiers de la santé

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Soutenir l'attractivité des métiers de la santé

6 ENGAGEMENT

DÉFI #1
Valoriser l'image des métiers de la santé **173**
DÉFI #2
Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels **176**
DÉFI #3
Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles **185**
DÉFI #4
Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires **189**

DÉFI #1

Valoriser l'image des métiers de la santé

Les enjeux

La visibilité des métiers de la santé avait pris une place particulière durant la pandémie de COVID-19. Elle a ainsi pu laisser penser que les contraintes liées à l'exercice des métiers du sanitaire et du médico-social ainsi que les nouvelles attentes des jeunes en formation allaient passer au second plan, après le sens de l'engagement et l'éthique.
Cependant, à la sortie de la crise sanitaire, force est de constater que les métiers de la santé, au sens large, sont insuffisamment reconnus et valorisés alors même qu'ils représentent un enjeu majeur à plusieurs niveaux :

- Les métiers de la santé et du médico-social sont en constante évolution et demandent des compétences de plus en plus spécifiques. Pour maintenir un niveau de qualité élevé dans les soins de santé, il est essentiel d'attirer de nouveaux talents pour remplacer les professionnels qui partent à la retraite et répondre aux besoins croissants du système de santé.
- Les professionnels de la santé travaillent souvent dans des conditions difficiles et stressantes, mais ils sont essentiels à la santé et au bien-être de la population. Une meilleure valorisation de ces métiers peut contribuer à une reconnaissance sociale accrue de leur travail et de leur rôle crucial dans la société.
- Les métiers de la santé et du médico-social sont souvent perçus comme réservés à certaines catégories de personnes, ce qui peut limiter la diversité et l'inclusion dans ce domaine. En valorisant la diversité des parcours et en mettant en avant les professionnels issus de milieux différents, on peut encourager une plus grande diversité et inclusion dans ces métiers, qu'il s'agisse des métiers du soin, de l'accompagnement médico-social ou du numérique en santé.
- Les métiers de la santé et du médico-social doivent s'adapter aux enjeux démographiques. Le vieillissement de la population engendre une augmentation des besoins de santé et la nécessité d'un accompagnement renforcé à domicile.

Pour répondre à cet enjeu, la communication est un levier essentiel et doit s'adresser à tous les publics : lycéens, étudiants, professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, demandeurs d'emploi, professionnels en reconversion, élus et grand public.
Elle se traduit par l'organisation d'évènements majeurs à l'échelle de la région et de campagnes de communication pour montrer les enjeux et les contraintes de ces métiers, mieux expliciter les différents statuts et modalités d'exercice des professionnels, dans la poursuite des travaux initiés avec l'opération #MédecinDemain en Occitanie.

Les objectifs opérationnels

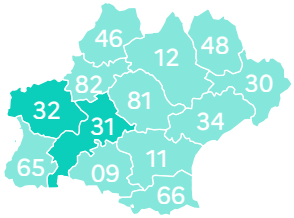
- Renforcer la communication positive sur les métiers de la santé et du médico-social et leurs formations

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires
Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique

Parcours associés

Handicap
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #1

Valoriser l'image des métiers de la santé

LA PAROLE AUX CITOYENS

Que mon infirmière ait plus d'autonomie : je ne vois qu'elle ! Mon médecin ne se déplace plus à domicile et je ne peux pas me rendre au cabinet. C'est elle qui gère tout par téléphone. Elle mériterait un peu plus de reconnaissance !!!.

Participant du Tarn-et-Garonne
à la consultation digitale

Donner davantage de légitimité aux auxiliaires de santé orthopédiste orthésiste diplômé et kinés dans le renouvellement de prescriptions pour les troubles musculo-squelettiques par exemple.

Participant de la Haute-Garonne
à la consultation digitale

Mettre plus en lumière les métiers comme les sages-femmes, infirmières...

Participant du l'Hérault
à la consultation digitale

Ne pas utiliser les compétences médicales pour de la bobologie serait une vraie avancée dans la santé de tous et laisser la place aux paramédicaux.

Participant du Lot
à la consultation digitale

Il faut redéfinir les missions des professionnels de santé dont je fais partie. Ouvrir des groupes de travail sur ces thématiques avec l'ARS et des personnes qui travaillent dans le médical.

Participant du Tarn
à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Renforcer la communication positive sur les métiers de la santé et du médico-social et leurs formations

Le défi à relever

Valoriser l'image des métiers de la santé

Les constats

Les métiers de la santé sont confrontés à d'importantes difficultés de recrutement et de fidélisation, une sinistralité (AT-MP) élevée, accompagnées par un ressenti exprimé d'une certaine « perte de sens » et d'un isolement des professionnels ainsi que d'un manque de reconnaissance par la société.

L'objectif

Mieux communiquer et informer sur les métiers de la santé en valorisant la diversité des profils et en explicitant les différents statuts et modalités d'exercice possibles des professionnels, quel que soit le secteur d'activité sanitaire, social et médico-social.

Les résultats attendus

- Poursuite de la démarche entreprise dans le cadre du Projet OMéGA depuis 2019, en s'appuyant davantage sur les actions menées sur les territoires et en collaboration avec les 50 partenaires du projet.
- Communication renforcée entre les candidats et les établissements et services sociaux ou médico-sociaux, en collaboration avec les partenaires du Projet OMéGA
- Communication renforcée sur les métiers dans le secteur du handicap auprès du public jeune
- Augmentation du nombre des candidats en formation paramédicale toutes filières confondues
- Amélioration de la connaissance des métiers du numérique en santé

En pratique

Sur le secteur du Grand Âge, L'idée serait de mutualiser les compétences des 50 partenaires autour du projet OMéGA et d'articuler nos actions de communications respectives pour plus d'efficacité.

Sur le secteur du handicap, poursuite de la mission « SensAction » participant à l'élaboration d'outils d'information pour susciter des vocations.

Sur le secteur du sanitaire :

Poursuivre notre collaboration avec le conseil régional pour accompagner les instituts de formation dans leur communication (porte ouverte – forum - interventions des instituts en collège et lycée …)

Participer à l'élaboration d'outils de communication avec le conseil régional et les instituts (film, jeux en réalité virtuelle…)

Communiquer sur l'exercice public, les différents statuts et les enjeux à destination des étudiants.

Pour les métiers du numérique en santé, s'inscrire et relayer en région les actions nationales permettant d'attirer les talents du numérique vers la santé (cartographie des métiers du numérique en santé, communication auprès des écoles…)

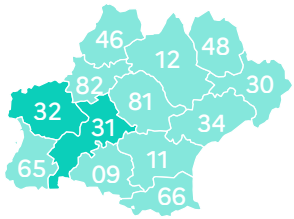
Transformer le projet OMéGA en projet OMS (Objectif métiers de la santé)

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires
Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

Sur le secteur du sanitaire, social et médico-social :
60% des établissements et services privés à but non lucratif déclarent rencontrer des difficultés de recrutement

Baromètre Emploi-Formation, Observatoire de l'OPCO Santé, 2022

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #2

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les enjeux

L'augmentation du nombre de professionnels de santé formés pour répondre aux tensions actuelles en matière de ressources humaines médicales et paramédicales et aux besoins des territoires nécessite une adaptation de l'offre de formation via différents leviers quantitatifs et qualitatifs :

- Poursuivre l'augmentation du nombre de professionnels à former, d'ores et déjà amorcée. Le Numerus Clausus a été remplacé par le Numerus Apertus. Des objectifs pluriannuels d'admission (OPA) pour apporter des réponses à long terme et s'engager sur une augmentation de plus de 20% sur 5 ans des étudiants en médecine. Le Ségur de la Santé a permis d'augmenter respectivement de 25% et de 30% l'offre de formation en soins infirmiers et aides-soignantes entre 2019 et 2022.
- Rendre attractives les professions médicales et paramédicales et maintenir en formation les personnes jusqu'à la certification et leur installation au sein de la Région.
- Faire monter en compétences et certifier des personnes déjà dans l'emploi au sein du système de santé (VAE collective)
- Valoriser les parcours professionnels en renforçant l'offre de formation initiale et continue sur des compétences spécifiques (IPA, numérique en santé, prévention, pertinence…)
- Développer les actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé sur des publics spécifiques (personnes en situation de précarité ou en situation de handicap) pour réduire les inégalités.

L'atteinte de cet enjeu nécessite un travail collaboratif avec différents partenaires du secteur intervenant sur la formation initiale ou continue (les Universités, les établissements de santé et médicosociaux, le conseil régional, la DREETS, les OPCO, l'ANFH, le DAVA, la FHF, la FHP, les URPS et les ordres), les organismes de formation mais aussi avec les employeurs.

Trois grands axes de travail sont identifiés :

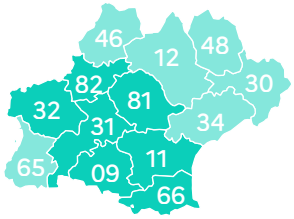
1. Le développement des terrains de stage et l'optimisation des places en région : la communication entre les acteurs de la formation et du soin est à renforcer pour co-construire des parcours de stage satisfaisants répondant aux référentiels et aux maquettes de formation.
2. L'accompagnement des instituts dans une nécessaire mutation pour proposer et expérimenter des dispositifs innovants et les dispositifs à développer (Valorisation des acquis collective - apprentissage…)
3. L'analyse des difficultés actuelles constituant des freins à l'augmentation des diplomations et générant des abandons de formation.

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires
Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS

Parcours associés

Handicap
Santé mentale
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Les objectifs opérationnels

- Renforcer l'offre de formation (initiale et continue) sur des compétences spécifiques en partenariat avec la Région Occitanie dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales en cours de révision
- Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux diplômés en optimisant la qualité de l'accompagnement des apprenants
- Favoriser le développement et la qualité des stages
- Sensibiliser et former les professionnels aux spécificités des publics les plus fragiles et précaires
- Promouvoir la pluralité et la qualité de l'offre de formation avec les partenaires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #2

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

LA PAROLE AUX CITOYENS

Apprendre aux futurs médecins et à tous les soignants, que faire preuve d'humanité est le socle de base de leur métier et donc les évaluer aussi sur les compétences comportementales qu'ils sont (ou pas...) capables de mobiliser.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Augmenter les stages en cursus scolaire avant une spécialisation pour éviter les fuites en formation !

Participant de l'Hérault à la consultation digitale

Peut-être former des aides médecins en 4 ou 5 ans d'étude.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Trop de jeunes n'arrivent pas au bout de leurs études. Alors qu'ils auraient l'humanité, l'empathie et toutes les capacités à exercer. La formation telle qu'elle est pensée ne regarde pas les capacités humaines mais uniquement les capacités à ingurgiter des données.

Participant du l'Ariège à la consultation digitale

Pourquoi ne pas former des éducateurs en exercice physique qui suivraient les petits groupes après que les exercices soient proposés et valides par un Kinésithérapeute. Il est difficile de poursuivre seul sans être corrigé et de garder la motivation.

Participant du Tarn à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Renforcer l'offre de formation (initiale et continue) sur des compétences spécifiques

Le défi à relever

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

Les professionnels de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés et formés à la santé publique, pour avoir un vrai rôle d'acteurs dans la rénovation attendue de la santé publique (cf le rapport de novembre 2021 du HCSP sur « la santé publique de demain »). Que ce soit en termes de connaissances (enjeux, déterminants, thématiques, publics), de posture, de méthodes (données probantes, projets, interventions), d'outils, les professionnels de santé ne disposent pas d'un socle homogène de qualifications, les étudiants infirmiers étant plus sensibilisés et mieux préparés via leur cursus. Les métiers de la santé publique sont mal connus, peu reconnus et cloisonnés, et l'offre de formation est foisonnante, mais morcelée et souvent redondante. L'importance d'une formation interdisciplinaire ressort toujours plus et le service sanitaire des étudiants en santé avait été lancé en 2018, avec la volonté de promouvoir l'inter-filiarité dans les formations initiales concernées.
La formation initiale et continue des professionnels doit également être renforcée sur le champ du numérique en santé et de la pertinence.

L'objectif

L'objectif général est de renforcer l'offre de formation à destination des professionnels sur le champ de la prévention et promotion de la santé, du numérique et de la qualité-pertinence.
Concernant les compétences spécifiques en matière de santé publique socle de base et nouvelles compétences liées au développement des démarches participatives et de « l'aller vers », au rôle accru des médiateurs en santé …), l'objectif vise à structurer et harmoniser les formations (avec notamment l'appui de l'IREPS), en lien avec l'écosystème régional et nos partenaires (Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, DREETS, collectivités territoriales, Assurance Maladie, Services de santé des Universités …).

Les résultats attendus

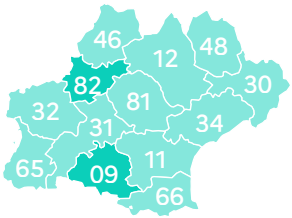
- Les priorités régionales en matière de Prévention Promotion de la Santé doivent être diffusées et connues des professionnels.
- Inscription du "Numérique en santé" dans les formations initiales et continues des professionnels de santé
- Diffusion de la notion de pertinence

En pratique

- Contribuer aux enseignements « Numérique en santé »
- Intégrer la pertinence dans les programmes des facultés de médecine de Toulouse-Montpellier/Nîmes.
- Contribuer à la révision du Schéma régional des formations sanitaires et sociales en cours de révision par la Région Occitanie

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Transformation numérique
Qualité, sécurité, pertinence
PRAPS



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux diplômés en optimisant la qualité de l'accompagnement des apprenants

Le défi à relever
Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats
Les tensions en ressources humaines vécues aujourd'hui dans notre système de santé nous imposent un questionnement sur nos organisations actuelles et leur adaptation aux besoins de nos concitoyens. Le SEGUR de la santé préconise de former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients mais force est de constater que ces métiers sont en déficit d'attractivité et l'appareil de formation parfois en difficulté pour les accompagner totalement (déficit en stage).
L'évolution sociologique se caractérise aujourd'hui par un attrait accru des nouveaux professionnels pour les métropoles et les missions temporaires.
Nous devons donc prendre en compte ces paramètres pour adapter notre offre de formation.

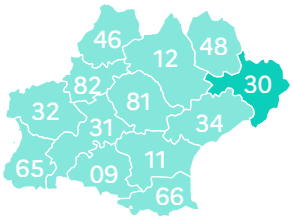
L'objectif
Accueillir dans notre système de santé des professionnels paramédicaux en nombre suffisant et compétents.

Les résultats attendus
Augmentation du nombre des diplômés paramédicaux
Maintien des compétences paramédicales

En pratique
- Analyser les ruptures dans les parcours de formation pour déployer un plan d'action (Groupes de Travail avec les instituts de formation)
- Développement du mentorat au sein des instituts de formation pour
    - Accompagner les projets professionnels
    - Faciliter l'adaptation des futurs professionnels lors de la prise de poste : adéquation entre les exigences professionnelles et la formation initiale

Thèmes associés
Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires

Parcours associés
Handicap
Santé mentale
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Objectif Opérationnel **#3**

Favoriser le développement et la qualité des stages

Le défi à relever

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

Le développement de la formation médicale sur les terrains de stage nécessite un encadrement pédagogique optimisé et spécialisé dans les établissements de santé. La médecine générale est la 1ère spécialité qui s'est engagée dans cette démarche de développement.
Les formations paramédicales ne peuvent s'envisager sans la mise en œuvre d'une alternance, à ce titre, les référentiels de formation prévoient alternativement des temps en institut et en stage. Pour certaines formations ce temps clinique est équivalent au temps en institut. Les typologies de stage (médecine, chirurgie, SSR, lieu de vie, santé mentale, établissements médico-sociaux…) sont également prescrites par les référentiels et doivent être respectés pour qu'une certification par la DREETS puisse se faire.
Ces dernières années l'augmentation des quotas de formation a mis en exergue une rareté de nos ressources cliniques. Ceci est lié à deux grands facteurs : une diminution des places en hospitalisation au profit du développement de l'offre ambulatoire, des stages parfois trop éloignés des lieux de formation et donc difficiles d'accès pour des élèves et des étudiants aux revenus contraints.
La compétence de ces futurs soignants est très fortement liée à la qualité de l'encadrement en stage et malheureusement les tensions actuelles vécues par nos collègues soignants affectent le temps consacré au tutorat.

L'objectif

Optimiser la qualité des apprentissages en répondant aux obligations des référentiels de formation et aux besoins des lieux de stage.
Développer l'appareil de formation dans des conditions optimales d'encadrement des futurs médecins : augmenter le nombre de terrains de stage et le type (hospitalier, ambulatoire)

Les résultats attendus

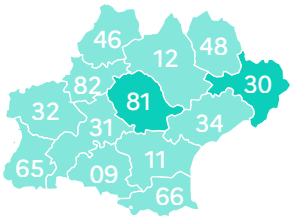
Augmenter les accueils en stage
Accompagner davantage les stages pour faciliter l'accueil et maintenir une qualité d'encadrement
Développer les terrains de stage pour les internes sur les territoires non pourvus, en particulier sur les spécialités hors médecine générale.

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins hospitaliers
Soins primaires

Parcours associés

Handicap
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

En pratique

Pour parvenir à atteindre ces objectifs, un travail partenarial est à réaliser avec les terrains de stage (directions des soins des établissements de santé publics et privés, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, URPS, ordre infirmier …), le conseil régional et les acteurs locaux (commune, lycée ..)

- Augmenter les accueils en stage en développant :
    - De nouveaux lieux de stage : secteur libéral et ambulatoire
    - Organiser des accueils en stage sur des territoires éloignés des instituts en garantissant un hébergement
    - Etablir une cartographie des terrains de stage (labélisation des terrains, requalification des typologies)
    - Favoriser la communication des acteurs du territoire en créant une instance qui permettra des rencontres entre les instituts de formation et les stages dans le but d'optimiser les organisations

- Accompagner davantage les stages :
    - Projet d'encadrement à réactiver
    - Présence plus soutenue des formateurs sur les lieux de stage
    - Formation délocalisée des tuteurs de stage

Objectif Opérationnel **#4**

Sensibiliser et former les professionnels aux spécificités des publics les plus fragiles et précaires

Le défi à relever

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

Les professionnels de santé - notamment ceux du premier recours en exercice coordonné - ne sont pas suffisamment sensibilisés et outillés pour pouvoir repérer et surtout appréhender les spécificités des personnes les plus fragiles, afin de les orienter et/ou de les prendre en charge.
Mais ils ne sont pas les seuls et les métiers ou les fonctions autour de la santé (travailleur social, psychologue, médiateur, pairs, interprète ...) sont également concerné(e)s, avec la nécessité de garantir une prise en charge globale, en intégrant les questions de souffrance psycho-sociale et de santé mentale souvent corrélées aux situations de précarité, mais aussi d'addictions.

L'objectif

Sont concernés les professionnels de santé, mais également d'autres métiers ou fonctions en interface avec ces professionnels, la plupart du temps en première ligne auprès des publics les plus fragiles. Il s'agit d'éviter ou plutôt de limiter le non-recours (à la prévention, au dépistage ...) et le renoncement aux soins, en permettant à tous les professionnels au contact des publics en situation de handicap ou précaires, d'avoir les bons outils et de ne pas se sentir isolés devant des situations complexes nécessitant interconnaissance et coordination. L'appui de nouveaux métiers (exemple : médiateurs santé ...) à l'interface entre les professionnels et les publics, peut utilement contribuer à créer du lien et à instaurer une relation de confiance, propice à l'efficacité et à la pérennité des interventions.

Les résultats attendus

Former les professionnels pour assurer un accompagnement adapté aux individus fragilisés :

- Appréhender les causes de la précarité pour mieux comprendre les situations des personnes
- Identifier les impacts de la précarité sur les attitudes et les comportements des personnes
- Mettre en place un accompagnement spécifique et adopter une posture adéquate
- Identifier les partenariats mobilisables et mettre en œuvre un travail en réseau

En pratique

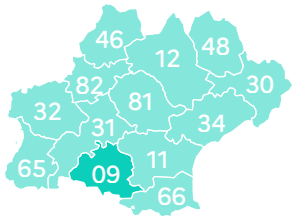
Assises de la Santé Mentale : formation des travailleurs sociaux
Réseau e-care : dispositif d'accompagnement au parcours de soins des personnes en situation de précarité, ayant une ou plusieurs pathologies chroniques.

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
PRAPS

Parcours associés

Handicap
Santé mentale



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #5

Promouvoir la pluralité et la qualité de l'offre de formation avec les partenaires

Le défi à relever

Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

Les constats

La réécriture d'un nouveau schéma régional des formations engagée par le conseil régional en 2023, nous a confirmé qu'une adaptation de l'offre de formation devait s'opérer.

Le manque d'attractivité des métiers de la santé est une constante observée sur les plans national et régional, néanmoins des disparités territoriales s'observent.

Certains établissements publics et privés de santé ainsi que les professionnels libéraux sont très demandeurs en matière de formation car ils ont beaucoup de difficultés à recruter sur des territoires excentrés des métropoles. En effet, des publics déjà fidélisés sur le territoire pourraient intégrer le système de santé mais pour cela ils doivent pourvoir avoir accès à une formation de proximité et adaptée à leurs besoins.

Le secteur Grand Age connaît des difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels depuis de nombreuses années et du fait de l'évolution démographique, le besoin en personnel va continuer de s'accroître sur les prochaines années principalement dans le secteur du domicile. Malgré les mesures de revalorisations et les actions de communication déjà entreprises, les difficultés persistent et il convient d'augmenter le vivier de professionnels formés et de faciliter le recrutement de ceux-ci. Faisant face aux mêmes difficultés, un plan sur les métiers du secteur handicap a également été élaboré en concertation avec les fédérations du secteur.

L'objectif

Former les professionnels au plus près des territoires pour favoriser la fidélisation et la montée en compétence.

Sur le secteur médico-social du Grand Age, le développement du recours à l'apprentissage a été identifié comme un des leviers afin de faciliter le recrutement par l'ensemble des 50 partenaires du projet OMEGA.

Les résultats attendus

Formation des professionnels déjà embauchés pour une montée en compétence.

Permettre à la population locale de trouver une offre de formation de proximité.

Une augmentation du nombre de recrutements dans le secteur du Grand Age dans les établissements et services médico-sociaux et une fidélisation des nouveaux recrutés (y compris les apprentis).

En pratique

Accompagnement des instituts dans le déploiement des formations par apprentissage, déploiement de l'apprentissage en établissements de santé et médico-sociaux via les relais de proximité (IFAS…)

Développer la Valorisation des acquis (VAE collective)

Délocalisation de l'offre de formation de façon sporadique

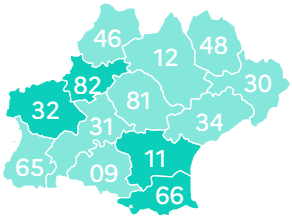
Action partenariale ARS / Région / ANFH / Pôle Emploi : Révisions de la carte des formations sanitaires et sociales (prérogatives Région) et Proposition d'intégration dans les réflexions portées par les partenaires comme c'est déjà le cas dans le cadre du projet OMéGA (Occitanie Métiers Grand Age).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé
Soins primaires

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

DÉFI #3

Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles

Les enjeux

Dans tous les secteurs de la santé, l'amélioration des conditions d'exercice, de la qualité de vie au travail et la promotion des mobilités professionnelles sont devenues un enjeu crucial. L'approche par la qualité de vie au travail (QVT) permet de faire le lien, d'une part, avec la qualité des soins et des accompagnements, et d'autre part, avec l'attractivité dans un contexte d'absentéisme et de pénurie du personnel soignant et non soignant quel que soit le secteur d'activité.

Dans un contexte de réformes et de profondes transformations depuis de nombreuses années qui s'accompagnent de nouvelles responsabilités et exigences de qualité (droit aux soins de référence, sécurité des soins, hygiène, qualité (douleur, soins palliatifs...), devoir d'information, nouvelles technologies, etc.), le challenge collectif est de redonner du sens au secteur de la santé dans son ensemble afin d'en améliorer l'attractivité et de fidéliser les professionnels en exercice.

L'environnement de travail et le parcours professionnel sont des leviers essentiels pour la valorisation et la motivation des professionnels.
Ils regroupent plusieurs dimensions :

- Une amélioration des conditions de travail, permettant notamment de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle
- La mise en place d'un management de proximité « bienveillant » au sein des établissements de santé pour lutter en particulier contre l'épuisement des professionnels et reconnaître leur parcours
- Des organisations collectives de travail plus efficientes, en valorisant notamment le travail en équipe.
- Une régulation du recours à l'intérim médical dans les établissements de santé.

La fidélisation des professionnels de santé s'appuie également sur un accompagnement dans leur parcours et leur pratique professionnelle au travers notamment de l'exercice médical partagé, de l'évolution des pratiques et des dynamiques de coordination pluri-professionnelle. Ces modalités sont développées dans les engagements 3 et 4.

Les objectifs opérationnels

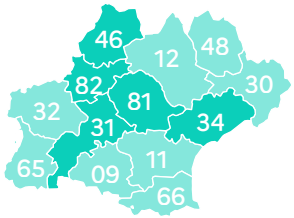
- Promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail sur les territoires et dans les établissements de santé et établissements et services médico-sociaux.

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins hospitaliers
Soins primaires

Parcours associés

Handicap
Vieillissement



Objectif priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #3

Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles

LA PAROLE AUX CITOYENS

Créer avec les équipes des ateliers de co développement pour solutionner un dysfonctionnement ou améliorer le fonctionnement.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Faciliter, considérer la vie des soignants, pour que cela redevienne des professions attractives.

Participant de l'Aveyron à la consultation digitale

Dans les hôpitaux améliorer de façon conséquentes les conditions de travail du personnel : horaires, changements de planning intempestifs, le management...

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Protéger efficacement les professionnels de santé contre les incivilité et agressions...

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Aider les jeunes médecins à l'installation dans les campagnes (travail pour les conjoints, gardes d'enfants, prêts financiers, locations de maison,...).

Participant des Hautes-Pyrénées à la consultation digitale

Etablir des passerelles entre infirmiers et médecins avec possibilité d'évolution de carrière pour les infirmiers.

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail sur les territoires et dans les établissements de santé et établissements et services médico-sociaux

Le défi à relever

Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles.

Les constats

Les métiers de la santé portent en eux des facteurs de stress et de risques professionnels. Les secteurs santé, grand âge et handicap connaissent des difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels depuis de nombreuses années. Du fait de l'évolution démographique, le besoin en personnel va continuer de s'accroître sur les prochaines années. Malgré les mesures de revalorisations et les actions de communication déjà entreprises, les difficultés persistent. De plus, le virage domiciliaire, priorité du Gouvernement, aura un impact fort sur l'organisation de travail.
Pour le secteur médico-social, le développement d'actions concourant à la QVCT est un des leviers incontournables de l'attractivité des métiers reconnu par l'ensemble des 50 partenaires du projet OMéGA (Occitanie Métiers Grand Age).

L'objectif

Pour relever l'enjeu de l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels, l'ARS Occitanie soutient des dispositifs d'appui et de suivi des professionnels que ce soit sur le secteur médico-social ou le secteur sanitaire en veillant à l'articulation des dispositifs :

- Promotion des démarches d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) sur les territoires et dans les établissements de santé et médico-sociaux avec par exemple l'évaluation de l'expérimentation "accompagnement de 126 établissements médico-sociaux personnes âgées dans une démarche de QVCT", la création d'un réseau d'animateurs QVCT handicap ou encore, pour le secteur sanitaire, l'inscription dans les AAP nationaux QVCT en lien avec l'ARACT Occitanie.
- Promotion de l'amélioration des conditions de travail : politique régionale active de mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) mis en œuvre avec les établissements sanitaires.
- Lutte contre les dérives (financières et de recours) liées à l'intérim médical

Les résultats attendus

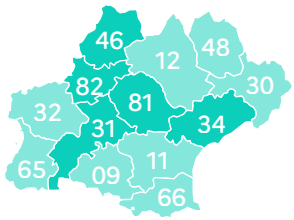
Résultats qualitatifs : amélioration des conditions de travail des personnels et leur qualité de vie au travail ; régulation du recours à l'intérim et ramener des médecins vers un exercice stable et salarié.
Résultats quantitatifs : nombre d'établissements et services ayant déployé une démarche interne de QVCT et ayant déposé un dossier CLACT et mesurer l'impact de ces actions sur les organisations professionnelles et les rythmes de travail (travail de nuit et alternance jour/nuit).
Réduction des coûts liés à l'intérim dans tous les secteurs sanitaires (signature d'une charte inter fédérations de « bonnes pratiques »).

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins hospitaliers

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

En pratique

126 EHPAD et SSIAD ont bénéficié d'un accompagnement QVCT gratuit pendant 1 an en 2022 grâce aux financements de l'ARS et à l'important travail de suivi réalisé par l'ARACT Occitanie. Des binômes de consultants ont ainsi pu être formés et sensibilisés aux problématiques rencontrées par les professionnels en EHPAD et SSIAD. En 2023, une évaluation de cette expérimentation sera réalisée grâce à un cofinancement du ministère.

AAP régional annuel CLACT : co-financement de l'ARS des contrats sur les Troubles Musculosquelettiques, Risques Psycho-Sociaux, gestion de la violence…

Expérimentation d'un réseau de 10 animateurs QVCT dans le secteur du handicap.

DÉFI **#4**

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Les enjeux

L'accompagnement des professionnels de notre territoire est une priorité majeure de l'ARS et de ses partenaires. La mise en place de conditions d'exercice et de travail attractives pour les professionnels (professionnels salariés et installés et en cours d'installation) constitue un prérequis au déploiement d'une politique ambitieuse de lutte en faveur du renforcement de la démographie médicale et du renforcement et du maintien des professionnels au sein des établissements et services médico-sociaux.

Cet accompagnement s'appuie sur :

- Un plan d'action pour les professionnels libéraux qui intègre le déploiement d'aides à l'installation des professionnels de santé libéraux (notamment financières) dans lesquelles l'ARS a fortement investi, l'intégration de ces aides dans une politique d'attractivité élargie à l'ensemble des leviers identifiés avec les professionnels et en partenariat avec les acteurs du territoire, l'accompagnement à la prise en main par les professionnels des outils mis à disposition autour de l'exercice coordonné.
- Des plans d'action pour les professionnels des établissements médico-sociaux (personnes âgées et personnes vivant avec un handicap) intégrant des leviers pour faciliter les recrutements, améliorer et adapter les formations, valoriser les évolutions professionnelles, soutenir et fidéliser les salariés en améliorant la qualité de vie et les conditions de travail.

Des difficultés structurelles se maintiennent avec un déficit persistant sur l'offre de soins de premiers recours (zones rurales, urbaines, …), prégnant sur les médecins généralistes mais généralisé aux autres professions de santé.

Les dynamiques engagées sur les territoires au niveau départemental doivent être poursuivies sur l'ensemble de la région ainsi que le développement d'une vision prospective, objectivée et cohérente des situations (diagnostics territoriaux, …).

Les travaux sur l'attractivité et le maintien en emploi dans les établissements médico-sociaux (ESMS), sujets d'échanges et de construction depuis 2019 avec les partenaires concernés au titre de leurs compétences propres, seront poursuivis et renforcés.

La volonté d'agir aux côtés de l'Agence et la grande lucidité des acteurs sur les capacités d'action sont une force pour la région Occitanie.

Les objectifs opérationnels

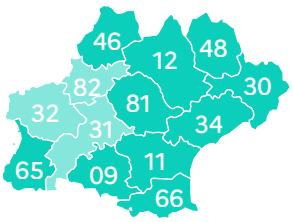
- Soutenir et développer les initiatives pour faciliter les recrutements des personnels en ESMS
- Renforcer l'attractivité des filières et activités de soins en s'appuyant sur des innovations porteuses de modifications des pratiques et des organisations
- Accompagner les étudiants et les jeunes diplômés pour porter des projets communs et des dynamiques pluriprofessionnelles sur les territoires
- Poursuivre les actions coordonnées sur les territoires pour améliorer l'attractivité et faciliter le quotidien des professionnels

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins hospitaliers
Soins primaires

Parcours associés

Handicap
Vieillissement



Défi priorisé par les territoires

Occitanie SANTÉ 2023 2028

DÉFI #4

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

LA PAROLE AUX CITOYENS

Il y a un vrai besoin de trouver des débouchés et des emplois pour les conjoints, de mettre en place des services et des écoles : les déserts médicaux sont dans des territoires enclavés où il manque de tout.

Participant à un atelier citoyen dans l'Aude

Faire découvrir la ruralité pour faire tomber les idées reçues et valoriser la qualité de vie.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

Encourageons les lycéens éloignés des métropoles à choisir ces métiers... C'est eux qui seront les plus à même de retourner dans ces zones. ...

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Faire connaître les milieux ruraux aux médecins afin de les « fidéliser » avec des stages ou internat dans les déserts médicaux..

Participant des Pyrénées-Orientales à la consultation digitale

Faute d'avoir des salaires à la hauteur pour certains soignants (infirmiers, aides-soignants, ...), faisons tout pour leur faciliter la vie : logement social à proximité des CHU, système de garde d'enfant adaptés aux horaires, etc...

Participant de l'Aude à la consultation digitale

Des services publics (des écoles, des crèches, la poste...) et des projets culturels pour que les médecins ne soient pas découragés de s'installer chez nous.

Participant de la Haute-Garonne à la consultation digitale

la fabrique citoyenne en santé Occitanie

Objectif Opérationnel **#1**

Soutenir et développer les initiatives pour faciliter les recrutements des personnels en ESMS

Le défi à relever

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Les constats

Le secteur du Grand Âge est confronté à d'importantes difficultés de recrutement et de fidélisation, une sinistralité (AT-MP) élevée, accompagnées par un ressenti exprimé d'une certaine « perte de sens » et d'un isolement des professionnels ainsi que d'un manque de reconnaissance par la société.

L'ARS Occitanie anime depuis 2019 un plan d'actions réunissant plus de 50 partenaires intervenant dans le champ du recrutement, de la formation, de la promotion des métiers du Grand Âge, afin d'expérimenter des solutions concrètes pour aider les établissements et services sociaux ou médico-sociaux à faire face à leurs difficultés de recrutement.

Ces mêmes difficultés impactent maintenant le secteur du handicap, ayant donné lieu à une concertation régionale avec les fédérations représentatives des établissements pour définir des actions concrètes et prendre en compte le déficit d'attractivité des métiers.

L'objectif

L'objectif est de poursuivre :

- Les travaux du projet OMéGA sur le champ du recrutement en soutenant et en diffusant les initiatives territoriales qui fonctionnent.
- Les actions pour renforcer l'attractivité des métiers, auprès des jeunes inscrits dans une démarche de découverte des métiers du secteur du handicap ainsi qu'auprès des personnes du secteur de l'insertion en améliorant les interconnexions entre les acteurs.

Les résultats attendus

Les travaux d'actualisation du Projet OMéGA veilleront à renforcer les mesures et les solutions à destination des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, dans le but de :

- Créer de nouveaux viviers de recrutement,
- Réduire le turn over,
- Développer des parcours professionnels internes et des formations valorisantes

Pour le secteur handicap, les actions visent à permettre une connaissance des jeunes sur le secteur et ses métiers et d'appuyer les structures pour favoriser un accueil de qualité des stagiaires.

En pratique

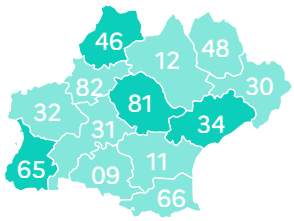
- Évaluation des actions menées par les plateformes métiers de l'autonomie créées récemment en vue de renforcer leurs actions et d'assurer une visibilité sur leur territoire.
- Poursuite de la mission SensAction « susciter des vocations »

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé

Parcours associés

Vieillissement
Handicap



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

En 2022,
les métiers d'IDE et d'AS concentrent à eux seuls **30 000** postes vacants

Baromètre Emploi-Formation, Observatoire de l'OPCO Santé, 2022

Parole de citoyen

« Après 2 ans en tant qu'AES, je souhaitais me réorienter. Aujourd'hui, j'ai découvert d'autres publics à accompagner et cela m'a donné envie de poursuivre finalement et travailler dans des structures que je ne connaissais pas »

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel **#2**

Renforcer l'attractivité des filières et activités de soins en s'appuyant sur des innovations porteuses de modifications des pratiques et des organisations

Le défi à relever

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Les constats

Dans un contexte de raréfaction des professionnels de santé et de difficulté d'accès à des prises en charge spécifiques, redonner du sens et faire évoluer les pratiques constituent des leviers potentiels d'attractivité.
Ainsi accompagner des modes de prise en charge et de pensée, basés sur des protocoles, vers une approche comportementale et pluridisciplinaire apporte non seulement une amélioration de la prise en charge du patient et de sa famille mais également une motivation, une reconnaissance et un soutien à l'activité des professionnels.

L'objectif

Faciliter la mise en œuvre de l'innovation en matière de pratiques et d'organisations, notamment par un renforcement des échanges pluridisciplinaires et la coopération avec des structures spécialisées.

Les résultats attendus

Attirer des soignants sensibilisés ou intéressés par le bénéfice de ces innovations de prise en charge afin de stabiliser et de valoriser les équipes.
Promouvoir l'inter-filiarité et les échanges de pratique entre les professionnels de la santé et les professionnels sociaux et médico-sociaux.

En pratique

Deux programmes : Nidcap[9] et IHAB[10] permettront aux maternités et/ou services de néonatalogie intéressés de s'engager dans une démarche innovante de prise en charge des nouveau-nés.

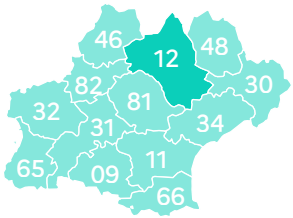
L'organisation innovante des microstructures permet une coopération renforcée entre les structures spécialisées (ex : addictologie) et les équipes de soins primaires, en partenariat avec les services hospitaliers.
Animation territoriale d'un réseau de professionnels de l'addiction aux échelons départemental et régional (complémentarité entre la plateforme professionnelle addictions Occitanie - 2PAO et l'Addictopôle).

Thèmes associés

Prévention, promotion de la santé

Parcours associés

Parents et enfants vulnérables



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

En 2022, les métiers d'IDE et d'AS concentrent à eux seuls **30 000** postes vacants

Baromètre Emploi-Formation, Observatoire de l'OPCO Santé, 2022

Parole de citoyen

« Après 2 ans en tant qu'AES, je souhaitais me réorienter. Aujourd'hui, j'ai découvert d'autres publics à accompagner et cela m'a donné envie de poursuivre finalement et travailler dans des structures que je ne connaissais pas »

[9] NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program ou Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de développement)
[10] IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) label OMS/UNICEF

Objectif Opérationnel **#3**

Accompagner les étudiants et les jeunes diplômés pour porter des projets communs et des dynamiques pluri-professionnelles sur les territoires

Le défi à relever

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Les constats

- Seulement un tiers des étudiants de médecine de 2e cycle (avant l'internat) reste dans la région pour réaliser leur internat.
- Entre 2017 et 2022, le nombre de postes ouverts au concours de l'internat a augmenté de 62 postes ; mais 54 postes ont été perdus pendant la même période (départ à l'étranger, démission, changement d'orientation…).
- Il manque 45 internes pour répondre aux besoins de la région.

L'objectif

- Augmenter le nombre d'internes en médecine toutes spécialités en Occitanie (cf expérimentation 2023-2026)
- Activer tous les dispositifs d'aides aux internes de médecine pendant les études en tant que levier : aide transport et hébergement, contrat adjoint, CDE remplacement.
- Proposer un accompagnement personnalisé et individualisé aux médecins et dentistes signataires du CESP.
- Encourager les jeunes diplômés en santé à porter ensemble des projets sur un territoire.

Les résultats attendus

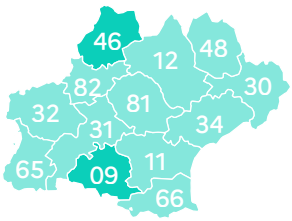
- Augmentation du nombre de jeunes médecins et dentistes qui s'installent en Occitanie grâce à un accompagnement personnalisé.
- Fidélisation des étudiants et jeunes diplômés dans nos facultés (Montpellier et Toulouse) et sur nos territoires (cf. Objectif n°4 sur les aides à l'installation) en lien avec l'ensemble des partenaires (Facultés, ARS, CPAM, URPS, Département de Médecine Générale, collectivités territoriales…).

En pratique

- Groupe de travail spécifique à constituer avec les DUMG, représentants des étudiants et l'ARS
- Expérimentation 2023-2026 internat de médecine pour 160 étudiants (4e année de médecine générale, Docteur junior en équipe territorialisée, contrat CESP régional). Financement de postes supplémentaires d'étudiants en médecine ; prise en charge des frais de transport et d'hébergement dès le 2e cycle, fléchage des stages pour préparer leur installation sur le territoire de leur choix, accompagnement à la création d'entreprise, à la venue du conjoint… (financement par l'ARS d'un poste administratif pour le suivi de cette expérimentation).
- Rédaction de fiches de stage en exercice coordonné

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires



Objectif priorisé par les territoires

Chiffres-clés

2 833 internes de médecine en formation (Montpellier, Toulouse)

551 bénéficiaires du CESP (médecine et odontologie) en Occitanie dont **200** déjà installés

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectif Opérationnel #4

Poursuivre les actions coordonnées sur les territoires pour améliorer l'attractivité et faciliter le quotidien des professionnels

Le défi à relever

Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Les constats

- De nombreux départs à la retraite pour les médecins notamment
- Un nouveau zonage médecins qui permet de couvrir 90 % du territoire dont les départements ruraux et les quartiers prioritaires des grandes villes pour favoriser l'installation des jeunes médecins et dentistes

L'objectif

Piloter des actions d'accompagnement à l'installation et à la fidélisation des médecins sur les territoires

Cette ambition s'incarne par une feuille de route « Ambition démographie médicale » et s'articule autour de trois axes de travail :

- Faciliter le parcours d'installation et apporter un accompagnement personnalisé aux professionnels de santé et à leur conjoint
- Fidéliser les professionnels de santé installés
- Promouvoir les aides financières à l'installation

Les résultats attendus

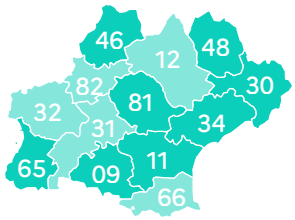
- Un accompagnement des professionnels déjà installés pour les aider à maintenir leur activité dans un contexte de désertification
- Une augmentation du nombre de professionnels de santé s'installant en Occitanie grâce à un accompagnement personnalisé (faciliter l'accès au logement, faciliter l'accès à l'emploi du conjoint…)

En pratique

- Conforter ou développer les partenariats dans les 13 départements entre ARS, Assurance Maladie, Ordres, URPS, Collectivités territoriales pour l'accueil des professionnels de santé
    - Guichet unique départemental d'information pour : fluidifier les démarches liées à l'installation, faciliter l'emploi du conjoint, faciliter l'accès aux infrastructures, mobiliser les aides financières à l'installation, faciliter l'accès au logement…
- Développer les plans locaux d'attractivité visant à mobiliser l'ensemble des leviers possibles pour renforcer l'attractivité des territoires
- Promouvoir l'exercice en zone sous-dense en proposant des témoignages (vidéos retour d'expérience, valorisation lors d'événements, …)
- Organiser des échanges entre pairs et des échanges entre les professionnels installés sur le territoire et ceux susceptibles de s'y installer
- Faciliter le recours à des plateformes d'accès aux offres de remplacements
- Accompagner les médecins sur le départ dans la recherche d'un remplaçant pérenne et accompagner le « tuilage »
- Faciliter l'accès aux infrastructures (communiquer sur les infrastructures disponibles, mettre en place et diffuser un guide d'accueil pour les Professionnels de Santé…)

Thèmes associés

Attractivité des métiers de la santé
Soins primaires



Objectif priorisé par les territoires

ÉVOLUTION
de l'offre
en regard des besoins

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

Occitanie SANTÉ 2023 2028

1 - ACTIVITÉS STRUCTURANTES (4)
Activité de soins Médecine **198**
Activité de soins en Hospitalisation A Domicile **203**
Activité de soins Chirurgie **209**
Activité de Soins Médicaux et de Réadaptation **214**

2 - ACTIVITÉS ASSOCIÉES AUX PARCOURS DE SANTÉ (6)
Activité de soins Psychiatrie **229**
Activité de soins Traitement du cancer **241**
Activité de soins Gynécologie obstétrique-néonatalogie **260**
Activité de soins Diagnostic prénatal **268**
Activité de soins Assistance médicale à la procréation (AMP) **274**
Activité de soins Longue Durée (SLD) **291**

3 - SOINS NON PROGRAMMÉS (3)
Activité de soins Médecine d'urgence **297**
Permanence des soins **305**
Activité de soins critiques **314**

4 - ACTIVITÉS ET FILIÈRES SPÉCIALISÉES (7)
Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie **325**
Equipements matériels lourds et activité de radiologie interventionnelle **340**
Médecine nucléaire **350**
Caissons hyperbares **356**
Traitement de l'insuffisance rénale chronique **358**
Filière de prise en charge des patients victimes d'Accident Vasculaire Cérébral **366**
Soins palliatifs **369**

5 - ACTIVITÉS D'EXPERTISE (5)
Chirurgie cardiaque **374**
Prélèvements et greffes d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques **378**
Brûlés et pathologies cutanées graves **388**
Neurochirurgie **394**
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neurologie **399**

6 - EXAMENS DE DIAGNOSTIC ET DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE (2)
Biologie médicale **403**
Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales **411**

7 - POPULATIONS SPÉCIFIQUES (3)
Santé des personnes détenues **415**
Synergies et coopérations régionales et transfrontalières **422**
Populations en zone montagne **427**

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Médecine

Éléments de diagnostic

Les spécificités géographiques, démographiques et socio-économiques, rappelées dans le Cadre d'orientation Stratégique (COS), nécessitent une organisation des soins de médecine en proximité, notamment pour les personnes âgées poly-pathologiques dont la consommation de soins est plus importante.

Ces disparités démographiques et socio-économiques nécessitent une organisation des soins de médecine en proximité, notamment pour les personnes âgées poly-pathologiques dont la consommation de soins est plus importante.

L'offre en soins primaires, complémentaire de l'offre en établissements de santé témoigne d'une situation favorable notamment en termes d'accessibilité potentielle localisée au médecin traitant en région, mais des faiblesses sont constatées en Lozère, Tarn et Garonne et Aveyron[11].

Tableau 1 : Accessibilité potentielle localisée à un médecin généraliste de moins de 65 ans en Occitanie

Territoire	APL à un médecin généraliste de moins de 65 ans en 2019
09 - Ariège	3,30
11 - Aude	3,23
12 - Aveyron	3,08
30 - Gard	3,31
31 - Haute-Garonne	4,03
32 - Gers	2,84
34 - Hérault	3,96
46 - Lot	3,11
48 - Lozère	2,62
65 - Hautes-Pyrénées	3,18
66 - Pyrénées-Orientales	3,73
81 - Tarn	3,18
82 - Tarn-et-Garonne	2,92
Occitanie	**3,55**

La prévalence régionale de patients porteurs de maladies chroniques est plutôt favorable mais ne doit pas occulter d'importantes disparités locales nécessitant une prise en charge, notamment de proximité en médecine, tant sur le plan de la prévention que du diagnostic et de la thérapeutique.

La région est, en grande partie maillée en unités de médecine, pour répondre notamment aux besoins de proximité via la labellisation de trente-quatre hôpitaux de proximité (HPR) à fin 2022.

[11] Sources : FNPS au 01/01/2021, Insee RP 2017, Activité 2019

En 2021, étaient déclarés pour l'Occitanie plus de 10 000 lits de médecine en hospitalisation complète et 1100 places[12].
Le taux de recours standardisé aux séjours en médecine à temps complet pour 1000 habitants à 66,9, se maintient à un niveau plus faible que le taux de recours national (74). Ce taux s'étend de 54/1000 dans la zone d'influence hospitalière intermédiaire (ZiHi) de Villefranche-de-Rouergue à 80 dans celle de Narbonne. En hospitalisation à temps partiel (médecine sans nuitée), ce taux de recours (39,4) est supérieur à celui du national (37,6). Il s'étend de 25,5 séjours pour 1000 habitants dans la ZiHi d'Albi à plus du double dans celle de Nîmes[13].
Entre 2018 et 2021, la faible progression des séjours en médecine (+0,2%) est principalement due au développement des séjours en hospitalisation à temps partiel (+8%) comme en France.
En 2021, l'attractivité régionale est supérieure à la fuite avec un excès de près de 4000 séjours soit 5,7% des séjours consommés par les résidents d'Occitanie. Hormis pour la Nouvelle Aquitaine, région voisine, le solde est positif avec les autres régions.
Concernant les fuites dans la région, au niveau inter départemental, les territoires présentant le plus de fuites sont par ordre décroissant le Gers, l'Ariège et l'Aude.

Au premier juin 2023, la région dispose de 126 autorisations d'activité de médecine à temps complet et de 96 autorisations de médecine à temps partiel.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le 26 juillet 2022 deux décrets sont parus au journal officiel concernant la réforme des autorisations relatives à l'activité de soins de médecine :

- Décret n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine
- Décret n° 2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine.

Concernant les conditions d'implantations, l'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Elle inclut désormais les actions de prévention et d'éducation à la santé.
Le type de patients pris en charge, adultes ou enfants et adolescents, est précisé dans la demande d'autorisation. Il est mentionné dans le dossier de demande d'autorisation la population accueillie, adulte ou enfant et adolescent, avec une limite d'âge fixée à 18 ans.
L'établissement autorisé organise notamment les admissions programmées et l'admission directe à la demande expresse d'un médecin et met en place des moyens d'échanges directs avec les médecins et les autres établissements du territoire. L'établissement autorisé organise la continuité des soins des patients hospitalisés en garantissant l'intervention d'un médecin dans un délai compatible avec la sécurité des soins, cette organisation pouvant être mutualisée. L'organisation de cette mutualisation repose sur une proximité de lieu. L'aval des séjours en médecine, dans le cadre d'un parcours personnalisé du patient, s'appuie sur l'organisation des filières de soins du territoire. Ceci renvoie à la notion de proximité et de gradation de la prise en charge, en lien avec la médecine d'urgence, la médecine de ville, le secteur médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes.

Concernant les conditions techniques de fonctionnement, les contours architecturaux et les ressources humaines nécessaires ont été précisés et renforcés.
L'unité d'hospitalisation à temps partiel est distincte de l'unité d'hospitalisation à temps complet. Une charte de fonctionnement décrit les fonctions et les tâches de l'équipe pluridisciplinaire dédiée aux prises en charge en hospitalisation à temps partiel.

S'agissant de la pédiatrie, deux spécificités sont précisées : la nécessité d'un espace de vie réservé ainsi que des moyens de communication.
En outre, le circuit de prise en charge en unité d'hospitalisation de médecine en aval du service des urgences pédiatriques est organisé lorsque les deux sont implantés sur le même site. En cas de création ou de restructuration d'un secteur d'hospitalisation en médecine pédiatrique, les locaux qui le composent sont implantés dans le même bâtiment et à proximité du service des urgences pédiatrique[14].

[12] Source SAE
[13] Source ScanSante
[14] Cf. Activité de soins médecine d'urgence

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023
09	Temps complet	3
	Temps partiel	3
11	Temps complet	8
	Temps partiel	5
12	Temps complet	7
	Temps partiel	5
30	Temps complet	12
	Temps partiel	7
31	Temps complet	23
	Temps partiel	24
32	Temps complet	7
	Temps partiel	1
34	Temps complet	28
	Temps partiel	24
46	Temps complet	6
	Temps partiel	4
48	Temps complet	6
	Temps partiel	2
65	Temps complet	6
	Temps partiel	6
66	Temps complet	8
	Temps partiel	7
81	Temps complet	8
	Temps partiel	5
82	Temps complet	4
	Temps partiel	3

Entre la date de la parution du PRS2 et le premier juin 2023, nous avons eu une progression de 31% des implantations pour une activité de soins de médecine à temps partiel (+23). En hospitalisation à temps complet, diminution de 1,5% du fait de regroupements (-2).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité au 01/06/2023

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Cible
09	Médecine	4
11	Médecine	8
12	Médecine	7
30	Médecine	13
31	Médecine	24
32	Médecine	10
34	Médecine	33
46	Médecine	6
48	Médecine	7
65	Médecine	8
66	Médecine	10
81	Médecine	8
82	Médecine	6

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les objectifs de diagnostic partagés précédemment, quatre priorités d'action ont été retenues :

- Promouvoir une approche territoriale des établissements autorisés en médecine
  - Rendre lisible l'offre de médecine
  - Graduer la prise en charge à l'échelle régionale et infra régionale
  - Adapter la prise en charge au territoire de proximité ou de recours
- Proposer au patient un parcours adapté à ses besoins en santé, évaluer et inciter à la qualité des prises en charge
  - Accompagner le patient et ses proches vers une posture de patient partenaire de ses soins
  - Améliorer la pertinence de l'adressage en médecine,
  - Eviter les retours non programmés à domicile
  - Améliorer et inciter à la qualité de prise en charge en médecine
- Promouvoir l'innovation par la voie de l'expérimentation
  - S'enrichir des résultats des articles 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018
  - Porter des expérimentations, les évaluer et déployer selon les résultats
- Favoriser l'attractivité des métiers de la santé en activité de médecine dans le territoire[15]
  - Inciter à la formation et à l'exercice en infirmier de pratique avancée (IPA) en établissement de santé selon les prévalences en pathologie chronique (Obésité, Diabète, Insuffisance cardiaque, BPCO) du territoire et l'offre en médecins de soins primaires
  - Favoriser l'exercice médical mixte
  - Développer les services agréés pour assistants à temps partagé

Transformations – regroupements – coopérations

Les transformations résulteront de restructurations liées principalement à la stratégie régionale des investissements afin d'améliorer les conditions d'implantation et de fonctionnement des services des établissements de santé, dans le cadre du Ségur de la santé mais également par redéploiement de capacités de Soins Médicaux et de Réadaptation.

Dans le cadre d'une activité d'addictologie, la prise en charge des conséquences somatiques ou du sevrage de la substance pourrait faire l'objet d'une implantation d'unité de médecine.

Dans certains départements, notamment avec un taux de fuite intra régionale important, des unités de médecine en proximité pourraient, le cas échéant, être créées selon les besoins, l'intérêt général et les circonstances locales.

[15] Ce sujet pourra être traité dans l'engagement 6 du schéma régional de santé du PRS3

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

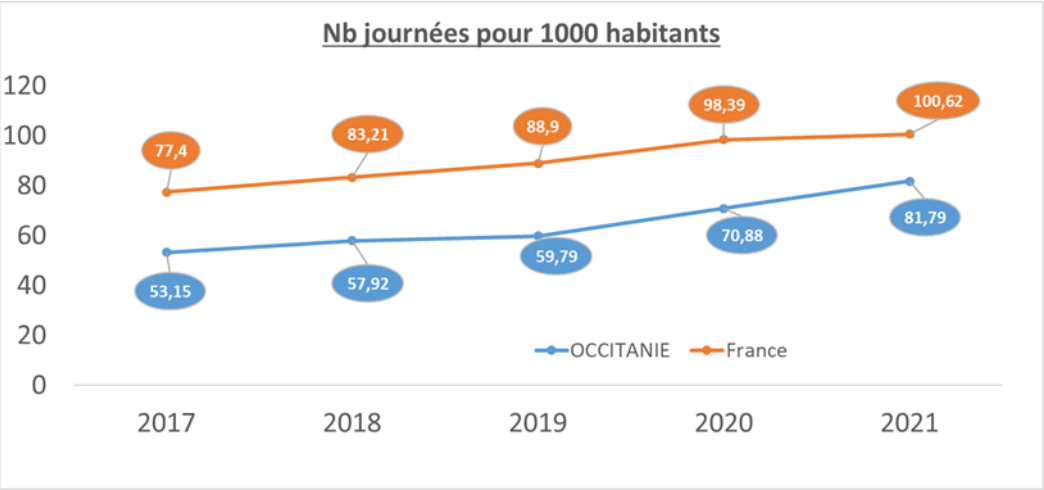
Activité de soins en Hospitalisation A Domicile

Éléments de diagnostic

L'offre de soins en HAD en Occitanie comprend en 2021 :

- 30 services ou établissements d'HAD « polyvalents » autorisés
- 2 Services d'HAD Pédiatriques
- 4 HAD ante et post partum
- 5 HAD psychiatriques renommées en soins psychiatriques intensifs à domicile

5ème Région de France avec un taux de recours à l'HAD qui s'est amélioré, mais qui reste **inférieur à la moyenne française** :



Le nombre de patients pris en charge en HAD a significativement augmenté entre 2018 et 2021, passant de 17.3 à 24.8 pour 100 000 habitants mais il reste inférieur à la moyenne nationale (27.7 patients pris en charge en HAD pour 100 000 habitants).
Le vieillissement et le fort accroissement de la population (+187 000 habitants en 5ans) sont les témoins d'un potentiel de recours en HAD encore important sur toute la durée du PRS 3 qui doivent nous permettre de réduire cet écart par rapport à la moyenne nationale.
Les patients pris en charge en HAD sont à 42% admis à la suite d'un séjour en hospitalisation complète (médecine-chirurgie-obstétrique ou soins de suite et réadaptation), proportion moindre qu'au niveau national (54.5% des admissions) et à 38.4% admis depuis le domicile (versus 32.8% au niveau national).
La progression du nombre de séjours en HAD s'est effectuée plus nettement au profit des établissements médico-sociaux (ESMS). Dans ces structures, la part des séjours HAD est passée de 10.4% à 19.6% entre 2018 et 2021 (versus 11.1% au niveau national). En revanche, la collaboration avec les SSIAD reste encore très faible, avec un taux d'adressage de 0.3%, identique à la moyenne nationale. On observe également un taux de substitution MCO SSR en progression mais qui reste en dessous du seuil.

Le recours à l'HAD bénéficie à part égale (29.1%) pour des prises en charge en soins palliatifs et pour les pansements complexes, et ce de façon plus importante qu'au niveau national (respectivement 24.5% et 27.3% au niveau national). La part des admissions pour traitement intraveineux se positionne comme le 3ème motif de prise en charge (au-dessus des moyennes nationales, 7% en région versus 6% au national). En revanche, les séjours pour nutrition entérale ainsi que ceux pour un parcours Cancer restent limités et font partie des axes de progression en Occitanie.

Les tensions sur la disponibilité des ressources médicales peuvent être une des explications de ce retard. En effet, la part des établissements HAD disposant d'un recours à un avis médical a baissé entre 2018 et 2021 passant de 100% à 90.3%. Toutefois, elle reste au-dessus de la moyenne nationale qui est de 87.5%. L'astreinte paramédicale est également en baisse entre 2018 et 2021 passant de 100% à 90.3% (versus 91.1% au niveau national).

L'offre d'HAD est répartie sur l'ensemble des départements d'Occitanie mais il reste encore des disparités de profils en rapport avec le territoire, la démographie populationnelle et l'offre de soins.
Ainsi certaines zones de départements pourtant couverts en autorisation d'HAD n'offrent pas l'accès à cette offre. Les causes sont multifactorielles, souvent en lien avec l'éloignement géographique de ces zones du centre autorisé, de la densité plus faible de population et de l'insuffisance de ressources soignantes pour assurer une continuité des soins. Afin d'offrir un égal accès à l'HAD en tout point du territoire et quelle que soit la densité de la population, il est nécessaire d'actionner tous les leviers à savoir l'adaptation des organisations des HAD existantes et l'ouverture d'antennes.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Principales évolutions règlementaires :

- Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds - HAD = ACTIVITE DE SOINS
- Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile
- Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile
- Le nouveau régime est articulé autour d'une mention « socle » obligatoire pour l'ensemble des établissements d'HAD et de trois mentions spécialisées :
  - « Réadaptation »
  - « Ante et post partum »
  - « Enfants de moins de 3 ans »

Orientations Nationales - Feuille de route nationale HAD 2021-2026 :

- Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité
- Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire
- Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social
- Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge en HAD
- Faire de la e-santé un levier de la diversification de la prise en charge
- Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours HAD
- Développer la recherche et l'innovation en HAD

Bilan de l'existant, au 01/06/2023,
selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Mention	Existant au 01/06/2023
09	Polyvalente	1
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
11	Polyvalente	3
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
12	Polyvalente	1
	Gynécologique obstétrique	1
	Pédiatrie	0
30	Polyvalente	4
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
31	Polyvalente	3
	Gynécologique obstétrique	1
	Pédiatrie	1
32	Polyvalente	1
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
34	Polyvalente	7
	Gynécologique obstétrique	1
	Pédiatrie	1
46	Polyvalente	2
	Gynécologique obstétrique	1
	Pédiatrie	0
48	Polyvalente	1
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
65	Polyvalente	1
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
66	Polyvalente	2
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
81	Polyvalente	2
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0
82	Polyvalente	2
	Gynécologique obstétrique	0
	Pédiatrie	0

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité d'Hospitalisation à domicile

Zones d'implantation	Mentions	Cible
09	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1
11	Socle	3
	Réadaptation	3
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	2
12	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	1
30	Socle	4
	Réadaptation	4
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	2
31	Socle	3
	Réadaptation	3
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	2
32	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1
34	Socle	7
	Réadaptation	7
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	2
46	Socle	2
	Réadaptation	2
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1
48	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1
65	Socle	1
	Réadaptation	1
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1
66	Socle	2
	Réadaptation	2
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	2

81	Socle	2
	Réadaptation	2
	Ante et post-partum	2
	Enfants de moins de trois ans	1
82	Socle	2
	Réadaptation	2
	Ante et post-partum	1
	Enfants de moins de trois ans	1

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les objectifs de diagnostic partagés précédemment, quatre priorités d'action ont été retenues :

1. **Développer les prises en charges spécialisées** type traitement médicamenteux systémique du cancer et soins palliatifs et les soins de réadaptation en garantissant l'expertise et le niveau de soins requis en lien avec les RBPP et en interface « ville hôpital » renforcé par la e-santé.

2. **Améliorer la couverture en HAD et la lisibilité de l'offre de soins, en précisant pour chaque parcours les missions et le rôle de chacun** dans une approche de graduation des soins, à destination des libéraux, des institutions (médico-sociaux et sociaux), des hospitaliers et des usagers.

3. **Poursuivre le développement de la place des HAD en lien avec le secteur médico-social et social**

4. **Fluidifier le partenariat entre les établissements d'HAD et les offreurs de soins libéraux**, notamment en permettant la diffusion et le suivi mutuels des informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient et la coordination de son parcours.

Transformations – regroupements – coopérations

Dans le cadre de la réforme des autorisations et des conditions techniques de fonctionnement des HAD et la mise en œuvre du schéma territorial de santé, en rapport avec les objectifs de la feuille de route nationale des HAD 2021-2026, plusieurs principes peuvent être posés :

- La recherche de l'équilibre offre publique/privée ;
- L'accompagnement des structures en difficultés ;
- Le travail sur le partenariat de l'offre plurielle et juxtaposée sous forme de guichet unique ou d'IDE de liaison ;
- L'inscription systématique de l'HAD dans tout projet du territoire tant que cela s'y prête sous forme d'offre graduée ;
- S'engager à travailler la lisibilité de l'activité de l'HAD et sa reconnaissance en activité de soins ;
- Nécessité de poursuivre le développement de l'HAD ;
- Faire face aux défis du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre d'habitants ;
- Permettre un accès à une hospitalisation en HAD sur tous les territoires même les moins peuplés ;
- Être réactif face à toutes prescriptions et en cas d'épidémie.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Chirurgie

Éléments de diagnostic

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge, à visée diagnostique ou thérapeutique, des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel, quelle que soit la voie d'abord, et la mise en œuvre d'une continuité des soins (à l'exception des actes relevant des activités greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés, chirurgie cardiaque, activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, neurochirurgie, activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, radiologie interventionnelle).[16]
L'activité de soins de chirurgie répond à 3 modalités (chirurgie pratiquée chez des patients adultes, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique) ainsi qu'à 11 spécialités chirurgicales dites « pratiques thérapeutiques spécifiques »[17] : chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ; chirurgie orthopédique et traumatologique ; chirurgie plastique reconstructrice ; chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de la chirurgie cardiaque ; chirurgie vasculaire et endovasculaire ; chirurgie viscérale et digestive ; chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de gynécologie-obstétrique ; neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ; chirurgie ophtalmologique ; chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ; chirurgie urologique.
En 2023, 80 établissements de santé disposent d'une activité de chirurgie autorisée en hospitalisation complète et 84 sous forme ambulatoire. Ceci se traduit par une densité régionale légèrement supérieure au niveau national, en hospitalisation complète (13,4 établissements autorisés par million d'habitants vs. 12,9) comme en ambulatoire (14 établissements autorisés par million d'habitants vs. 13,6). Trois départements présentent des valeurs significativement supérieures à la moyenne régionale : Lozère (26,1), Hautes-Pyrénées (21,6) et Tarn-et-Garonne (18,9).

L'activité de soins régionale de chirurgie adulte est stable en 2021 par rapport à 2018 avec 544 000 séjours dont 68% sont réalisés en établissements privés (données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI). Il est à noter que la moitié de cette activité est issue des deux ensembles suivants : appareil locomoteur - arthroscopies - biopsies ostéoarticulaires (27%) et ophtalmologie (21%). De manière générale, il est constaté une diminution d'activité dans la majorité des spécialités entre 2018 et 2021, compensée par la progression des volumes en ophtalmologie (+ 12%) et dans une moindre mesure, urologie dont appareil génital masculin (+ 6%). Trois types de prises en charge se singularisent par une diminution significative d'activité entre 2018 et 2021 : vasculaire (-28%), ORL stomatologie (-13%) et thyroïde (-10%).

Près de 6 séjours sur 10 ont lieu en Haute-Garonne (31%) ou dans l'Hérault (27%). La comparaison interdépartementale des taux de séjours standardisés sur la période 2018 – 2021 montre un recours aux soins significativement plus important dans l'Hérault (114 pour 1000 habitants, données Scansanté) par rapport à la Lozère (96), le Lot (95), l'Ariège (90) et l'Aveyron (89).

En 2017, l'Occitanie se situait au 11ème rang des 13 régions métropolitaines françaises en matière de chirurgie ambulatoire. En 2021, le taux d'actes réalisés sous cette forme a nettement progressé (54,2% en 2017 vs. 61,3% en 2021) mais demeure toujours inférieur à la moyenne nationale (62,3% en 2021). Les écarts interdépartementaux se sont accrus entre 2017 et 2021 : Tarn-et-Garonne (70,9%) et Lozère (68,9%) présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne régionale, à l'inverse du Tarn (57,1%) et du Lot (56,1%).

[16] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-201 du Code de la santé publique
[17] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, e chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-202 du Code de la santé publique

L'activité de soins de chirurgie pédiatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de quinze ans. En cas de besoin, le titulaire de l'autorisation peut prendre en charge des enfants entre quinze et dix-huit ans.[18]
Le nombre de séjours concernés s'élève à près de 30 000 dans 75 établissements autorisés en région en 2021, ce qui représente seulement 5,5% des séjours régionaux, dans un contexte de diminution de 7% par rapport à 2018. La moitié d'entre eux concerne des enfants âgés de 7 à 15 ans ; un peu plus d'un millier, soit 4%, concerne des bébés de 1 an et moins. Sur l'ensemble de la population pédiatrique, cette activité est dominée par les interventions « viscérales pédiatriques », qui incluent celles sur les sphères digestive, urologique, gynécologique, thoracique et vasculaire (38%) et ORL (34%). Les interventions « viscérales » sont majoritaires chez les moins de 1 an (49%) tandis que les séjours associés à des actes de traumato-orthopédie sont les plus représentés chez les 7 – 15 ans (37%). En termes de répartition géographique de cette activité, il est à souligner que les départements de Haute-Garonne (40% des séjours) et de l'Hérault (32%) rassemblent près des ¾ des séjours. Enfin, sur la période 2018-2022 au cours de laquelle le réseau régional de chirurgie pédiatrique (ARCPO, appelé à évoluer en dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique) était uniquement déployé en hémi-région Ouest, 23 établissements parmi les 37 réalisant cette activité ont pu disposer d'une labellisation par l'ARCPO, assurant d'une organisation et de moyens spécifiquement mobilisés pour la prise en charge de cette population.

Enfin, **l'activité de soins de chirurgie bariatrique** consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité[19] au moyen des interventions chirurgicales suivantes [20]: pose changement et repositionnement d' anneau ajustable, court-circuit gastrique, gastrectomie longitudinale en manchon, gastroplastie verticale calibrée et court-circuit biliopancréatique ou intestinal.
En 2021 cette activité est pratiquée dans 47 établissements de la région répartis dans tous les départements sauf l'Ariège : un total de 4 254 actes y est recensé, en contraction de 20% au regard de l'activité 2018, à nombre d'établissements identiques (un peu plus de 5 300 actes).
L'activité régionale de chirurgie est réalisée par des ressources humaines fragiles et inégalement réparties. Selon le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la densité régionale en chirurgiens est conforme à la moyenne nationale en 2021 (18,2 pour 100 000 habitants). Pour autant, leur pyramide des âges est moins favorable, tant pour les moins de 40 ans (25% vs. 29% en France) que pour les plus de 60 ans dans plusieurs départements (plus de 30% en Ariège, Aveyron, Lozère et Tarn-et-Garonne). Lozère et Ariège sont concernés aux deux titres, tandis qu'un quart des chirurgiens d'Aveyron a plus de 65 ans en 2021. De plus, les chirurgiens infantiles présentent un effectif très limité et en diminution (entre 21 et 24 professionnels sur la période 2018 – 2021), exerçant quasi-exclusivement en Haute-Garonne et Hérault.

De même, la densité régionale en médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), quoique supérieure à la valeur nationale en 2021 (15,9 pour 100 000 habitants vs. 15,1 en France) est marquée par de profondes inégalités interdépartementales, concernant le Lot (10,9) mais surtout l'Ariège (8,5), l'Aveyron (7,1) et la Lozère (6,5). Leur pyramide des âges présente également un profil moins favorable par rapport au profil national (moins de professionnels de moins de 40 ans et davantage de plus de 60 ans), notamment dans le Tarn (respectivement 13% et 46%), l'Aveyron (15% et 57%) et le Lot (5% et 60%). Là encore, la part des professionnels de plus de 65 ans est très conséquente, proche du tiers dans le Lot et l'Aveyron en 2021.

L'examen des données relatives aux infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE) conduit à des constats similaires. Leur densité régionale moyenne est supérieure à la moyenne nationale (16 pour 100 000 habitants vs. 13 en France) mais un tiers a plus de 60 ans en 2021 (dont 45% en Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne et 41% dans le Tarn). Il est à souligner qu'un tiers des IBODE de Haute-Garonne, département dans lequel est réalisée près d'un tiers de l'activité chirurgicale de la région, a plus de 65 ans en 2021. Une situation préoccupante est également constatée en Tarn-et-Garonne (4 IBODE pour 100 000 habitants) et dans le Gers (7), à l'inverse de l'Hérault (23).

Ces constats s'appliquent aussi aux infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE), dont la répartition témoigne des mêmes hétérogénéités infrarégionales : densités du Gers et Tarn-et-Garonne trois fois inférieures à la moyenne occitane et déséquilibre marqué de la pyramide des âges en Tarn et Tarn-et-Garonne, avec absence de professionnels de moins de 40 ans en Lozère.

[18] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-206
[19] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-208
[20] Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique

L'ensemble de ces éléments met en évidence la grande vulnérabilité de 8 départements de la région pour la pérennité de leurs équipes chirurgicales, ce qui conditionne l'offre pouvant y être proposée sur la période 2023 – 2028 : Lozère, Ariège, Aveyron et Lot pour les professionnels médicaux ; Haute-Garonne, Gers, Tarn-et-Garonne et Tarn pour les professionnels paramédicaux.

En parallèle, les acteurs régionaux témoignent aussi d'importantes difficultés multifactorielles de recrutement d'infirmiers (IDE), impliquant une diminution structurelle des capacités d'intervention (baisse du nombre de lits et du taux de vacation opératoire).
Sur un plan plus qualitatif, il importe également de souligner l'évolution des souhaits de conditions d'exercice des professionnels, particulièrement ceux issus de formation initiale. Ceux-ci émettent le souhait d'exercer au sein d'équipes d'effectif suffisant pour pouvoir réaliser une surspécialisation dans leur domaine mais aussi limiter la charge individuelle de la permanence des soins. Il est à noter que des équipes étoffées, exerçant sur des plateaux diversifiés, permettent de conserver plus facilement une activité cancérologique et ainsi de proposer, d'une part une offre chirurgicale exhaustive, d'autre part une attractivité plus favorable vis-à-vis d'autres professionnels.
Cet aspect revêt une importance particulière s'agissant d'activités spécialisées, dans lesquelles le nombre d'interventions réalisées par individu influence grandement sa capacité à faire face à des situations cliniques complexes ou inattendues, et donc la qualité et la sécurité des soins offerts au sein de l'établissement.

Par ailleurs, les professionnels souhaitent disposer d'un accès préférentiel à des blocs complétés par des outils permettant une assistance robotique, qui améliorent la précision des gestes chirurgicaux, concourent à introduire des dynamiques nouvelles et à renforcer la cohésion au sein des équipes.
L'ensemble de ces éléments conduit à accorder une attention particulière aux démarches de regroupement et/ou de mutualisation de ressources, sur la base d'un plateau technique de volume suffisant et sous la forme d'équipes territoriales.
Cette hypothèse implique en corollaire la réalisation d'un travail de fond sur l'accès aux transports, de façon à assurer à chaque patient un accès aux soins de bonne qualité, mais aussi de favoriser le recours aux hôtels hospitaliers les veilles d'intervention, pour les activités programmées.

En conséquence, il apparaît nécessaire de stabiliser le nombre de structures autorisées en adaptant l'offre, afin de prendre en charge un nombre plus important de patients sur les sites existants et, en parallèle, de sécuriser la permanence des soins par l'organisation d'un réseau de coopérations inter-établissements.
De même, il est nécessaire de poursuivre les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires les plus concernés par des marges de progression, ainsi que la promotion de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), approche de prise en charge globale du patient, qui permet de favoriser son rétablissement précoce et la diminution des complications post-opératoires.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Cette activité est régie par les décrets 2022-1765 (conditions d'implantation) et 2022-1766 (conditions techniques de fonctionnement) du 29 décembre 2022 ainsi que par l'arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions relevant de la chirurgie bariatrique et le nombre annuel minimal d'actes requis par site pour cette activité.
Ces textes, issus de la réforme du droit des autorisations, explicitent les conditions d'implantation et de fonctionnement applicables aux établissements souhaitant disposer d'une telle autorisation, avec notamment l'introduction :

- d'une seule autorisation permettant à la fois la pratique de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie en hospitalisation complète ;
- des modalités de chirurgie pratiquée chez des patients adultes, chirurgie pédiatrique (avec obligation d'adhérer au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique) et chirurgie bariatrique ;
- pour la chirurgie bariatrique, d'une notion de seuil minimal de 50 actes par site géographique autorisé et par an,[21] ce qui joue un rôle fortement structurant de l'offre régionale ;
- de registres d'observation des pratiques pour chaque spécialité chirurgicale ;
- d'indicateurs de vigilance définis par arrêté du Ministre chargé de la santé, sur proposition de la Haute Autorité de Santé (HAS).

[21] cf. Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie/ « Art. R. 6123-212.
Cf. Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique / Art. 2

Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023
09	Hospitalisation complète	2
	Ambulatoire	2
11	Hospitalisation complète	4
	Ambulatoire	4
12	Hospitalisation complète	4
	Ambulatoire	5
30	Hospitalisation complète	6
	Ambulatoire	7
31	Hospitalisation complète	16
	Ambulatoire	16
32	Hospitalisation complète	2
	Ambulatoire	2
34	Hospitalisation complète	21
	Ambulatoire	21
46	Hospitalisation complète	2
	Ambulatoire	3
48	Hospitalisation complète	2
	Ambulatoire	2
65	Hospitalisation complète	5
	Ambulatoire	5
66	Hospitalisation complète	7
	Ambulatoire	7
81	Hospitalisation complète	5
	Ambulatoire	6
82	Hospitalisation complète	5
	Ambulatoire	5

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de chirurgie

Zones d'implantation	Modalités	Cibles
09	Adultes	2
	Pédiatrique	2
	Bariatrique	0
11	Adultes	4
	Pédiatrique	4
	Bariatrique	2
12	Adultes	5
	Pédiatrique	4
	Bariatrique	1
30	Adultes	7
	Pédiatrique	7
	Bariatrique	4
31	Adultes	17
	Pédiatrique	14
	Bariatrique	6
32	Adultes	1
	Pédiatrique	1
	Bariatrique	1
34	Adultes	21
	Pédiatrique	14
	Bariatrique	9
46	Adultes	3
	Pédiatrique	2
	Bariatrique	1
48	Adultes	2
	Pédiatrique	1
	Bariatrique	0
65	Adultes	5
	Pédiatrique	4
	Bariatrique	0
66	Adultes	7
	Pédiatrique	6
	Bariatrique	4
81	Adultes	6
	Pédiatrique	5
	Bariatrique	2
82	Adultes	5
	Pédiatrique	4
	Bariatrique	1

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus ainsi que les besoins et l'impact de la réforme des autorisations, les 4 grandes priorités d'action identifiées sont les suivantes :

- Garantir la qualité et la sécurité des soins dans un contexte de ressources médicales et paramédicales contraintes
  - Accompagner les démarches de regroupement et/ou de mutualisation de ressources initiées par les acteurs, sur la base d'un plateau technique de volume suffisant
  - En chirurgie pédiatrique et bariatrique, garantir les bonnes pratiques et rechercher la gradation des prises en charge par les acteurs d'un même territoire, en s'appuyant respectivement sur le dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique (ARCPO) ainsi que sur les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (adultes et enfants) et les RCP organisées par les centres experts bariatriques
  - Accompagner l'obligation réglementaire de renseignement des registres professionnels d'observation des pratiques
  - Améliorer l'accessibilité aux transports sanitaires et hôtels hospitaliers
- Poursuivre la transformation de l'offre
  - Poursuivre le développement de l'activité ambulatoire et de la RAAC
  - Accompagner l'évolution des pratiques induite par la progression des activités interventionnelles, de l'assistance robotique et des innovations thérapeutiques médicamenteuses annoncées dans la prise en charge de l'obésité impactant les indications de chirurgie bariatrique
- Assurer la permanence des soins et les soins non programmés
  - Veiller à l'accessibilité territoriale de l'offre chirurgicale en situation d'urgence, notamment pédiatrique
  - Promouvoir la coopération entre équipes territoriales et entre établissements, en s'appuyant notamment sur les GHT
- Fluidifier la prise en charge post-opératoire
  - Engager une réflexion sur l'adéquation des prises en charge aux besoins des patients, en veillant à la pertinence de la prise en charge en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Médicaux et de Réadaptation

Éléments de diagnostic

En région Occitanie, l'offre en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) est structurée autour d'une offre pour les adultes de proximité (SMR Polyvalent et Gériatrique), de recours (SMR Locomoteur, Système nerveux, Cardio-vasculaire et Pneumologique,) et plus spécifique (SMR du système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutritionnel, des conduites addictives et des brûlés), et d'une offre pédiatrique pour les jeunes enfants, enfants et adolescents (<18 ans).

1. **Des éléments de constats démographiques, sociaux et d'état de santé en Occitanie sont à prendre en considération par rapport au développement de l'activité des SMR**
   Les spécificités géographiques, démographiques et socio-économiques, rappelées dans le Cadre d'orientation Stratégique (COS), nécessitent une adaptation de l'offre afin de mieux répondre aux besoins et de fluidifier les filières de prise en charge.
   Le taux des Affections de Longue Durée (ALD) est important en Occitanie. Il est supérieur à la moyenne française dans 9 départements, avec des disparités territoriales qui prédominent dans 6 départements (30,32,34,48,66 et 82 > 2776 / 100 000 hab. en 2019).
   La prévalence des maladies neurologiques, séquellaires et neurodégénératives (prédomine en 2020 dans 6 départements, 11, 12, 32, 46, 48 et 81) et cardio-vasculaires (prédomine en 2020 dans 5 départements, 12, 32, 46,65 et 81) continue d'augmenter.
   La prévalence des maladies chroniques respiratoires et l'incidence des pathologies cancéreuses est importante mais moindre que dans d'autres régions.
2. **Le développement des actions de prévention est une composante de l'activité des SMR**
   Au vu des constats susmentionnés, il parait opportun de chercher à améliorer et développer la participation des acteurs des SMR dans les 3 dimensions de prévention dans les parcours de soins.

3. **L'offre en SMR de proximité est assez bien répartie sur nos territoires**
   L'offre de proximité s'est déployée sur tous les territoires *(correspondance avec les Zones d'influence hospitalière, ZIHi)* structurée autour des SMR Polyvalents et Gériatriques. Il existe, néanmoins, une fragilité potentielle de cette offre en zones rurales ou isolées géographiquement.
   Le recours au SMR Polyvalent est inférieur en Occitanie comparé à la France entière *(4,4 VS 4.5 / 1000 hab. en 2021, plus particulièrement dans 4 départements, les 30, 31,34,66).* Il existe également un risque potentiel de réduction de l'offre en particulier lors du passage des SSR en SMR suite à la mise en œuvre des décrets de 2022.
   Au cours des 5 dernières années, le développement progressif des implantations de l'offre SMR a prédominé sur les SMR gériatriques *(+ 8 unités d'hospitalisation complète et 15 d'HTP SSR PAPD)* malgré 2 années de crise Covid.
   Le déploiement des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), mises en place à partir des SMR polyvalents ou gériatriques, a été ralenti par la crise sanitaire. Cette offre de soins reste insuffisante pour répondre aux besoins de prise en charge des troubles du comportement *(en moyenne 1 / département, bornes : 0 dans le 81 et 2 dans le 31 et 34).*
4. **L'offre en SMR de recours présente des disparités dans sa répartition territoriale**
   Les zones d'influence départementale représentent le périmètre du développement de l'offre de recours. Pour autant, des disparités importantes existent entre les territoires, en particulier sur l'offre en SMR cardiologique, respiratoire et métabolique par rapport au diabète lourd et de type 1 complexe, malgré un taux de recours par type d'affection en hospitalisation complète en SMR (tout type) supérieur à la moyenne française.
   Il existe une faiblesse de l'offre en SMR Cardiologique *(5 départements sans unité d'HC et 4 d'HTP)* et Respiratoire *(5 départements sans unité d'HC)*, et une nécessité de développer les activités d'expertise (AE) qui leur sont liées, PREPAC et PREPAR, et en unités SRPR.
   La difficulté de développer l'offre de recours et spécifique en SMR nécessite de recentrer les prises en charge prioritairement en réponse aux besoins de la population occitane insuffisamment couverte, et de réduire la réponse aux besoins des autres régions sauf pour les activités d'expertise.
5. **Le développement de l'activité ambulatoire des SMR reste toujours insuffisant**
   Le virage ambulatoire a été initié au cours du PRS 2, mais la couverture territoriale en unités et places d'HDJ reste faible *(taux d'équipement en 2020 > à la moyenne régionale seulement dans 2 départements, le 32 et 34)* ; le taux de recours en hospitalisation à temps partiel par type d'affection est insuffisant *(en 2020 < en Occitanie / à la moyenne française, 2.9 / 1000 hab. VS 3.2, seulement supérieur pour le 34, le 65 et le 66)*; et, son offre reste insuffisamment diversifiée sur ces différentes mentions.
6. **Les difficultés en ressources humaines représentent un frein au développement des SMR**
   Les difficultés en ressources humaines expliquent pour partie les problèmes de fermeture de lits et de ralentissement du développement des SMR, notamment suite à la période COVID.
   L'amélioration de la graduation de la répartition de l'offre en SMR par rapport aux types de mentions polyvalente et gériatrique de proximité, ainsi que le recours territorial associé à un repositionnement inter départemental de certaines mentions « fragiles » et/ou pour les prises en charge de patients lourds et complexes, aident à limiter l'impact de l'insuffisance en professionnels médicaux et paramédicaux. Ainsi, la recherche d'une meilleure coordination, collaboration et complémentarité d'actions territoriales entre les SMR *(de proximité et spécialisés)* et les autres acteurs du soin *(de la ville et du* domicile) est à amplifier.
7. **Le niveau de technicité des SMR progresse**
   Il a été récemment reconnu à travers l'identification et la reconnaissance contractuelle de plateaux techniques spécialisés (PTS) et des activités d'expertise (AE).
   Toutefois, l''usage de la télésanté et télé-réadaptation reste limité dans notre région.
8. **La place des usagers et de l'aidant dans ce dispositif de soins est essentielle**
   Il est nécessaire de renforcer la place des usagers dans le dispositif de soins. Cela passe par une meilleure information. Le patient/usager doit pouvoir se positionner comme acteur de sa prise en charge, et ainsi faciliter son positionnement aux différents niveaux de ce dispositif.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Les **décrets des SMR**, publiés en janvier 2022, et la mise en conformité au regard de la **réforme des Autorisations** au 1er juin 2023 associée à l'instruction complémentaire publiée en septembre 2022, portant sur l'ensemble des nouvelles autorisations de SMR, structurent les évolutions à venir de cette offre de soins. Ainsi :

- La graduation de l'offre de soins repose sur les principes d'une organisation autour de SMR de proximité (Polyvalent et Gériatrique), de recours et conseil (autres mentions spécialisées), et très spécifiques (exemple : prise en charge des brûlés),
- La territorialisation de la réponse aux besoins repose sur le soutien des autres acteurs, pour l'évaluation et l'orientation, et par voie de conséquence de leur coordination dans le parcours de soins,
- Une nouvelle mention « Polyvalente » à part entière est identifiée,
- Deux nouvelles modalités sont créées : « Pédiatrie » déclinée en mentions « enfants et adolescents » et « jeunes enfants, enfants et adolescents » et « Cancers » déclinée en mention « oncologie » et « oncologie et hématologie »,
- L'organisation d'un mode de prise en charge en hospitalisation complète et à temps partiel est favorisée prioritairement sur un même site, à défaut une convention avec un autre établissement autorisé permettra de répondre aux besoins de la population du territoire,
- Cinq missions structurent leurs actions : prévention, soins médicaux, réadaptation, transition (préparer l'entrée du patient dans un lieu de vie), coordination (pluridisciplinaire et externe),
- Des fiches techniques de description des prises en charge structurent chaque mention.

La **réforme du financement,** mise en œuvre au 1er juillet 2023, est associée à la réforme des autorisations. Elle comprend en particulier un compartiment « activité », afin d'apporter une nouvelle dynamique au changement des organisations et fonctionnements, et un compartiment « populationnel » afin d'accompagner la restructuration de l'offre et d'améliorer son efficience. Elle se construit en concertation avec les professionnels via la section SMR du Comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR).

Enfin, ce nouveau cadre règlementaire, notamment sur son volet financier, tend à renforcer le savoir-faire, la réponse aux problématiques de prises en charge complexes et le niveau de **technicité des SMR**, par l'identification des Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) et d'Activités d'Expertise (AE), et le développement de l'innovation et de la recherche.

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023	
09	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	4	0
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	1	1
	Système nerveux	1	0
	Cardio-vasculaires	0	0
	Respiratoires	0	0
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	0	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	0
11	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	13	7
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	4	3
	Système nerveux	2	2
	Cardio-vasculaires	1	1
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	1	1
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	0	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	2

12	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	**11**	0
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	2	1
	Système nerveux	1	1
	Cardio-vasculaires	1	1
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	0	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	7	0
30	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	18	10
	SSR Enfants ou adolescents	0	1
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	5	5
	Système nerveux	3	3
	Cardio-vasculaires	2	2
	Respiratoires	2	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	2	1
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	2	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	3
31	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	29	22
	SSR Enfants ou adolescents	3	3
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	7	9
	Système nerveux	6	8
	Cardio-vasculaires	2	2
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	2	2
	Onco-hématologiques	2	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	13	4
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés :	**HC**	**HTP**
	de l'appareil locomoteur (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1
	du système nerveux (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (> 6 ans à 18 ans)	1	1

32	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	10	1
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	2	2
	Système nerveux	1	1
	Cardio-vasculaires	0	1
	Respiratoires	0	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	0	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	1
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1
	Système nerveux (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	1
	Brûlés (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	1	0
34	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	31	20
	SSR Enfants ou adolescents (< à 6 ans et > 6 ans à 18 ans)	2	2
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	10	10
	Système nerveux	5	5
	Cardio-vasculaires	2	4
	Respiratoires	2	2
	Système digestif, métabolique et endocrinien	1	1
	Onco-hématologiques	2	0
	Brûlés	1	0
	Liées aux conduites addictives	2	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	13	4
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés	**HC**	**HTP**
	de l'appareil locomoteur	0	0
	du système nerveux	0	0
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Brûlés	1	1

46	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	8	5
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	1	2
	Système nerveux	1	1
	Cardio-vasculaires	1	0
	Respiratoires	0	0
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	1
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	4	0
48	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	8	4
	SSR Enfants ou adolescents	1	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	1	1
	Système nerveux	1	1
	Cardio-vasculaires	0	0
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	2	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	1	1
65	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	8	4
	SSR Enfants ou adolescents	1	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	1	1
	Système nerveux	1	1
	Cardio-vasculaires	0	1
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	0	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	1
	SSR Enfants ou adolescents spécialisés :	**HC**	**HTP**
	des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (> 6 ans à 18 ans)	1	0

66	**Non spécialisés**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	15	17
	SSR Enfants ou adolescents	1	2
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	4	3
	Système nerveux	4	3
	Cardio-vasculaires	2	3
	Respiratoires	3	3
	Système digestif, métabolique et endocrinien	1	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	3
81	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	12	7
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	3	3
	Système nerveux	2	2
	Cardio-vasculaires	1	1
	Respiratoires	1	1
	Système digestif, métabolique et endocrinien	1	0
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	1
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	5	2
82	**Non spécialisés :**	**HC**	**HTP**
	SSR Adultes	7	4
	SSR Enfants ou adolescents	0	0
	Spécialisés dans la prise en charge des affections :	**HC**	**HTP**
	Appareil locomoteur	1	1
	Système nerveux	2	2
	Cardio-vasculaires	1	1
	Respiratoires	0	0
	Système digestif, métabolique et endocrinien	1	1
	Onco-hématologiques	0	0
	Brûlés	0	0
	Liées aux conduites addictives	1	0
	De la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	1

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de Soins médicaux et de réadaptation

Zones d'implantation	Modalités	Mentions	Cibles
09		Polyvalent	4
		Locomoteur	1
		Système nerveux	1
		Cardio-vasculaire	1
		Pneumologie	1
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	0
		Gériatrie	4
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0
11		Polyvalent	13
		Locomoteur	4
		Système nerveux	2
		Cardio-vasculaire	2
		Pneumologie	2
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	3
	Cancers	Oncologie	2
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	7
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0
12		Polyvalent	11
		Locomoteur	3
		Système nerveux	2
		Cardio-vasculaire	2
		Pneumologie	2
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	9
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0

30		Polyvalent	19
		Locomoteur	5
		Système nerveux	4
		Cardio-vasculaire	4
		Pneumologie	3
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	3
	Cancers	Oncologie	2
		Oncologie et hématologie	1
		Brûlés	0
		Conduites addictives	2
		Gériatrie	13
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	1
31		Polyvalent	32
		Locomoteur	10
		Système nerveux	9
		Cardio-vasculaire	4
		Pneumologie	3
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	3
	Cancers	Oncologie	3
		Oncologie et hématologie	2
		Brûlés	1
		Conduites addictives	3
		Gériatrie	17
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	3
32		Polyvalent	10
		Locomoteur	2
		Système nerveux	1
		Cardio-vasculaire	1
		Pneumologie	1
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	5
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	1

34		Polyvalent	31
		Locomoteur	11
		Système nerveux	6
		Cardio-vasculaire	5
		Pneumologie	4
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	2
	Cancers	Oncologie	3
		Oncologie et hématologie	2
		Brûlés	1
		Conduites addictives	2
		Gériatrie	16
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	2
46		Polyvalent	9
		Locomoteur	2
		Système nerveux	1
		Cardio-vasculaire	1
		Pneumologie	1
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	6
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0
48		Polyvalent	8
		Locomoteur	1
		Système nerveux	1
		Cardio-vasculaire	1
		Pneumologie	2
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	2
		Gériatrie	3
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	1

65		Polyvalent	9
		Locomoteur	2
		Système nerveux	2
		Cardio-vasculaire	2
		Pneumologie	2
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	6
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	1
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0
66		Polyvalent	15
		Locomoteur	4
		Système nerveux	4
		Cardio-vasculaire	3
		Pneumologie	4
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	2
		Oncologie et hématologie	1
		Brûlés	0
		Conduites addictives	2
		Gériatrie	7
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	2
81		Polyvalent	12
		Locomoteur	3
		Système nerveux	2
		Cardio-vasculaire	3
		Pneumologie	2
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	2
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	8
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0

82		Polyvalent	8
		Locomoteur	2
		Système nerveux	2
		Cardio-vasculaire	2
		Pneumologie	1
		Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition	1
	Cancers	Oncologie	1
		Oncologie et hématologie	0
		Brûlés	0
		Conduites addictives	1
		Gériatrie	5
	Pédiatrie	Enfants et adolescents	0
		Jeunes enfants, enfants et adolescents	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Accompagner les différentes réformes des SMR :

- Structurer autour de ces 5 missions principales : Prévention (et ETP), Soins médicaux, Réadaptation (dont la réinsertion), Transition (préparer l'entrée de l'usager dans un lieu de vie adapté), Coordination (pluridisciplinarité et externe) ;
  - Mettre en conformité les offres aux nouveaux décrets : levier pour favoriser la spécialisation de l'offre en SMR ;
- Accompagner la mise en œuvre de la réforme des financements, outil d'adaptation de l'offre de soins en SMR.

Soutenir et développer une offre graduée en intégrant les compétences des SMR dans la réponse territoriale aux besoins :

- Développer la participation des SMR dans la prévention dans le parcours de soins :
  - En lien avec les dispositifs du 1er recours (DAC, CPTS…) et les structures et dispositifs médico-sociaux, dont son positionnement dans les dispositifs de prévention primaire (sécurité routière, surpoids, conduites addictives.) ;
  - En accompagnant les actions de prévention 2aire et 3aire concernant les maladies chroniques et neurodégénératives, promues, partagées et coordonnées sur les bassins de vie et territoires.
- Renforcer la graduation territoriale de l'organisation des services de SMR sur les prises en charge lourdes et/ou complexes, tout en cherchant à développer la complémentarité et la coordination.
- Développer, soutenir et diversifier les différents types d'offres ambulatoires de chaque mention (Consultations de suivi de réadaptation, HTP tout particulièrement en cardiologie et respiratoire…) et chercher à mutualiser et/ou partager les ressources.
- Soutenir l'offre d'HC de proximité (Polyvalent et Gériatrique) et la développer sur certaines spécialités ciblées et les activités d'expertises qui leurs sont liées (cardiologie - PREPAC, respiratoire - PREPAR / SRPR, métabolique-diabète lourd et complexe de type 1, cancérologie en particulier avec l'appui des unités d'onco-réadaptation du MCO).
- Définir une politique d'attractivité des métiers pour les SMR (diversifier les moyens de ressources), développer les compétences, structurer des parcours professionnels et dynamiser la formation de ces futurs et actuels professionnels.
- Améliorer la structuration des filières d'aval au SMR pour les patients en fin de vie, bed-blockers, jeunes avec des maladies neurodégénératives, polyhandicap vieillissant …

S'appuyer sur la technicité des SMR et leurs expertises :

- Conforter les Plateaux Techniques spécialisés (PTS), les explorations fonctionnelles, les Activités d'Expertise (AE), l'Education Thérapeutique (ETP…).
- Ouvrir les PTS au secteur ambulatoire pour mieux répondre aux besoins de prise en charge de la fragilité et perte d'autonomie par rapport au domicile.
- S'appuyer sur le développement des activités d'expertise pour permettre la diffusion de bonnes pratiques, la standardisation des évaluations …
- Renforcer et mieux couvrir les territoires en Unités Cognitivo – comportementales (UCC).
- Développer les Equipes Mobiles SMR (adultes et pédiatriques) en réponse aux besoins de l'externe, diversifiées dans leurs types de prise en charge et promouvoir l'usage d'outils de la télé consultations et de la télé Expertise.
- Déployer et mettre en place des Hospitalisations à Domicile de Réadaptation (HAD-R) en lien avec les SMR (en particulier de rééducation spécialisée et associer des professionnels diversifiés de la réadaptation).
- Déployer et soutenir le numérique, la télémédecine et la télé-réadaptation (Consultation, soins, expertise, évaluation embarquée, réadaptation…). Engager les professionnels des SMR dans le développement de stratégies innovantes, en particulier avec la ville, l'usage de l'intelligence artificielle et la recherche clinique, en particulier sur sa dimension évaluative.

Améliorer l'efficience des SMR :

- Dans l'évaluation et l'orientation des patients dans leurs parcours, en établissement de santé et en externe par rapport au domicile, en proximité de leur lieu de vie ;
- Dans la préparation de la transition et les retours à domicile.

Transformations – regroupements – coopérations

Les objectifs de transformations, de regroupements et coopérations doivent être recherchés à l'échelle des GHT et de chaque territoire :

- Les transformations sur chaque territoire doivent reposer sur le développement prioritaire de mentions non implantées. Ces nouvelles mentions devraient prioritairement se développer au sein d'établissements ayant une autorisation d'activité de SMR.
- La pertinence d regroupements de structures sur les Territoires dont les taux d'équipement en lits de SMR sont les plus importants, devra être analysée au regard du développement attendu de la technicisation des plateaux techniques spécialisés et de la diversification de leurs équipements innovants.
- Les coopérations doivent être réalisées et développées par les SMR spécialisés de recours en direction des SMR de proximité, afin de leur apporter leur expertise. Elles pourront s'appuyer sur les équipes mobiles de SMR, et sur les outils et modes de prise en charge développés dans le cadre de la télésanté. Le partage de l'expertise par les SMR spécialisés pourra être interdépartemental.
- Les modèles de coopération doivent être renforcés notamment à l'échelle de chaque territoire, entre établissements de santé publics et privés, en termes de soutien et de partage de moyens comme des ressources en professionnels. Ces coopérations sous-tendent la nécessité de développer l'entraide et la complémentarité en particulier au regard de la difficulté des SMR à pouvoir remplacer ou recruter des professionnels médicaux spécialistes dans ce champ et faciliter la mise en place de nouvelles mentions de SMR spécialisés.

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins de psychiatrie

Éléments de diagnostic

La population de la région Occitanie cumule des facteurs de risques en santé mentale : métropolisation, précarité, consommation de toxiques et isolement.
Les données épidémiologiques sont en faveur d'une surreprésentation des troubles psychiques, des Affections Longue Durée (ALD) pour motifs psychiques, et on observe un taux plus élevé de maladies psychiatriques en Occitanie (4.7% vs 4.18%) par rapport aux données nationales s'expliquant essentiellement par l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux fréquents après 40 ans (anxiété, dépression).
La consommation de soins régionale se distingue de la tendance nationale en étant globalement plus élevée sur quatre points majeurs :

- Un recours supérieur à l'hospitalisation complète (3ème rang national) et la part de ce recours en lien avec les addictions plus fréquent.
- Un recours à la psychiatrie libérale plus élevé,
- Une surconsommation d'anxiolytiques à l'âge adulte (9.5% vs 3.2 %),
- Une consommation élevée de psychotropes chez l'enfant.

Les données et les projections sur les ressources humaines montrent que la région est plutôt moins défavorisée en termes de nombre et densité de professionnels, mais que le déséquilibre en faveur de l'exercice en libéral va croissant pour les psychiatres, les psychologues et les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) avec une densité de libéraux supérieure au national et une densité de psychiatres salariés inférieure au national.

La pyramide des âges des psychiatres et pédopsychiatres est alarmante : un quart des psychiatres occitans a plus de 65 ans : 50 postes salariés sont déjà vacants en psychiatrie adulte en 2022, 118 (30%) sont annoncés comme vacants en 2025.

Sur le plan démographique, deux phénomènes viennent impacter le besoin :

- L'explosion démographique se concentrant sur les métropoles où les besoins ne peuvent être couverts entièrement par les organisations historiques,
- Un vieillissement global de la population qui implique le développement d'une offre spécifique à cette population aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le dernier élément notable du diagnostic est la mutation vers l'exercice coordonné sur le premier recours avec le fort déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP).

La capacité d'innovation est aussi illustrée par le nombre de projets bénéficiant d'une autorisation selon l'article 51 de la LFSS 2018 sur le champ de la santé mentale : avec deux Dispositifs de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) adulte et enfant, le parcours troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) de 6 à 15 ans, le projet HOME d'alternative à l'hospitalisation prolongée pour les patients adultes les plus complexes. D'autres projets sont porteurs d'innovation en région comme VigiOLD en lien avec ICOPE pour prévenir les gestes suicidaires des sujets âgés, le déploiement d'un annuaire ViaPsy et la forte implication des psychologues libéraux de la région dans le dispositif national MonParcoursPsy.

Il est constaté en Occitanie une offre médico-sociale à destination du handicap psychique peu développée, peu lisible et surtout peu spécialisée.

Les données probantes de la science plaident pour **un accompagnement social ou médico-social adapté qui permet d'amplifier les effets du soin**.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Accompagnement et soins doivent évoluer de concert et de façon coordonnée pour permettre de diminuer le recours à l'hospitalisation et de mieux cibler des facteurs ou des moments de vulnérabilité des personnes, connus pour faire le lit des troubles mentaux les plus sévères (psycho-traumatisme, ruptures d'attachement, consommations de toxiques, pathologies émergentes…), et s'appuyer sur la précocité des interventions, l'intensification des interventions autant que de besoin, et l'orientation des pratiques en soutien au rétablissement.

Ainsi, en synthèse, les données issues du diagnostic, couplées aux points saillants des travaux des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et des échanges tenus lors des différents groupes de travail ont permis d'identifier plusieurs s besoins et enjeux pour ce 3ème PRS.

Certains des constats et besoins sont partagés avec les enjeux régionaux en santé mentale :

- Une hétérogénéité croissante des territoires,
- Des inégalités de santé grandissantes,
- Un manque d'articulation, de coordination et de lisibilité de l'ensemble des dispositifs et de l'offre,
- Un soutien au rétablissement encore insuffisant,
- Un frein économique à l'accès au soin persistant,
- Un besoin accru de soutien et de formations des familles dont l'offre est encore trop peu disponible et lisible.

D'autres constats sont spécifiques à l'activité de psychiatrie

- Une activité d'hospitalisation complète en baisse, sans augmentation de l'activité ambulatoire ;
- En psychiatrie de l'adulte : une baisse du nombre lits fonctionnels et de l'activité ambulatoire avec saturation des CMP/CATTP ;
- En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : une augmentation des besoins, avec saturation de l'activité ambulatoire CMP/CATTP, et un débordement sur le MCO pédiatrique et le premier recours ;
- Une légère baisse de l'activité « soins sans consentement » en hospitalisation complète, sauf pour les patients reconnus irresponsables pénaux qui augmentent en nombre.
- Une augmentation de l'activité ambulatoire dans le cadre des programmes de « soins sans consentement » ;
- Une offre périnatale en cours de structuration et bénéficiant d'un fort levier avec les campagnes d'appel à projets (AAP) en psychiatrie enfants-adolescents (PEA) annuelles ;
- Une sectorisation ancienne et manquant de cohérence ;
- Une cartographie des soins d'urgence et des soins non programmés incomplète ;
- Une filière psychiatrie du sujet âgé sans structuration graduée régionale ;
- L'existence de séjours au long cours parfois en lien avec des hospitalisations inadéquates ;
- Un manque de lisibilité sur la place de la post cure dans les parcours de soins psychiatriques ;

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Les publications en 2019 de la feuille de route nationale en santé mentale et de la stratégie nationale de prévention du suicide, suivies de la nomination du délégué ministériel en santé mentale et à la psychiatrie ont fortement impacté la politique nationale en fixant des objectifs stratégiques et en instaurant une politique de suivi de l'impact des actions.

Ces stratégies s'adossent sur des moyens délégués soit par thématiques (suicide, réduction du recours à l'isolement, troubles neuro-développementaux (TND) dont l'autisme…), soit par le biais des campagnes annuelles d'AAP du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) promouvant les innovations organisationnelles, et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en soutien à la remise à niveau de la pédopsychiatrie et l'activité de périnatalité, soit en accompagnement des 30 mesures des Assises en Santé Mentale d'octobre 2021.

La réactualisation récente de la feuille de route nationale, de la stratégie nationale de prévention du suicide et les mesures des assises permettent une lisibilité sur 5 ans des opportunités de financement.

Chacune de ces mesures implique une réflexion régionale de déploiement veillant à l'articulation avec les PTSM et à la réduction des inégalités, un pilotage et la réalisation d'un suivi pour une remontée semestrielle d'indicateurs auprès du ministère.

En parallèle, la réforme globale du financement de la psychiatrie au 1er janvier 2022 et celle au 1er juin 2023 des autorisations en psychiatrie, constituent des opportunités et des leviers d'évolution de l'offre en fonction des priorités régionales identifiées que nous détaillerons plus amplement dans la partie transformation de l'offre ci-dessous.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Bilan au 01/06/2023
09	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	3
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	
	Centre de crise	0
	Centre de postcure psychiatrique	
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	
11	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	6
	Hospitalisation de jour	8
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	1
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	5
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	
12	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	4
	Hospitalisation de jour	9
	Hospitalisation de nuit	2
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	1
	Centre de crise	1
	Centre de postcure psychiatrique	
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	0
	Centre de crise	

30	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	10
	Hospitalisation de jour	11
	Hospitalisation de nuit	2
	Placement familial thérapeutique	3
	Appartement thérapeutique	
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	1
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	11
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	3
	Centre de crise	
31	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	10
	Hospitalisation de jour	22
	Hospitalisation de nuit	3
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	4
	Hospitalisation à domicile	2
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	4
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	3
	Hospitalisation de jour	14
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	0
	Centre de crise	2
32	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	
	Hospitalisation à domicile	1
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	0
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	

34	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	10
	Hospitalisation de jour	21
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	2
	Appartement thérapeutique	1
	Centre de crise	1
	Centre de postcure psychiatrique	2
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	4
	Hospitalisation de jour	10
	Hospitalisation de nuit	0
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	1
46	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	5
	Hospitalisation de nuit	2
	Placement familial thérapeutique	2
	Appartement thérapeutique	2
	Centre de crise	1
	Centre de postcure psychiatrique	
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	5
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	
48	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	2
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	

65	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	4
	Hospitalisation de jour	6
	Hospitalisation de nuit	2
	Placement familial thérapeutique	1
	Hospitalisation à domicile	1
	Appartement thérapeutique	0
	Centre de crise	0
	Centre de postcure psychiatrique	1
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	5
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	
66	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	4
	Hospitalisation de jour	10
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	1
	Centre de crise	1
	Centre de postcure psychiatrique	1
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	4
	Hospitalisation de nuit	1
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	1
81	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	5 dont 1 Unité pour Malades Difficiles
	Hospitalisation de jour	14
	Hospitalisation de nuit	2
	Placement familial thérapeutique	2
	Appartement thérapeutique	0
	Centre de crise	1
	Centre de postcure psychiatrique	1
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	2
	Hospitalisation de jour	6
	Hospitalisation de nuit	0
	Placement familial thérapeutique	2
	Centre de crise	

82	**Psychiatrie adulte**	
	Hospitalisation complète	4
	Hospitalisation de jour	6
	Hospitalisation de nuit	0
	Placement familial thérapeutique	1
	Appartement thérapeutique	
	Centre de crise	
	Centre de postcure psychiatrique	0
	Psychiatrie infanto juvénile	
	Hospitalisation complète	1
	Hospitalisation de jour	3
	Hospitalisation de nuit	
	Placement familial thérapeutique	1
	Centre de crise	

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de psychiatrie

Département	Mention	Cible
09	Psychiatrie de l'adulte	1
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
11	Psychiatrie de l'adulte	6
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2
	Psychiatrie périnatale	2
	Soins sans consentement	2
12	Psychiatrie de l'adulte	4
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	2
30	Psychiatrie de l'adulte	11
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	6
	Psychiatrie périnatale	2
	Soins sans consentement	3
31	Psychiatrie de l'adulte	13
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	5
	Psychiatrie périnatale	3
	Soins sans consentement	4
32	Psychiatrie de l'adulte	2
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
34	Psychiatrie de l'adulte	11
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	4
	Psychiatrie périnatale	3
	Soins sans consentement	3
46	Psychiatrie de l'adulte	2
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
48	Psychiatrie de l'adulte	2
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
65	Psychiatrie de l'adulte	3
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
66	Psychiatrie de l'adulte	4
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1
81	Psychiatrie de l'adulte	5
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	2
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	2
82	Psychiatrie de l'adulte	4
	Psychiatrie de l'enfant et adolescent	1
	Psychiatrie périnatale	1
	Soins sans consentement	1

Pour certaines activités de psychiatrie se développe une offre graduée spécialisée qui n'a pas vocation à être présente sur chaque territoire mais à constituer une offre de recours et de soutien à l'offre de base. Les filières concernées sont :

- La filière troubles du comportement alimentaire (TCA) qui est constituée d'une plateforme de niveau 3 offrant sur les CHU de Toulouse et de Montpellier une prise en charge de recours pour les adultes et les enfants et adolescents en situation complexe mais aussi une ressource pour tous les professionnels concernant l'orientation et la prise en charge des TCA.
- Cette plateforme s'appuie, sur un réseau d'hôpitaux de jour de niveau 2 réunissant les compétences nécessaires et respectant le seuil d'activité prévu par les textes (Nîmes, Toulouse, Montpellier) qui a vocation à être construit sur d'autres territoires et avec des acteurs ambulatoires de niveau 1 dont l'identification et la formation permettront une offre de dépistage, et de suivi de proximité.
- Le centre régional de psycho-traumatisme d'Occitanie (CRPOC) déploie sur 4 antennes (Nîmes, Toulouse, Montpellier, Thuir) une offre qui combine la prise en charge des psycho traumatismes complexes enfant et adulte et les actions de structuration d'une offre territoriale en particulier par le biais des formations de professionnels.
- Les deux centres supports de réhabilitation psychosociale de Toulouse et Montpellier sur le même modèle participent à des actions de soins et prises en charge de patients tout en développant et en animant le réseau hémi-régional des centres de réhabilitation psychosociale de proximité se déployant en région. A terme, chaque établissement doit proposer une offre de réhabilitation psychosociale en soutien au rétablissement des patients dont il assure les soins.
- Les dispositifs spécifiques inscrits dans la stratégie nationale de prévention du suicide que sont le 3114 (numéro national de prévention du suicide) et le dispositif de recontact des suicidants VigilanS sont portés pour toute la région par des équipes spécialisées des CHU de Toulouse et de Montpellier.
- Les 3 Centres Ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) de Toulouse, Montpellier et Thuir ont vocation à faciliter les prises en charge en développant les compétences des intervenants de proximité et en les soutenant.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Les enjeux du PRS sont d'améliorer **l'accessibilité réelle aux soins de base et aux soins spécialisés dans un contexte de diminution des ressources humaines et d'augmentation des besoins.** Ce qui implique de poursuivre la modernisation de l'offre et l'actualisation des pratiques avec optimisation et lisibilité comme mots clefs.

L'évolution des attentes des usagers et de l'état de la science imposent de prioriser le développement des pratiques en réhabilitation psycho-sociale, de l'offre ambulatoire, de la réponse coordonnée sur chaque territoire au service du rétablissement des personnes.

L'ensemble de ces constats et enjeux identifiés ont permis de structurer une stratégie régionale autour **d'un OBJECTIF TRANSVERSE** : **« Proposer le juste soin au juste moment »** impliquant une **optimisation de l'utilisation des ressources**, des dispositifs, des unités et donc d'en **améliorer la lisibilité.** Ce travail de lisibilité et d'optimisation doit être mené dans les projets PRS mais aussi dans la mise en œuvre de la réforme des autorisations et dans chaque PTSM.
Avec 4 grandes priorités d'actions :

1. **Proposer une offre plus flexible permettant de mieux prévenir la crise**
2. **Améliorer la réponse aux patients souffrants de troubles psychiques sévères**
3. **Développer la réponse aux moments ou facteurs de vulnérabilité**
4. **Soutenir et renforcer l'attractivité des métiers de la psychiatrie et de la santé mentale**

La psychiatrie vit en ce moment une véritable refonte globale en lien avec la mise en place de réformes structurantes autour du mode de financement et d'autorisation de cette activité, et les 5 années du PRS3 seront les témoins privilégiés de ces évolutions.

La réforme introduit 4 mentions de spécialités : adulte/enfant/soins sans consentement(SSC)/périnatalité et impose aux établissements de se transformer et de transformer leurs partenariats :

- De passer d'une logique d'activité vers une logique de parcours et d'offre globale : selon les 3 modalités temps complet, temps partiel et ambulatoire y compris à domicile, et soins non programmés ;
- De s'inscrire dans les territoires : obligation de convention avec l'ES portant l'activité sectorisée et inscription obligatoire dans le circuit de l'urgence ;
- D'identifier ou créer deux nouvelles filières de soins autorisées : la périnatalité et les soins sans consentement y compris pour les moins de 18 ans ;
- De clarifier leurs offres au regard des missions.

L'impact concomitant de la réforme des financements et des réformes des autorisations de psychiatrie et de médecine, conduit à recentrer l'activité de psychiatrie sur ses missions premières : la prise en charge des troubles et pathologies psychiques.

D'une logique d'activité vers une logique de parcours
Désormais un établissement sera autorisé soit pour la mention « psychiatrie de l'adulte » soit pour la mention « psychiatrie de l'enfant et l'adolescent ». Il pourra en fonction de son autorisation de base, demander en sus, une autorisation de « soins sans consentement » pour la/les population(s) pour la/lesquelles il est autorisé.
Enfin il pourra également devenir titulaire d'une autorisation de psychiatrie périnatale, à la condition préalable d'être détenteur des deux autorisations « adulte » et « enfant/ado » ou au moins d'une autorisation « enfant/ado » en propre et conventionner avec un établissement autorisé en « adulte ».

Pour rappel, chaque établissement autorisé en psychiatrie, devra être en mesure de proposer par lui-même ou par conventionnement l'ensemble du parcours de soins soit les 3 modalités de prise en charge (temps complet, temps partiel et activités ambulatoires dont les soins à domicile) pour chacune des mentions retenues : adulte, enfant, périnatalité.

Deux filières à identifier ou créer : périnatalité et « soins sans consentement » des mineurs
Les grands impacts de cette réforme peuvent être reformulés ainsi : deux nouvelles filières de soins doivent être construites en lien avec cette évolution du droit des autorisations : celle des « soins sans consentement » enfant/ adolescents et celle de la psychiatrie périnatale.

Le diagnostic affiné sur la filière de psychiatrie périnatale permet de constater qu'il est nécessaire de déployer, sur chaque département, une offre à minima ambulatoire permettant d'accompagner ces situations de fragilités au plus près des besoins. Cette prise en charge pourra être complétée par une activité de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) par exemple.

Les modalités « temps complet » et « hospitalisation à temps partiel » en psychiatrie périnatale devront reposer sur des établissements disposant d'une autorisation de psychiatrie adulte et d'une autorisation enfant/adolescent en plus d'être porteur d'une maternité de niveau III réalisant à minima 3000 accouchements par an.

En ce qui concerne la prise en charge des soins sans consentement » la réforme des autorisations de la psychiatrie créée une nouvelle mention « autorisée » venant se suppléer à l'ancienne désignation.

L'encadrement de la prise en charge en soins sans consentement pour les mineurs est une nouveauté impliquant une nécessaire réflexion régionale et territoriale en terme de planification de l'offre.

L'ARS Occitanie souhaite pouvoir garantir l'accessibilité à toute personne, adulte et enfant, sur l'ensemble du territoire à ce type de prise en charge lorsque cela est nécessaire.

Il apparait pertinent de calquer l'organisation cible sur l'organisation actuelle de la responsabilité géo-populationnelle et donc la sectorisation et d'imaginer une structuration permettant progressivement de se calquer sur les attendus de la réforme qui prévoit à terme la prise en charge des mineurs exclusivement par les services de pédopsychiatrie.

Un établissement souhaitant être autorisé pour la mention « soins sans consentement » doit impérativement être titulaire d'une autorisation « mention psychiatrie de l'adulte » et / ou « mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».
Lorsque, sur un territoire, la cible fixée par le PRS3 n'est pas atteinte pour l'adulte et/ ou l'enfant *« le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur au titre de l'article L. 3221-4, ceux qui doivent demander l'autorisation pour la mention " soins sans consentement " conformément au 3° du I de l'article L. 3221-3. »*
Sources : *l'article R.6123-200 et l'Art. R. 3221-7.* CSP

<u>L'inscription dans les territoires</u> :
Toute autorisation en psychiatrie, et quelle que soit la mention, implique pour l'établissement trois obligations nouvelles d'inscription dans son territoire d'implantation :
- Signer une convention de partenariat avec l'établissement de santé portant la responsabilité géo-populationnelle de l'activité de secteur du territoire sur lequel il est implanté.
- S'inscrire dans le circuit de l'urgence
- Déployer une réponse aux soins non programmés

Recentrer l'activité de de psychiatrie sur ses missions essentielles :
Cette clarification des missions participera à terme à la redistribution des moyens en regard des missions, à la qualité des soins et à la clarification de l'offre dans l'objectif du « juste soin au juste moment » en région et en particulier concernant les unités d'hospitalisation complète identifiées comme ayant une activité spécifique.
L'ARS s'engage ainsi à accompagner la transformation d'unités d'alcoologie ou de sevrage, et d'addictologie rattachées encore à ce jour à l'activité de psychiatrie vers une activité de médecine.
Dans cette même logique, pourront être accompagnées des évolutions de services actuellement identifiés comme de l'activité de psychiatrie vers une activité de Soins de Suite et de Réadaptation (gériatrie ou autres) afin que les autorisations et financements puissent être en cohérence avec l'activité réelle de soins et la population prise en charge.

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Traitement du cancer

Éléments de diagnostic

La situation régionale en matière d'incidence et de mortalité par cancer est relativement favorable par rapport à la France métropolitaine : -2% (incidence) et -4% (mortalité) chez la femme, -4% (incidence) et -8% (mortalité) chez l'homme. Cependant, il existe des disparités selon les localisations cancéreuses, avec des sur incidences significatives des cancers de la vessie, du rein et du système nerveux central (homme) ainsi que du poumon, du col utérin et de la vessie (femme). De même, le taux de mortalité prématurée par cancer est particulièrement élevé dans les grandes villes du littoral, en corrélation avec les indicateurs de défavorisation, notamment pour les cancers liés à la consommation de tabac et d'alcool.
Les taux régionaux de participation aux dépistages organisés sont inférieurs aux taux nationaux, excepté pour le cancer du col de l'utérus quelle que soit la classe d'âge. La crise sanitaire Covid-19 a fortement impacté la participation aux dépistages organisés, avec un net rattrapage à l'issue de celle-ci.

En 2021, la densité régionale des professionnels de santé médicaux disposant d'une qualification liée au traitement des cancers, tous modes d'activité confondus, était favorable en comparaison avec la moyenne française, excepté pour les oncologues médicaux (1,523 professionnel / 100 000 habitants en Occitanie contre 1,867 professionnel / 100 000 habitants en France métropolitaine en 2020).
L'évaluation du PRS II, l'évolution des modes de prise en charge et la période de crise sanitaire Covid permettent de formuler les constats suivants en ce qui concerne les divers aspects de l'activité :

- Des points forts, des avancées et des opportunités :
  - Des prises en charges améliorées en hématologie : regroupement des RCP de recours, développement de l'utilisation des CAR T-Cells (CHU de Toulouse et CHU de Montpellier) ;
  - L'ouverture du dossier communicant en cancérologie (DCC) aux acteurs de ville ;
  - Une progression de l'activité de chimiothérapie en HAD dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19 ;
  - La mise place d'un COPIL régional « Covid et cancer » animé par le DSRC Onco-Occitanie, regroupant le DSRC, l'ARS et les professionnels du dépistage et du soin, qui a permis un suivi régulier de l'activité cancérologique en période de crise ;
  - L'amélioration de la prise en charge des patients porteurs de déficience intellectuelle par l'action d'ONCODEFI ;
  - Le dynamisme du dispositif spécifique régional du cancer (DSRC) Onco-Occitanie ;
  - La création de nombreux annuaires permettant une orientation des patients plus facile et plus efficiente (exemple : annuaire des RCP régionales de recours) ;
  - La réforme des CPTS et des DAC.
- En revanche, des difficultés persistent :
  - L'observation de données d'activité inférieures aux seuils minimaux annuels requis dans certains établissements concernant les modalités de traitement par chirurgie des cancers, parfois de manière récurrente
  - Une fluidité des échanges insuffisante entre la ville et l'hôpital
  - Des difficultés d'accès à l'oncogénétique, source d'iniquités
  - Des difficultés d'accès à l'innovation et aux essais cliniques
  - Une inégalité d'accès des personnes âgées de 75 ans ou plus au dispositif paramédical d'annonce
  - Des difficultés d'accès aux soins oncologiques de support en établissement de santé et en ville
  - Une utilisation insuffisante de l'expertise des Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) disponibles sur le territoire
  - Un format disparate des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), soit territoriaux, soit implantés en établissement de santé
  - Un fort impact de la crise sanitaire Covid-19, provoquant la suspension des campagnes de dépistages organisés, des retards de diagnostic et de prise en charge, et une diminution des prescriptions d'HAD à l'issue de la crise.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le contexte règlementaire a fortement évolué avec la parution le 26 avril 2022 de deux décrets réformant l'activité de soins de traitement du cancer et d'un arrêté fixant de nouveaux seuils d'activité minimale annuelle. Ces évolutions permettront de contribuer aux actions de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, notamment la poursuite de la mise en place de seuils d'activité minimale pour les localisations de cancers le justifiant, en rehaussant des seuils existants et en créant de nouveaux seuils pour certains organes (foie, œsophage, estomac, pancréas, rectum, ovaire), et une gradation de l'offre en chirurgie oncologique et en traitements médicamenteux systémiques du cancer.

La feuille de route régionale 2022-2025 déclinant la stratégie décennale de lutte contre les cancers propose 70 mesures de mise en œuvre réparties sur les quatre axes de la stratégie (prévention des cancers, limitation des séquelles et amélioration de la qualité de vie, lutte contre les cancers de mauvais pronostic et progrès pour tous).

Par ailleurs, plusieurs réformes sont en cours, en lien avec les travaux menés par l'Institut national du cancer: refonte des réunions de concertation pluridisciplinaires, réorganisation des missions des 3C, réforme des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), réorganisation des modalités de collaboration des sites associés pour le traitement de chimiothérapie des cancers avec les établissements autorisés, réforme des organisations interrégionales de pédiatrie (OIR), …

Ces réorganisations seront susceptibles d'impacter sensiblement le maillage territorial de l'offre et donc l'accès aux soins.

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Bilan au 01/06/2023
09	Chirurgie mammaire	1
	Chirurgie digestive	1
	Chirurgie gynécologique	1
	Chirurgie urologique	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-
	chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	1
	Radiothérapie externe	-
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
11	Chirurgie mammaire	3
	Chirurgie digestive	4
	Chirurgie gynécologique	3
	Chirurgie urologique	2
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2
	Chirurgie thoracique	1
	Chimiothérapie	4
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
12	Chirurgie mammaire	3
	Chirurgie digestive	3
	Chirurgie gynécologique	2
	Chirurgie urologique	2
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	1
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	2
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
30	Chirurgie mammaire	5
	Chirurgie digestive	6
	Chirurgie gynécologique	3
	Chirurgie urologique	3
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2
	Chirurgie thoracique	2
	Chimiothérapie	4
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	1
	Curiethérapie	-
31	Chirurgie mammaire	9
	Chirurgie digestive	10
	Chirurgie gynécologique	9
	Chirurgie urologique	7
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	11
	Chirurgie thoracique	4
	Chimiothérapie	11
	Radiothérapie externe	2
	Radioéléments en sources non scellées	2
	Curiethérapie	2

32	Chirurgie mammaire	1
	Chirurgie digestive	1
	Chirurgie gynécologique	-
	Chirurgie urologique	1
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	1
	Radiothérapie externe	-
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
34	Chirurgie mammaire	6
	Chirurgie digestive	13
	Chirurgie gynécologique	7
	Chirurgie urologique	8
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	7
	Chirurgie thoracique	5
	Chimiothérapie	9
	Radiothérapie externe	3
	Radioéléments en sources non scellées	3
	Curiethérapie	2
46	Chirurgie mammaire	1
	Chirurgie digestive	2
	Chirurgie gynécologique	1
	Chirurgie urologique	1
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	1
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	1
	Radiothérapie externe	-
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
48	Chirurgie mammaire	-
	Chirurgie digestive	1
	Chirurgie gynécologique	-
	Chirurgie urologique	-
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	-
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	1
	Radiothérapie externe	-
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-
65	Chirurgie mammaire	2
	Chirurgie digestive	3
	Chirurgie gynécologique	1
	Chirurgie urologique	1
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	3
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	1
	Curiethérapie	1

66	Chirurgie mammaire	2
	Chirurgie digestive	4
	Chirurgie gynécologique	2
	Chirurgie urologique	2
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	3
	Chirurgie thoracique	2
	Chimiothérapie	2
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	1
	Curiethérapie	-
81	Chirurgie mammaire	4
	Chirurgie digestive	4
	Chirurgie gynécologique	3
	Chirurgie urologique	3
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	2
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	3
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	1
82	Chirurgie mammaire	2
	Chirurgie digestive	3
	Chirurgie gynécologique	1
	Chirurgie urologique	2
	Chirurgie orl et maxillo-faciale	1
	Chirurgie thoracique	-
	Chimiothérapie	2
	Radiothérapie externe	1
	Radioéléments en sources non scellées	-
	Curiethérapie	-

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de traitement du cancer au 01/06/2023

Compte tenu des enjeux de la réforme de l'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer (gradation des prises en charge, évolution des seuils d'activité minimale annuelle), la montée en charge progressive de l'activité et l'adaptation aux nouveaux textes règlementaires est prise en compte dans le cadre d'une logique d'intervalle pour définir les objectifs quantifiés.

Zones d'implantation	Modalités	Mentions	Cible
09	Chirurgie oncologique	A1- chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	-
		A4- chirurgie oncologique urologique	-
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	0/1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	0/1
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	-
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	-
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	1
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

11	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	2/4
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	2
		A4- chirurgie oncologique urologique	2
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	1/2
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	2/3
		A7*-chirurgie oncologique indifférenciée	0/1
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/2
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	4
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

12	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	2/3
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0/1
		A4*- chirurgie oncologique urologique	0/1
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	0/1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	1/2
		A7*-chirurgie oncologique indifférenciée	0/1
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/1
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	2
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

30	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	3/5
		A2*- chirurgie oncologique thoracique	1/2
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0/2
		A4*- chirurgie oncologique urologique	1/2
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	2/3
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	3/5
		A7*-chirurgie oncologique indifférenciée	1/2
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/2
		B2*- chirurgie oncologique thoracique complexe	0/1
		B3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0/1
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5*- chirurgie oncologique gynécologique complexe	0/1
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A* - TMSC chez l'adulte	3/4
		B* - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0/1
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

31	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	5/8
		A2*- chirurgie oncologique thoracique	2/4
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	9/10
		A4*- chirurgie oncologique urologique	6/7
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	5/7
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	6/9
		A7*-chirurgie oncologique indifférenciée	7/8
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1/4
		B2*- chirurgie oncologique thoracique complexe	0/2
		B3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0/1
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5*- chirurgie oncologique gynécologique complexe	0/1
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	1
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	2
		B - Curiethérapie chez l'adulte	2
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A* - TMSC chez l'adulte	10/11
		B* - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0/1
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1

32	Chirurgie oncologique	A1- chirurgie oncologique viscérale et digestive	1
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	-
		A4*- chirurgie oncologique urologique	0/1
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	0/1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	0/1
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	-
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	-
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	1
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

34	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	4/13
		A2*- chirurgie oncologique thoracique	2/5
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	5/6
		A4*- chirurgie oncologique urologique	5/8
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	3/7
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	5/6
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	6
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1/4
		B2*- chirurgie oncologique thoracique complexe	0/2
		B3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0/1
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5*- chirurgie oncologique gynécologique complexe	0/2
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	1
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	3
		B - Curiethérapie chez l'adulte	2
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A* - TMSC chez l'adulte	6/9
		B* - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1/2
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	1

46	Chirurgie oncologique	A1- chirurgie oncologique viscérale et digestive	2
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	0/1
		A4*- chirurgie oncologique urologique	0/1
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	0/1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	0/1
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	-
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	-
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	1
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

48	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	0/1
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	-
		A4- chirurgie oncologique urologique	-
		A5- chirurgie oncologique gynécologique	-
		A6- chirurgie oncologique mammaire	-
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	-
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	-
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	1
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

65	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	1/3
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1/2
		A4- chirurgie oncologique urologique	1
		A5- chirurgie oncologique gynécologique	1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	1/2
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/1
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4- chirurgie oncologique urologique complexe	-
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	1
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A* - TMSC chez l'adulte	2/3
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

66	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	2/3
		A2*- chirurgie oncologique thoracique	0/2
		A3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	2/3
		A4*- chirurgie oncologique urologique	1/2
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	1/2
		A6- chirurgie oncologique mammaire	2
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	1
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	1/2
		B2*- chirurgie oncologique thoracique complexe	0/1
		B3*- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	0/1
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5*- chirurgie oncologique gynécologique complexe	0/1
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A* - TMSC chez l'adulte	1/2
		B* - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	0/1
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

81	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	1/4
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
		A4*- chirurgie oncologique urologique	1/3
		A5*- chirurgie oncologique gynécologique	2/3
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	2/3
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/2
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	1
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	3
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

82	Chirurgie oncologique	A1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive	0/2
		A2- chirurgie oncologique thoracique	-
		A3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde	1
		A4*- chirurgie oncologique urologique	0/2
		A5- chirurgie oncologique gynécologique	1
		A6*- chirurgie oncologique mammaire	1/2
		A7-chirurgie oncologique indifférenciée	-
		B1*- chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe	0/1
		B2- chirurgie oncologique thoracique complexe	-
		B3- chirurgie oncologique ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe	-
		B4*- chirurgie oncologique urologique complexe	0/1
		B5- chirurgie oncologique gynécologique complexe	-
		C- Chirurgie oncologique chez l'Enfant et les adolescents de moins de 18 ans.	-
	Radiothérapie externe, curiethérapie	A - Radiothérapie externe chez l'adulte	1
		B - Curiethérapie chez l'adulte	-
		C - Radiothérapie externe chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de radiothérapie externe chez l'adulte).	-
		C - Curiethérapie chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (en sus des mêmes traitements de curiethérapie chez l'adulte).	-
	Traitements médicamenteux systémiques du cancer	A - TMSC chez l'adulte	2
		B - TMSC chez l'adulte comprenant les chimiothérapies intensives entrainant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-
		C - TMSC chez l'Enfant et l'adolescent de moins de 18 ans comprenant les chimiothérapie intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours	-

* La cible est fonction de l'évolution de la recomposition hospitalière au sein du territoire durant le PRS et/ou des coopérations entre établissements. Elle est également dépendante du respect des seuils d'activité minimale annuelle instaurés par la réforme des autorisations afin de garantir le maintien d'une offre de qualité et de sécurité.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessous, quatre grandes priorités d'action ont été retenues :

- **Accompagner les établissements lors de la mise en œuvre la réforme de l'activité de soins de traitement du cancer :**
  - Garantir le non-renoncement aux soins dans le cadre de l'évolution de l'offre ;
  - Promouvoir la collaboration des équipes chirurgicales et médicales.

- **Renforcer la qualité de la prise en charge :**
  - Faciliter la prise en charge par les HAD des chimiothérapies injectables et de l'immunothérapie sous-cutanée;
  - Optimiser le suivi des chimiothérapies orales et des thérapeutiques par voie orale à domicile;
    - Mieux prendre en charge les cancers de mauvais pronostic par des équipes de référence;
  - Poursuivre le virage ambulatoire en cancérologie ;
  - Renforcer l'accès du médecin traitant au médecin spécialiste et à l'information via le dossier communicant en cancérologie, dans lequel l'intégration de l'ensemble des données devra être optimisée ;
  - Optimiser la prise en charge des patients atteints de cancer dans le cadre du renforcement ou de la mise en œuvre des nouveaux dispositifs (3C, UCOG, OIR, DAC, CPTS) ;
  - Renforcer l'usage des RCP régionales de recours ;
  - Renforcer la prise en charge des patients porteurs de handicaps, notamment une déficience intellectuelle.

- **Renforcer le dispositif d'annonce et améliorer l'accès aux soins de support :**
  - Faire en sorte que tous les patients, y compris les plus âgés, puissent accéder au dispositif paramédical d'annonce;
  - Faire en sorte que tous les patients, y compris les plus âgés, puissent bénéficier de soins de support adaptés à leurs besoins dans les établissements de santé autorisés;
  - Sensibiliser les oncologues aux possibilités de prescription de soins de support en proximité du domicile;
  - Assurer aux patients la connaissance des dispositifs de prise en soins de support existants en proximité (structures coordonnatrices retenues suite à l'appel à projets relatif au parcours de soins global post-traitement du cancer).

- **Accompagner l'innovation thérapeutique :**
  - Faciliter l'accès des patients aux innovations diagnostiques et thérapeutiques (médecine de précision, intelligence artificielle, …) y compris les essais cliniques dans tous les territoires ;
  - Accompagner le développement des thérapies innovantes en établissement de soins (thérapies ciblées, radiothérapie interne vectorisée, CAR-T Cells…);
  - Soutenir les établissements réalisant une activité d'oncogénétique constitutionnelle.

Transformations – regroupements – coopérations

Les dispositions des décrets réformant l'activité de soins de traitement du cancer visent à favoriser les coopérations entre établissements dans le but de permettre un accompagnement des structures ayant un activité limite au seuil réglementaire par une incitation à des coopérations formalisées avec un autre titulaire d'autorisation afin de garantir une continuité de prise en charge de proximité des patients.

De même, des sites pourront être autorisés à la chirurgie oncologique avec mention A dérogatoire pour exception géographique, dérogeant aux seuils, pour éviter un trop fort éloignement des soins et éviter d'éventuels renoncements. Ces sites dérogatoires devront être en capacité de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge chirurgicale oncologique. En Occitanie, un site pourra bénéficier de l'exception géographique pour l'activité de chirurgie viscérale et digestive.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Gynécologie-obstétrique-néonatalogie

Éléments de diagnostic

La région Occitanie connait une forte croissance démographique, supérieure à la moyenne nationale, bien qu'inégalement répartie sur le territoire. Le littoral et les métropoles montpelliéraine et toulousaine sont les zones à dynamique démographique forte.
Elle compte, en 2021, 57 147 accouchements versus 56 913 en 2018.

Le nombre de naissances a augmenté en 2021 après une baisse continue entre 2015 et 2020 : 58 279 naissances en Occitanie en 2021 versus 57 275 naissances en 2020. En 2021, le taux de natalité est à 9,7 pour mille en deçà du taux national (10,7 pour mille) et l'âge moyen de la mère à la naissance de 30,9 années.

Le taux de prématurité sur la période 2017-2019 est de 6 pour 100 naissances (versus 6,4 au niveau national).

Tableau 1. Nombre d'accouchements par département

Nombre d'accouchements	Année			
Département de résidence	**2018**	**2019**	**2020***	**2021**
09 - Ariège	1 188	1 168	1 158	1 146
11 - Aude	3 162	3 137	3 149	3 177
12 - Aveyron	2 193	2 134	2 085	2 224
30 - Gard	7 399	7 334	7 175	7 284
31 - Haute-Garonne	15 714	15 652	15 546	15 655
32 - Gers	1 432	1 384	1 392	1 478
34 - Hérault	12 251	12 198	12 070	12 284
46 - Lot	1 268	1 207	1 193	1 243
48 - Lozère	559	571	507	592
65 - Hautes-Pyrénées	1 770	1 795	1 832	1 776
66 - Pyrénées-Orientales	4 257	4 229	3 879	4 425
81 - Tarn	3 195	3 252	3 101	3 264
82 - Tarn-et-Garonne	2 525	2 523	2 405	2 599
Région Occitanie	56 913	56 584	55 492	57 147

** données incomplètes pour la CI ND d'Espérance - 660780669*
Source : PMSI MCO (ATIH)

Le nombre de maternités a diminué au cours des 6 dernières années et est passé de 44 en 2019 à 40 en 2023. Parmi ces 40 maternités, 14 sont de niveau I, 17 de niveau IIA, 5 de niveau IIB et 4 de niveau III. **Le niveau d'activité est hétérogène, 21 maternités, principalement de niveau I, réalisent moins de 1000 accouchements par an dont 8 avec une activité moyenne faible à moins de 550 accouchements annuels.**

Il existe 10 Centres Périnataux de Proximité (CPP) répartis inégalement sur le territoire, 1 seul en Occitanie Est et 9 en Occitanie Ouest dont 3 dans le département du Lot.

A noter, l'expérimentation de la **Maison de Naissance Doumaïa**, accolée au CHI de Castres-Mazamet (81) qui a évolué vers une activité pérenne (passage en droit commun), à compter de 2022.

La région dispose de **40 lits autorisés de réanimation néonatale** répartis sur les 4 maternités de niveau III, (Ratio nombre de lits de réanimation pour 1000 naissances = 0,68).

- Le nombre de séjours en néonatalogie est en légère baisse :

Tableau 2. Nombre de séjours en néonatalogie par département (source PMSI/ATIH)

	2019	**2020**	**2021**
09 - Ariège	162	185	148
11 - Aude	277	322	337
12 - Aveyron	222	257	224
30 - Gard	920	851	836
31 - Haute-Garonne	2 153	2 099	2 002
32 - Gers	100	83	77
34 - Hérault	2 291	2 006	2 031
46 - Lot	84	98	140
48 - Lozère	79	70	61
65 - Hautes-Pyrénées	141	148	157
66 - Pyrénées-Orientales	496	437	468
81 - Tarn	299	269	279
82 - Tarn-et-Garonne	182	160	148
Etablissements Occitanie	**7 406**	**6 985**	**6 908**

Tableau 3. Nombre de séjours avec passage en néonatalogie par type de maternité (source PMSI/ATIH)

	2018	2019	2020	2021
Maternités niveau 2A Néonatalogie	3 382	3 574	3 357	3 309
Maternités niveau 2B Néonatalogie – Soins intensifs	1 615	1 436	1 340	1 417
Maternités niveau 3 Réanimation néonatale	3 287	3 456	3 298	3 295

Il est relevé une baisse puis une tendance à la stabilisation du nombre de séjours en néonatalogie. L'activité varie cependant différemment selon les maternités.

La problématique de manque de ressources humaines (personnel médical et non médical) est prégnante en région Occitanie, elle a été mise en exergue lors des périodes estivales 2022 et hivernales 2022-2023, notamment sur des territoires et établissements déjà fragiles. Elle affecte les filières de périnatalité et pédiatrie, en particulier les professionnels de santé en gynécologie – obstétrique, maïeutique, pédiatrie, anesthésie - réanimation et en puériculture (infirmier et auxiliaire) … Le taux de pédiatres est de 12 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans versus 12,9 au niveau national.
Ces tensions ont impacté l'offre, l'accès et la qualité et sécurité des soins. Elles ont eu parfois pour conséquence la **fermeture de maternités** avec un déport de ces patients sur les établissements de proximité, déjà en tension du fait des congés. De même, la carence en professionnels de santé en période estivale a engendré une **difficulté d'accès aux soins de proximité relative aux Interruptions Volontaires de Grossesse** (cas spécifique des IVG tardives).

L'ARS Occitanie souhaite préserver un accès aux soins sur les territoires isolés, préserver l'accès au suivi de grossesse et au suivi post-partum via des dispositifs existants tels que les Centres Périnataux de Proximité, notamment. Une **réflexion est en cours au niveau national sur le renforcement des CPP** afin que ces derniers puissent contribuer à une plus large offre de soins.

La mise en œuvre du **dispositif « hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) Engagement Maternité** », en 2022 pourrait apporter, sur les territoires de la région Occitanie, une réponse aux besoins des parturientes éloignées de plus de 45 mn d'une maternité, selon la gradation des niveaux de maternité de I à III. Pour l'instant, le dispositif HTNM Engagement Maternité n'est pas encore assez déployé sur la région (dans 14/40 maternités uniquement).

- **Focus sur les CPP en région Occitanie**

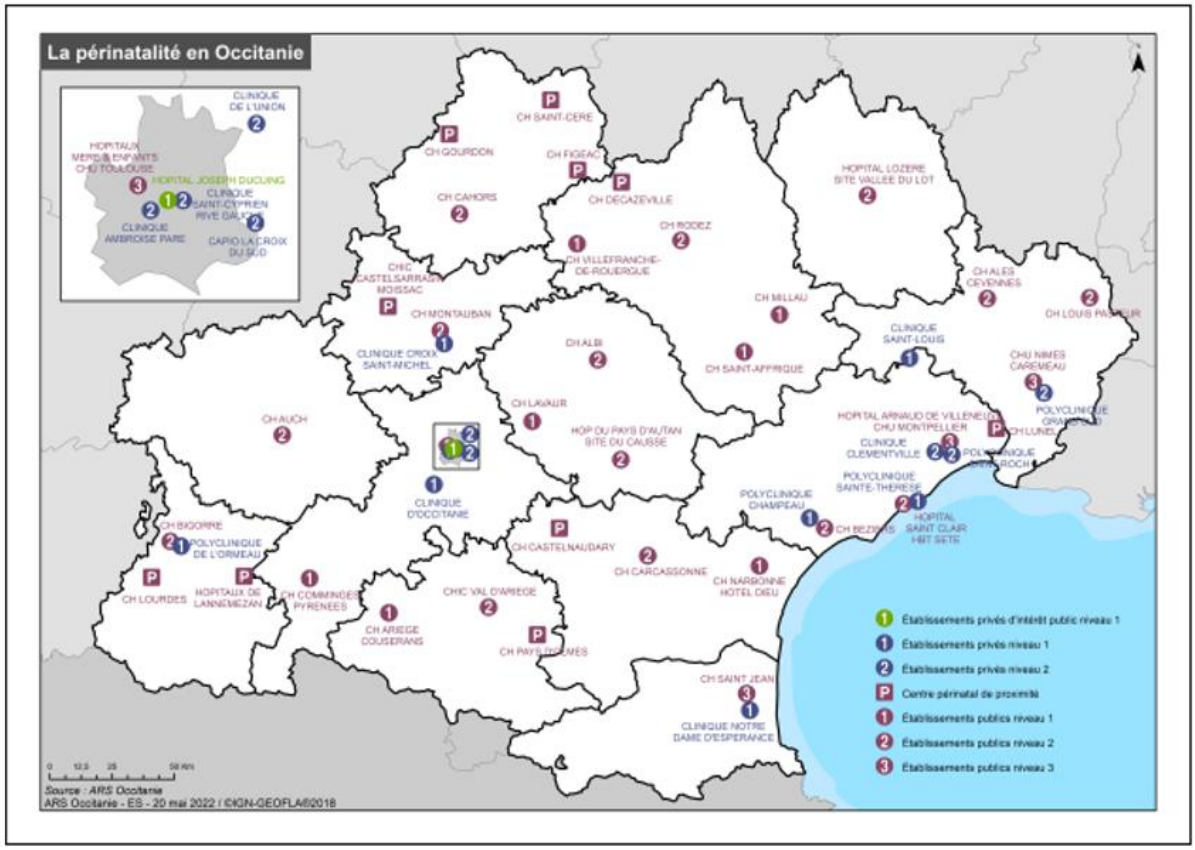
D'une manière générale, les CPP répondent à un besoin de la population en termes de santé des femmes et reproductive. Ces dispositifs permettent d'assurer une offre de soins en gynécologie – obstétrique en proximité pour les femmes.
Leur activité est centrée sur des consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance et les consultations gynécologiques. Certains CPP offrent également l'accès à la rééducation périnéale.
Les 10 CPP sont inégalement répartis sur la région Occitanie : 9 sont situés sur l'hémi-région Ouest Occitanie dont 5 relativement proches et localisés sur les départements du Lot, de l'Aveyron et du Tarn-et-Garonne.

Tableau 4. Localisation des CPP

Départements	Localisation des CPP
09 - Ariège	Lavelanet
11 - Aude	Castelnaudary
12 - Aveyron	Decazeville
34 - Hérault	Lunel
46 – Lot	Gourdon / St Céré / Figeac
65 – Hautes-Pyrénées	Lannemezan / Lourdes
82 – Tarn-et-Garonne	Moissac

Quelques chiffres :

- Taux de recours à l'IVG stable à 15,1 pour 1000 femmes 15-49 ans mais difficultés d'accès en particulier à l'IVG tardive ;
- 10% des femmes en âge de procréer, soit environ 120 000 sont concernées en Occitanie par l'endométriose ;
- Taux de précarité élevé avec 30,2% de femmes percevant des allocations chômage et/ou RSA en Occitanie versus 23,2% au national ;
- Taux d'allaitement exclusif ou mixte à la sortie de la maternité en deçà du taux national : 67,5% en Occitanie versus 69,7% au national ;
- 10 % de la population française serait exposée à des problèmes d'infertilité. 1 couple sur 4 rencontre aujourd'hui des difficultés pour concevoir un enfant (cf. Rapport sur les causes de l'infertilité - Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité, rendu en 02/2022).



Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

L'activité de soins de Gynécologie – Obstétrique (GO) / Néonatologie / Réanimation Néonatale est inscrite dans le cadre de la réforme des autorisations. Les travaux nationaux de réflexion sont suspendus.

A l'heure actuelle, le niveau national engage une large réflexion relative au renforcement des CPP.

Rappel de textes parus en 2022 ayant eu un impact sur l'activité de soins GO / Néonatologie :

1. **Parcours des 1000 premiers jours et mesures associées**
   Les mesures mises en place en 2022 concernent le renfort des staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités (Soutien financier pérenne des établissements au développement des staffs médico-psycho-sociaux en maternité à l'appui d'un parcours coordonnée et gradué au retour à domicile en post-partum; Appel à projet ARS Occitanie publié en juillet 2022) et l'Entretien Post-Natal Précoce. Ce dernier est rendu obligatoire depuis le 1er juillet 2022.

2. **HTNM Engagement maternité**
   Les textes réglementaires régissant l'Hébergement Temporaire Non Médicalisé ont été publiés en avril – mai 2022 dont l'instruction DGOS datant du 09/05/2022.

3. **Maison de naissance**
   L'expérimentation des maisons de naissance déployée en 2015 a pu être pérennisée (passage en droit commun) à compter de 2022 (instruction DGOS du 14/12/2021).

4. **Renforcement de l'accès à l'IVG**
   La loi du 02/03/2022 a allongé le délai légal de recours à l'IVG de 2 semaines (passage de 12 à 14 semaines de grossesse / 16 SA) – « IVG tardives ». Elle a permis également de pérenniser l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à 9 SA versus 7 SA.

5. **La réforme des autorisations d'HAD**
   L'HAD devient une activité de soins à part entière à compter du 01/06/2023. Le nouveau régime est articulé autour d'une mention « socle » obligatoire pour l'ensemble des établissements d'HAD et de 3 mentions spécialisées, dont une relative à « l'ante et post-partum ».

6. **Filière Endométriose**
   L'instruction du 12/07/2022 formalise l'organisation et le déploiement de la filière endométriose sur les territoires, garantissant un accès à une prise en charge adaptée et de qualité pour les personnes atteintes de cette pathologie. L'ARS Occitanie a publié un Appel à Candidature en date du 13/03/2023.

7. **Publication des textes relatifs :**
   - **À la bioéthique** : élargissement de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) aux couples de femmes et femmes non mariées et la possibilité d'auto-conserver ses gamètes dans un but non-médical (Loi de Bioéthique 2021, 2022)
   - **À la procréation, l'embryologie et la génétique humaines**. (Plan ministériel 2022-2026) pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines, fixant les trajectoires à suivre pour accompagner les évolutions médicales et scientifiques dans les domaines concernés.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Pour rappel classification des maternités :

- Niveau I : Activité de soins de gynécologie-obstétrique sans néonatologie
- Niveau IIA : Activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatologie sans soins intensifs
- Niveau IIB : Activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatologie avec soins intensifs
- Niveau III : Activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatologie avec soins intensifs et réanimation néonatale

N.B. :
Les établissements autorisés de niveau IIA ont de fait le niveau I ;
Les établissements autorisés de niveau IIB ont de fait les niveaux I et IIA ;
Les établissements autorisés de niveau III ont de fait les niveaux I, IIA et IIB:

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 01/06/2023	Cibles
09	Niveau I	1	0 / 1*
	Niveau IIA	1	1
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	0	0
11	Niveau I	0	0
	Niveau IIA	2	2
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	0	0
12	Niveau I	3	3
	Niveau IIA	0	0
	Niveau IIB	1	1
	Niveau III	0	0
30	Niveau I	0	0
	Niveau IIA	3	3
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	1	1
31	Niveau I	3	2 / 3*
	Niveau IIA	3	2 / 4*
	Niveau IIB	1	1 / 2*
	Niveau III	1	1
32	Niveau I	0	0
	Niveau IIA	1	0 / 1*
	Niveau IIB	0	0 / 1*
	Niveau III	0	0
34	Niveau I	3	3
	Niveau IIA	3	3
	Niveau IIB	1	1
	Niveau III	1	1
46	Niveau I	0	0
	Niveau IIA	1	1
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	0	0

48	Niveau I	0	0
	Niveau IIA	1	1
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	0	0
65	Niveau I	1	1
	Niveau IIA	0	0
	Niveau IIB	1	1
	Niveau III	0	0
66	Niveau I	1	0 / 1*
	Niveau IIA	0	0 / 1*
	Niveau IIB	0	0
	Niveau III	1	1
81	Niveau I	1	1
	Niveau IIA	1	0 / 1*
	Niveau IIB	1	1 / 2*
	Niveau III	0	0
82	Niveau I	1	1
	Niveau IIA	1	0 / 1*
	Niveau IIB	0	0 / 1*
	Niveau III	0	0

* La cible est fonction de l'évolution de la recomposition hospitalière au sein du territoire durant le PRS, notamment du fait du passage attendu de maternités de niveau I au niveau IIa ou du niveau IIa au niveau IIb.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostics présentés précédemment, cinq grandes priorités d'action ont été retenues :

1. **Assurer une offre de soins de proximité garante d'un niveau de sécurité et de qualité des soins**
   - Renforcer l'accessibilité aux soins sans rupture de soins, de « perdu(e)s de vue » (vigilance sur les situations de vulnérabilité) / Préserver l'accès aux soins sur les territoires isolés, préserver l'accès au suivi de grossesse et au suivi post-partum (Centres Périnataux de Proximité, HTNM Engagement Maternité).
   - Favoriser la transformation des maternités des niveaux I en IIA ainsi que de IIA en IIB pour soulager les maternités de niveaux IIB à III, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement.
   - Améliorer la prise en charge des mères et des enfants (« aller vers »), répondre à la demande des parturientes d'un accouchement moins médicalisé, afin d'éviter qu'elles se tournent vers des pratiques non accompagnées.
   - Sécuriser l'offre de soins afin d'éviter les fermetures de maternités ou de services de pédiatrie.
   - Coordonner des professionnels de santé autour du parcours patient afin d'éviter les ruptures de soins.
   - Poursuivre l'ajustement du capacitaire aux besoins de la population, selon les recommandations des sociétés savantes pour la région Occitanie (lits de réanimation néonatale).
2. **Adaptation des structures sanitaires pour éviter la séparation de la dyade couples « parents – enfants » / Formation des équipes soignantes comme normes à la prise en charge**
   - Augmenter les places selon la modalité « mère-enfant » (« unité kangourou »), dans les structures sanitaires, pour favoriser l'accueil de la dyade mère – bébé.
   - Développer l'intérêt des professionnels de santé pour les innovations, pratiques nouvelles, par la mise en place de formations de type : Soins de Développement (SDD).
3. **Renforcer la prévention : dépistage, repérage et prise en charge de la vulnérabilité**
   - Renforcer les staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités
   - Améliorer la coordination ville-hôpital (dossiers partagés, …).
4. **Mettre en place la filière endométriose en lien avec les enjeux de fertilité**
   - Etablir un état des lieux de l'offre de prise en charge de l'endométriose (dépistage, diagnostic, traitement, suivi).
   - Déployer la filière endométriose selon le cahier des charges national.
5. **Renforcer l'accès à l'IVG**
   - Accompagner la prise en charge de la patiente selon les différentes modalités du parcours IVG (y compris les IVG tardives),
   - Coordonner les professionnels de santé pour éviter les ruptures d'accès à l'IVG (fermeture en périodes de congés / Contraintes RH).

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

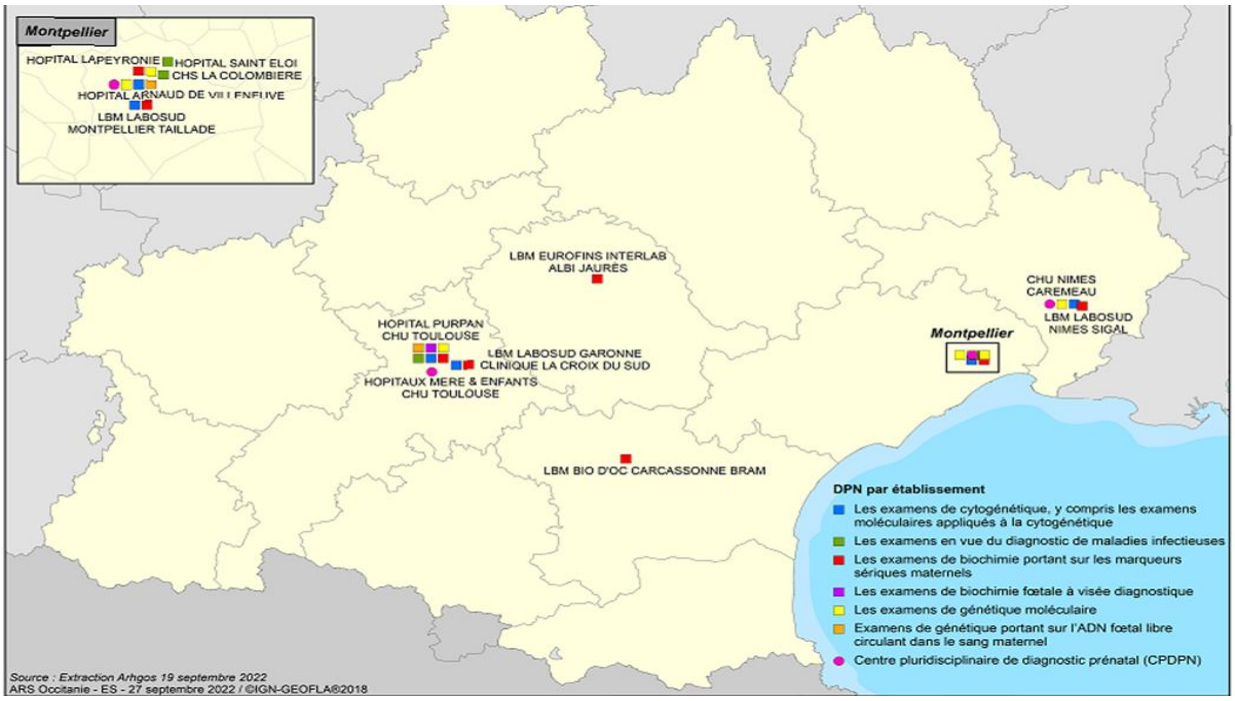
ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Diagnostic prénatal

Éléments de diagnostic

Le diagnostic prénatal (DPN) se distingue du dépistage, et permet d'estimer le risque pour l'enfant à naître d'être porteur d'une anomalie génétique telle que la trisomie 21.
Le dépistage s'appuie aujourd'hui sur des techniques non invasives, il est alors appelé DPNI, permettant un calcul de risque. Un risque élevé engendrera la mise en œuvre de techniques invasives (amniocentèse, choriocentèse…) permettant une éventuelle confirmation par un examen génétique.
Le DPNI est aujourd'hui devenu un test de dépistage indispensable pour la prise en charge des patientes enceintes à risque de trisomie 21.
Ce dépistage non invasif peut connaître une extension de ses indications (anomalies des chromosomes sexuels, duplications ou délétions, etc. …) engendrant ainsi une augmentation à venir de l'activité.
Les compétences disponibles sont relativement limitées en raison du degré de spécialisation nécessaire pour pratiquer cette activité.

La cartographie ci-dessous montre la répartition régionale des sites de DPN



Les constats partagés se traduisent par des difficultés d'accès, pour les patientes, à certaines activités en dehors des 2 métropoles de la région Occitanie, avec des délais accrus de prise en charge, en raison de la saturation du dispositif actuel.
Par ailleurs, une disparité de la prise en charge financière des examens entre le secteur privé et le secteur public est soulignée en raison de l'augmentation de l'activité.

Des difficultés de recrutement des professionnels de santé qualifiés sont signalées, pour ces activités spécialisées.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Des travaux portant sur la réforme des autorisations des activités de soins ont été entamés en 2018. Si l'activité de diagnostic prénatal est concernée, les nouveaux décrets encadrant cette activité n'ont pas été publiés à ce jour. Dans l'attente, au moment de la publication du PRS III, l'activité reste régie par les textes suivants :

- LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ;
- Décret n° 2018-1046 du 28 novembre 2018 relatif au régime d'autorisation des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale pour la pratique du diagnostic prénatal,
- Arrêté du 14 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de trisomie 21,
- Arrêté du 14 décembre 2018 pris en application de l'article R. 2131-2-3 du code de la santé publique,
- Arrêté du 6 mars 2018 modifiant l'arrêté du 25 janvier 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de prescription, de réalisation et de communication des résultats des examens de biologie médicale concourant au diagnostic biologique prénatal,
- Arrêté du 25 janvier 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de prescription, de réalisation et de communication des résultats des examens de biologie médicale concourant au diagnostic biologique prénatal,

L'activité de Diagnostic Prénatal est également au cœur du plan ministériel 2022-2026 pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines, fixant les trajectoires à suivre pour accompagner les évolutions médicales et scientifiques dans les domaines concernés.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Pour rappel classification des maternités :

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1ier juin 2023	Cibles
09	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
11	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
12	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0
30	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Examens de génétique moléculaire	1	1
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	1

31	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2	2
	Examens de génétique moléculaire	1	1
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	1	1
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	1	1

32	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

34	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	2	2
	Examens de génétique moléculaire	2	1
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	2	1
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	2	2
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	2	1

46	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

48	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

65	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

66	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

81	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

82	Examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Examens de génétique moléculaire	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	1
	Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Répondre à l'évolution du besoin actuel et à venir au regard des évolutions technologiques (développement des examens de génétique moléculaire) et renforcer l'accès au DPN pour les femmes enceintes.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins Assistance médicale à la procréation (AMP)

Éléments de diagnostic

L'Assistance Médicale à la Procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (IA).

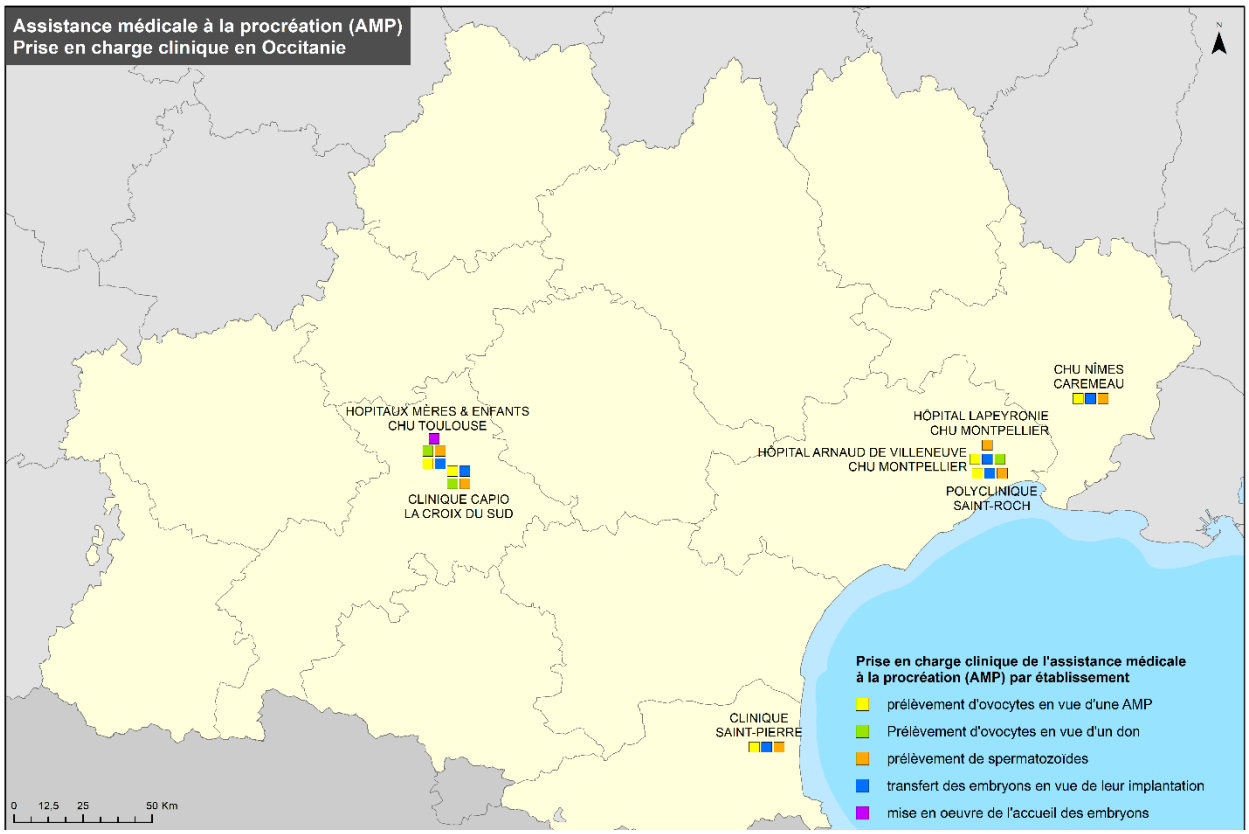
En France, 3,3 millions d'hommes et de femmes (soit 1 couple sur 4 ayant déjà eu un projet parental) sont touchés par l'infertilité.
Depuis 40 ans, le recours à l'assistance médicale à la procréation s'est continuellement développé selon une progression quasiment linéaire : 3,4 % des enfants sont conçus par AMP, soit 1 enfant sur 30.
Par ailleurs, 50% des consultations concernent les nouveaux publics (couples de femmes et femmes non mariées).

Les **cartographies** ci-dessous montrent la répartition régionale, en 2022 des sites d'AMP :

Cartographie des sites d'AMP cliniques et biologiques

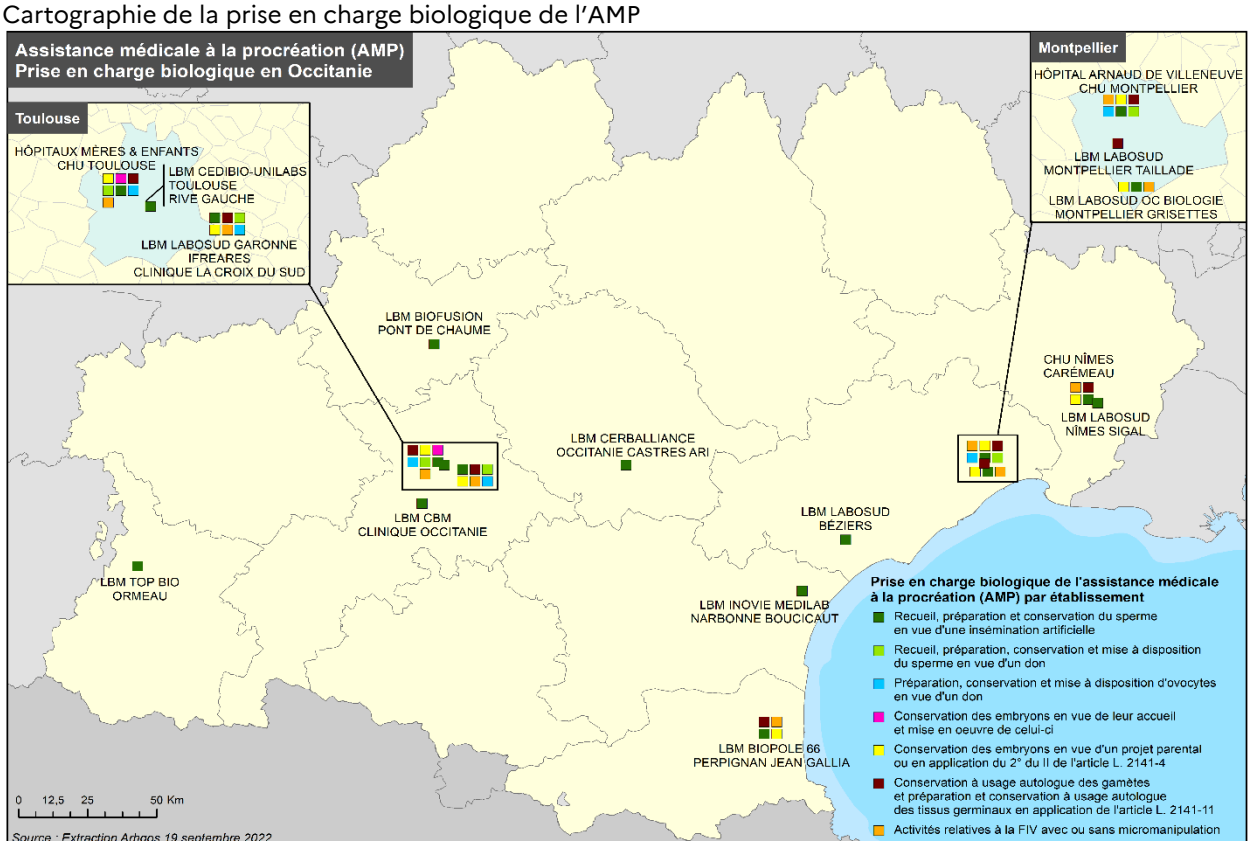
Source : Extraction Arhgos 19 septembre 2022
ARS Occitanie – ES – 27 septembre 2022/©IGN-GEOFLA®2018

Cartographie de la prise en charge clinique de l'AMP par établissement



Source : Extraction Arhgos 19 septembre 2022
ARS Occitanie – ES – 27 septembre 2022/©IGN-GEOFLA®2018

Cartographie de la prise en charge biologique de l'AMP



Source : Extraction Arhgos 19 septembre 2022
ARS Occitanie – ES – 27 septembre 2022/©IGN-GEOFLA®2018

L'accès au centre d'AMP le plus proche en Occitanie, pour ce qui concerne l'hémi-région Est, se fait en moins de 30 minutes pour 59,8% des femmes en âge de procréer. La bonne couverture des centres sur l'ensemble de la côte explique ce chiffre.
Pour l'hémi-région Ouest, l'accès au centre d'AMP le plus proche se fait en moins de 30 minutes pour la moitié des femmes en âge de procréer.
Les constats partagés sont en lien avec le fort impact actuel et à venir de la Loi relative à la bioéthique du 02 Août 2021 et plan ministériel 2020-2026 sur l'activité :

- Conséquences en termes d'organisation, de capacités de prise en charge, de délais d'attente accrus pour les patientes, de saturation du dispositif actuel, ….
- Conséquences en termes de ressources humaines : difficulté de recrutement de personnels qualifiés.
- Difficultés d'accès à certaines activités en dehors des 2 métropoles de la région Occitanie.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

La révision des lois de bioéthique a donné lieu à la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique qui encadre les pratiques de l'AMP et rappelle qu'il s'agit d'une activité de soins. Elle est marquée par des évolutions majeures dans le domaine de l'AMP :

— Les couples de femmes et les femmes non-mariées peuvent désormais en bénéficier.
— Il est possible, sous certaines conditions, d'auto-conserver ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP, en dehors de toute indication médicale. Cette activité nouvelle, suscitera à priori une demande soutenue.
— Enfin, un nouveau droit est créé pour les enfants nés d'une AMP avec don : le droit d'accès à des informations non-identifiantes sur la personne donneuse à l'origine de leur conception, ainsi qu'à son identité en cas de consentement préalable.

Contexte règlementaire et orientations nationales :

- Loi de Bioéthique (LBE) - 2021 avec élargissement de l'AMP aux couples de femmes et femmes non mariées, et la possibilité d'auto-conserver ses gamètes dans un but non-médical ;
- Décret N°2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation ;
- Décret N° 2021-1933 du 30 décembre 2021 fixant les modalités d'autorisation des activités d'autoconservation des gamètes pour raisons non médicales ;
- Arrêté du 28 septembre 2021 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ;
- Arrêté du 26 octobre 2021 fixant la limite d'âge pour la conservation des gamètes et des tissus germinaux recueillis ou prélevés en application de l'article L. 2141-11 du code de la santé ;
- Arrêté du 14 avril 2022 portant modification de l'annexe de l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ;
- Plan ministériel 2022-2026 pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines, fixant les trajectoires à suivre pour accompagner les évolutions médicales et scientifiques dans les domaines concernés.

L'AMP est inscrite dans le cadre de la réforme des autorisations sans publication de décret à la date de rédaction du PRS III.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
09	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	0	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
11	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
12	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	0	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
30	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	2	2
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
31	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	2	2
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	2	2
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	2
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	4	4
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	2	3
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	2	2
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	2	2
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	1	1
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	2

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
32	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
34	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	2	2
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	1	1
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	3	3
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	2	2
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	1	1
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	2	2
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	1
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
46	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	0	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
48	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	0	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
65	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
66	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	1
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
81	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cibles
82	**Activités cliniques**		
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes ;	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12	0	0
	Activités biologiques		
	Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : -le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; -la préparation et la conservation des ovocytes ;	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.	0	0
	Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12 comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme d'une part, et la préparation et la conservation d'ovocytes d'autre part	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, quatre priorités d'action ont été retenues :

Améliorer l'accessibilité aux soins et réduire les inégalités territoriales de santé, ainsi que les délais d'attente pour la réalisation du projet parental en intégrant les demandes des nouveaux publics et la progression du taux d'infertilité

- Fluidifier, optimiser et simplifier les parcours AMP des patientes (parcours de soins sans don, parcours de soins avec don de sperme, ...),
- Adapter l'offre de soins dans la perspective d'absorber le surplus d'activité de la filière
- Mettre en place une coordination territoriale de l'offre dans le cadre du parcours socle AMP public/ privé.
- Créer un institut régional de la fertilité public/privé.
- Faire connaitre les offreurs de soins.

Préserver la fertilité en lien avec les prises en charge en oncologie

- Systématiser l'information des patients sur les dispositifs de préservation de la fertilité,
- Poursuivre le projet d'organisation des plateformes de la fertilité,
- Limiter l'errance diagnostique en répertoriant les centres (« répertoire ») en fonction du public visé : professionnels de santé et patients.

Promouvoir le don de gamètes

- Conduire des campagnes de communication auprès de potentiels donneurs.

Attractivité des métiers / Renfort RH

- Favoriser le recrutement de personnel qualifié et compétent en AMP au sein des structures en lien avec la stratégie régionale d'attractivité des métiers de la santé.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins de Longue Durée (SLD)

Éléments de diagnostic

Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) sont des structures sanitaires d'hébergement et de soins qui accueillent des personnes âgées dont l'état santé nécessite une surveillance médicale rapprochée, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique. Elles sont généralement adossées à un établissement hospitalier public ou privé. Elles prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie pouvant entrainer ou aggraver leur perte d'autonomie. Elles assurent aux patients des soins d'entretien de la vie, des soins médicaux et techniques et des soins relationnels.

Les éléments de constats à prendre en compte en Occitanie par rapport au développement de l'activité des SLD sont :

- Une croissance de la population en Occitane supérieure à la moyenne française dont une part grandissante de la population âgée de 60 à 74 ans (20% de la population) associée à la poursuite du vieillissement (les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 10 % de la population) avec un allongement de la durée de vie. D'ici 2035, la part des personnes âgées de plus de 75 ans sera moins importante dans 3 départements (31,34,82) mais la croissance de leur vieillissement sera plus importante dans 7 départements (09,11,30,34,46,48,66).
- Des inégalités sociales plus marquées en zones périurbaines et à l'Est de notre région : la valeur de l'indice de défavorisation sociale, l'EDI, est plus fort dans les zones IRIS des agglomérations qu'en secteur rural et il est particulièrement élevé dans les territoires du pourtour méditerranéen de l'Occitanie.
- Un isolement géographique, social, familial et de dépendance sévère de plus de 75 ans qui augmentent avec des disparités territoriales.
- Une prévalence des maladies neurologiques, séquellaires et neurodégénératives (prédomine en 2020 dans 5 départements, le 12, 32, 46,65 et le 81) qui continue d'augmenter.
- Une prévalence des maladies chroniques en ALD importante et croissante, en particulier, des pathologies cancéreuses, mais moindre que dans d'autres régions de France.
- Un développement progressif d'une offre graduée gériatrique « spécialisée », diversifiée (CS, HDJ, HC – Evaluative, diagnostic et de suivi…) qui se développe sur les activités MCO, SSR et SLD mais reste insuffisante dans le secteur de la psychiatrie.
- Afin d'améliorer le parcours et la prise en charge des personnes âgées dans les structures de soins, le constat peut être fait de l'aide et du renforcement des Equipes Mobiles (Gériatrique, Soins palliatifs et Psycho-gériatriques) et de l'activité de télésanté dont la télémédecine.
- Une offre en implantation d'USLD sur chaque territoire stabilisée (un taux d'équipement en lits autorisés supérieur à la moyenne française en 2021 pour les PA >= 75 ans, 5.1 / 1000 hab. VS 4.8) et répartie sur chaque Zone d'Influence Hospitalière (ZIHi) – Mais, elle reste encore insuffisante sur quelques départements rapportés à la population âgée de plus de 75 ans, plus particulièrement pour l'Ariège, l'Aude, la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne. Mais, leur capacitaire sur certains départements est en phase de réduction (Difficultés de recrutement en professionnels et de stabilisation des effectifs - Insuffisance des financements et de leurs évolutions depuis 2006, notamment au regard des profils complexes et techniques aujourd'hui pris en charge).
- Les USLD sont un maillon important du dispositif de soins sanitaire pour répondre à la prise en charge de patients polypathologiques, âgés et dépendants nécessitant souvent des soins complexes. Il s'explique par leur niveau de médicalisation, la présence d'IDE de nuit, une offre en professionnels diversifiée, une proximité de l'offre de court séjour, et elles bénéficient d'expertises spécialisées mobilisables en particulier psychiatriques, adaptées aux parcours itératifs entre MCO et USLD, et l'accès à des plateaux techniques spécialisés.

- Les typologies et les prises en charge en USLD ont évolué ces dernières années :
  - Leur activité s'est plus particulièrement centrée sur les profils Neurologique (séquellaire et MND); les fins de vie et les prises en charge palliatives (forte composante des USLD) ; les diabétiques lourds ; les Soins Médico-Techniques Importants (SMTI) ; l'oncogériatrie; les patients hospitalo-requérants. Et, le constat peut être fait d'un recours plus tardif des personnes âgées et une durée de séjours plus courte avec le développement de la filière d'admission issue du MCO (Taux d'occupation élevé, Durée moyenne de séjours courte, Prises en charge lourdes …)
  - Les USLD répondent aujourd'hui à la prise en charge de publics plus jeunes, âgés de moins 75 ans, notamment entre 50 et 65 ans, en réponse aux problèmes liés aux Maladies Neuro Dégénératives, Troubles du Comportement et Cancers …
  - Le développement de la prise en charge des troubles du comportement et psychiatriques dont celle de publics plus jeunes non déments présentant des troubles cognitifs (et de problèmes somatiques), des personnes « psychiatriques » (très) vieillissantes avec syndromes gériatriques et des personnes atteintes de démence (âgées) présentant des troubles psycho-comportementaux
  - Ainsi, deux types de parcours se sont développés ces dernières années : des prises en charge lourdes, techniques et complexes notamment de fin de vie à l'origine de séjours courts et la prise en charge des maladies neurologiques évolutives à l'origine de séjours longs, au regard des profils plutôt EHPAD, avec un besoin en soins et une surveillance renforcée.

- Le déploiement de commissions communes USLD / EHPAD se poursuit en particulier entre structures situées en proximité géographique.
- Il est indispensable d'améliorer la gestion et la coordination des parcours des personnes âgées en particulier en intégrant les prises en charge itératives et de parcours discontinus.
- Le constat peut être fait du déploiement et d'un financement insuffisant des unités d'hébergement prise en charge renforcée (UHR) sanitaires et des unités cognitivo-comportementales (UCC) au regard du besoin de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux.
- Des difficultés en ressources humaines (recrutements ou remplacements), plus particulièrement en médecins gériatres, en IDE et aides-soignantes expliquent pour partie les problèmes que rencontrent les USLD et le retard pris au regard de la nécessaire transformation en cours des pratiques, notamment au regard des problématiques médico-psycho-sociales plus lourdes à prendre en compte. Il existe également des difficultés relatives à la fidélisation et à l'attractivité de ce secteur pour les professionnels.
- Dans le cadre de l'évolution de l'offre de prise en charge des personnes âgées, la transformation progressive des USLD en USPC rend nécessaire d'adapter et de renforcer la dimension soins des EHPAD.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Dans les suites de la publication du rapport de mission des professeurs Jeandel et Guerin des financements associés devraient également avoir un impact sur l'activité des USLD pour « une prise en soin adaptée des patients et des résidents d'EHPAD et d'USLD » (juin 2021), la publication de la feuille de route « EHPAD-USLD » 2021-23 de la politique nationale de santé propose de requalifier les lits d'USLD en Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) et prédéfinie les premiers axes de leur évolution :

- Création d'USPC pour des personnes de tout âge, à vocation strictement sanitaire et par le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées au sein d'EHPAD plus médicalisées (IDE nuit, permanence des soins…) ;
- Réduction potentielle du capacitaire des USLD par département (inférieur à 100 lits) et transfert du capacitaire vers des EHPAD ;
- Quatre profils des USPC : Neurologiques (Séquellaires et Maladies Neurodégénératives) ; Maladies chroniques lourdes (soins techniques complexes, Fin de vie – palliatif) ; Troubles du comportement (démence, poly-somatiques, jeunes « psychiatriques ») ; Polyhandicapés vieillissants (comorbidités lourdes).

Dans ce cadre, les travaux réalisés par l'IGASS en 2023 sur l'évolution des SLD et des EHPAD devraient préciser le périmètre de la transformation des USLD et de développement des USPC dont ces modalités de financement ; ils devraient amener à la définition d'un nouveau cadre réglementaire.
La mise en œuvre des décrets de 2022 sur les SMR, qui précisent les conditions techniques de fonctionnement de la mention gériatrique et crée la mention Oncologique, et la réforme des financements associés devraient également avoir un impact sur l'activité des SLD.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins pour l'activité de soins de longue durée

Zones d'implantation	Existant au 01/06/2023	Cibles
09	1	**3**
11	5	**6**
12	7	**7**
30	7	**7**
31	7	**8**
32	5	**5**
34	9	**9**
46	4	**4**
48	3	**3**
65	5	**5**
66	4	**4**
81	5	**5**
82	4	**4**

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

1. **Préparer les USLD vers une mise en place progressive et graduée des USPC plus ou moins organisées en filière :**
   - Finaliser la réduction des écarts en offre en USLD entre les territoires par rapport à la population âgée et redimensionner leur capacitaire tout en tenant compte des besoins et des particularismes locaux ;
   - Structurer les USLD en 2 types, selon leur localisation géographique par rapport aux activités de soins aigus, « proximales » et « éloignées », permettant de disposer d'une offre technique de proximité plus ou moins intégrée au MCO (plateaux techniques ; avis spécialisés ; accès aux services MCO…).
   - Répondre aux besoins d'une organisation en filière : gériatrique, neurologique, troubles du comportement, fin de vie et prises en charge palliatives, cancérologie (onco-gériatrie) …

2. **Garantir la réponse aux besoins insuffisamment couverts de la population vieillissante, gériatrique, vulnérable et fragile, et de publics moins âgés :**
   - Renforcer et développer la prévention dans le parcours de soins des personnes âgées de la dépendance et des maladies chroniques en particulier métaboliques ;
   - Définir des critères d'entrée et mobiliser l'outil « Via Trajectoire » dans la gestion du parcours des patients ;
   - Compléter la réponse aux besoins des patients dans certaines filières : neurologique, gériatrique (oncologique), troubles du comportement (cela recouvre certains profils psychiatriques dont géronto-psychiatriques) ;
   - Adapter l'offre par rapport aux différents types de problèmes neurocognitifs dont psycho-comportementaux ;
   - Développer et adapter les compétences des professionnels de la gériatrie et impliquer de nouvelles spécialités médicales aux prises en charge en USLD (médecins généralistes, MPR, Psychiatres (géronto)…) ;
   - Élargir l'offre en professionnels paramédicaux de la rééducation/réadaptation (neuropsychologues, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, diététiciens …) aux prises en charge en USLD.
   - Mobiliser les professionnels des USLD vers les EHPAD en tant que centre ressource complémentaire aux autres dispositifs sanitaires.

3. **Adapter et fluidifier la réponse aux parcours des personnes âgées (PA) dans les USLD et personnes handicapées (PH) pour les publics plus jeunes :**
   - Intégrer la prise en charge de parcours discontinus et « temporaires »
   - Développer la coordination infra territoriale entre USLD et EHPAD pour les personnes âgées, et avec les ESMS pour les personnes vivant avec un handicap ;
   - Promouvoir le partage de compétences et de moyens sanitaires ;
   - Élargir l'offre infra territoriale en UHR sanitaire et en UCC, et renforcer leur coordination ;
   - Développer l'attractivité, et diversifier le recrutement et les compétences des professionnels (diffusion de bonnes pratiques) notamment la formation pour accompagner les évolutions de pratiques ;
   - Accroitre l'intervention des bénévoles accompagnants en cherchant à développer l'articulation nécessaire entre ville et hôpital.

4. **Développer l'usage de pratiques novatrices en SLD :**
   - Déployer et soutenir la Télésanté (Télémédecine et Télé-Soins)
   - Développer et promouvoir de nouvelles thérapies en particulier comportementales
   - Développer les plateaux techniques et chercher en particulier à mobiliser l'intelligence artificielle
   - Développer l'innovation et la recherche y compris en soins.

Transformations – regroupements – coopérations

Dans le contexte à venir d'évolution des SLD, il est nécessaire de se préparer et de débuter la transformation « pour partie » des USLD en USPC qui pourra conduire à une réduction des capacitaires en lits voir du nombre d'implantations dans certains départements, dont leur regroupement.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

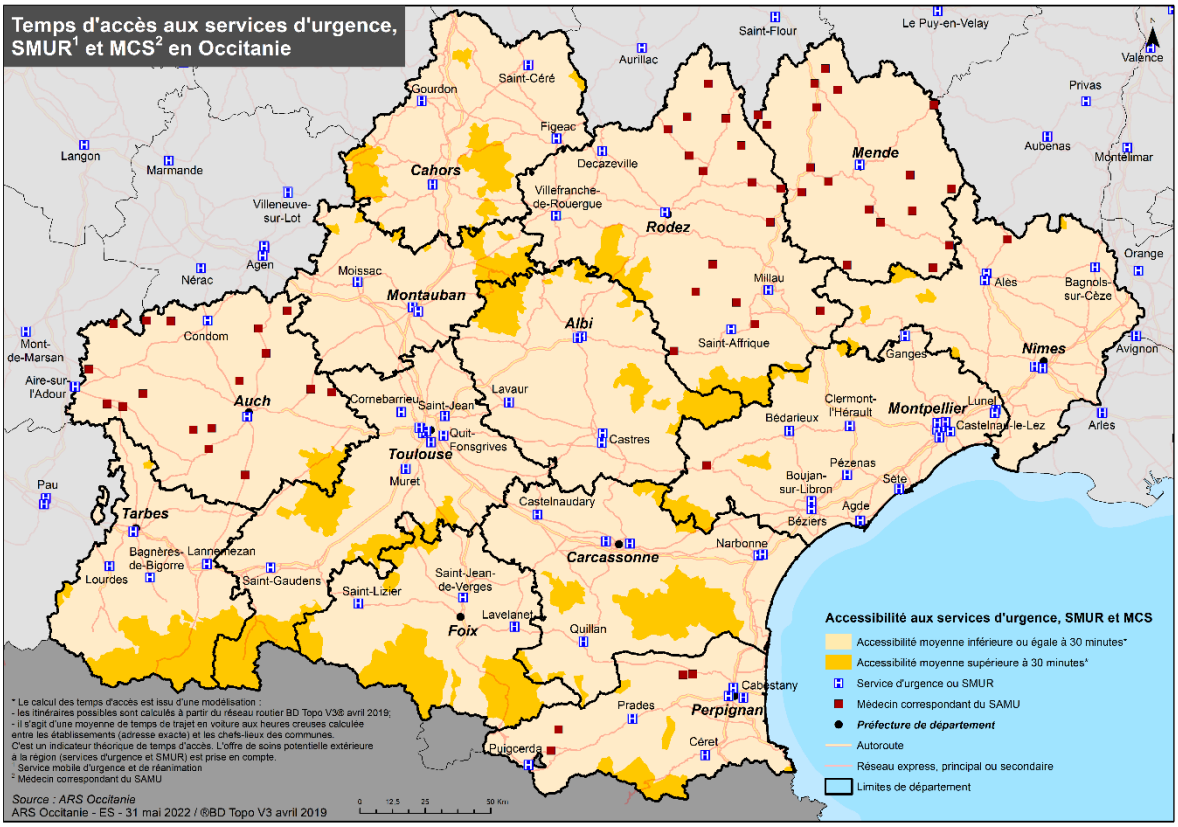
Activité de soins Médecine d'urgence

Éléments de diagnostic

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgence se centre sur un enjeu essentiel qui vise à assurer à l'ensemble de la population des territoires de santé un accès à des soins urgents de qualité, réalisés dans des conditions optimales de sécurité. Il s'agit de garantir :

- Un accès permanent et rapide aux soins complexes requérant des équipes médico-chirurgicales et des plateaux techniques hautement spécialisés,
- Un accès à des soins non programmés nécessitant les compétences de la médecine de ville tant en continuité qu'en permanence des soins ambulatoires.

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgence est assurée par les services d'aide médicale urgente (SAMU), les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les structure des Urgences déployés en Occitanie. Le maillage actuel déployé dans le cadre du précédent Projet Régional de Santé permet d'assurer une couverture en moins de 30min pour 98,1% de la population régionale.



Chaque année, plus de 1,8M de patients sont pris en charge grâce à ce maillage régional dans les services des urgences d'Occitanie, 25% seulement avaient un pronostic fonctionnel ou vital engagé et 80% ne nécessitaient pas d'hospitalisation à l'issue de leurs passages. Les structures des urgences doivent absorber une demande de soins en augmentation avec des ressources humaines de plus en plus rares. En parallèle, les 13 SAMU d'Occitanie prennent en charge plus de 2,6M d'appels par an, assurant un taux de décroché de 91,7% dont 65,9% sont décrochés en moins d'une minute. 54% de ces appels, nécessitent une régulation par un médecin et plus de 50% de ces appels relèvent de la médecine générale, tandis que seulement 2,77% des appels sont suivis d'une intervention du SMUR.

L'Occitanie fait face à une croissance démographique importante (+ 50 000 habitants par an) et accueil des flux touristiques estivaux et hivernaux en masse (+220 millions de nuitées touristiques en 2022). Son étendue géographique (2ème région la plus vaste de France métropolitaine) et la prégnance des zones de montagne (45% de la région) accentuent les défis à relever pour garantir une couverture efficace et une réponse de qualité de l'aide médicale urgente.

Les dernières années ont été marquée par plusieurs plan nationaux pour répondre aux difficultés du système de santé, du secteur hospitalier et notamment des urgences :
1. Le Pacte de Refondation des urgences en septembre 2019
2. Le SEGUR de la Santé à l'été 2021
3. La Mission Braun à l'été 2022

Ces plans nationaux ont engagé plusieurs actions spécifiques autour de la thématique de l'urgence:
- Déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS)
- Mise en place d'une mission sur le bedmanagement territoriale
- Mise en place de la réforme du Financement des structures des urgences et SMUR
- Travaux préalables à la réforme des Autorisations de Médecine d'urgence (textes à venir)
- Mise en place de la réforme des Transports Sanitaires Urgents
- Mise en œuvre de dispositifs en faveur des parcours dédiés aux Personnes Agées (PA) pour éviter les Urgences
- Mise en place d'une expérimentation Article 51 « Forfait de réorientation »
- Lancement des protocoles de coopération aux Urgences
- Déploiement de campagnes de communication régionale et nationale sur le bon usage des urgences et le recours au 15 avant de se déplacer dans une structure des urgences
- Sollicitation d'infirmiers libéraux pour pratiquer des soins non programmés
- Adapter le fonctionnement des services des urgences aux difficultés de chaque territoire

Malgré tout la pression sur les structures des urgences est toujours présente, potentialisée par une crise démographique des médecins urgentistes contraignant le fonctionnement de ces structures.

Le Projet Régional de Santé devra à la fois relever le défi de l'attractivité des services des urgences, de leurs fluidités, de réponse à la croissance démographique de la population dans une situation de tension forte de la démographie médicale.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

L'AS Médecine d'Urgence est également impactée par la réforme de financement des structures des urgences et des SMUR (SAMU non concernés) qui se met progressivement en place depuis 2021. Ces travaux sont suivis par le comité consultatif d'allocation des ressources section urgences réunissant les représentants des fédérations hospitalières, les représentants des urgentistes et les représentants des usagers. En Occitanie, les moyens initialement alloués dans la dotation populationnelle régionale sont inférieurs au besoin de financement du maillage SU-SMUR. Cette dotation populationnelle urgence fait l'objet d'une demande de révision en 2023 portée par l'ARS Occitanie afin de soutenir les Objectifs quantitatifs de l'offre de soins visés dans ce Projet Régional de Santé.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant*	Cibles
09	Structure des urgences	3	3
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	2	2
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	1
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
11	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	2	3
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR**	2	1
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
12	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	5	5
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
30	Structure des urgences	6	6
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	3	3
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
31	Structure des urgences	10	10
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	2	2
	SMUR Pédiatrique	1	1
	Antenne SMUR	0	1
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
32	Structure des urgences	2	2
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	1	2
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR**	1	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
34	Structure des urgences	15	15
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	3	3
	SMUR Pédiatrique	1	1
	Antenne SMUR	4	4
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
46	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	4	4
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant*	Cibles
48	Structure des urgences	1	1
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	1	1
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
65	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	3	3
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	1	1
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
66	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	1	1
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	1	1
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
81	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	3	3
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
82	Structure des urgences	3	3
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)	2	2
	SMUR Pédiatrique	0	0
	Antenne SMUR	0	0
	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1

* Ces objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont établis à droit constant. Une évolution des textes d'autorisation de médecine d'urgence est attendue avant la fin d'année 2023 et pourrait conduire notamment à la création des antennes de médecine d'urgence. Ces évolutions réglementaires entraîneront le cas échéant une révision partielle du PRS sur la partie médecine d'urgence et une revue des implantations dans chaque territoire.
** Transformation d'une antenne SMUR en SMUR autonome.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Objectifs	Indicateurs
Fluidifier le fonctionnement des services des urgences par la mise en synergie des ressources territoriales et l'évolution des métiers	• Mettre en place dans tous les établissements de santé (ES) sièges de structures des urgences (SU) une organisation de gestion des lits et notamment une commission des soins non programmés permettant de fluidifier l'aval des urgences • Utiliser et appliquer le Besoin Journalier Minimum en Lit (BJML) dans tous les établissements de santé siège de structures des urgences • Mettre en place un tour de rôle de sortie avec les entreprises de transports pour fluidifier les retours à domicile • Mettre en place des filières d'admission directe dans chaque ES siège de SU et développer l'usage de Via Trajectoire Soins Non Programmés (VT SNP) • Structurer une filière d'admission directe spécifique des patients de plus de 75 ans dans chaque SU • Organiser un accueil et une prise en charge adaptés aux patients handicapés • Rendre visible les capacités d'accueil notamment au SAS via les moyens de l'Observatoire Régional des Urgences Occitanie (ORU Occitanie) et du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), • Engager une démarche zéro brancard dans toutes les structures des urgences • Renforcer les coopérations territoriales par la mise en place de réseaux territoriaux des urgences, de coordination du bedmanagement et des hospitalisations non programmées • Travailler collectivement sur le territoire en fonctionnant en équipes territoriales de médecine d'urgence et en mettant en place un projet territorial de médecine d'urgence • Développement de la pratique avancée infirmière aux urgences.

Objectifs	Indicateurs
Une régulation médicale renforcée pour détecter les besoins d'Aide Médicale Urgente, projeter rapidement les moyens de secours et organiser les prises en charges	• Renforcement de la régulation médicale des soins par le déploiement du Service d'Accès aux Soins dans tous les départements d'Occitanie • Engager l'ensemble des SAMU dans une démarche qualité d'excellence opérationnelle et haute fiabilité organisationnelle (HRO), en lien avec les objectifs de la HAS • Atteinte d'un taux de décroché en moins d'une minute supérieure à 90% dans tous les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) • Développement d'outils communs entre SAMU et développement de la régulation supra départementale • Protocoles de gradation d'engagement des moyens mobiles et d'orientation des patients (*quel patient vers quelle structure ?*) associé à une charte d'organisation des services des urgences dans chaque département • Mise en œuvre de la visio régulation dans tous les SAMU d'Occitanie • Déploiement de la régulation déportée dans chaque département • La mise en place d' infirmiers en pratique avancée (IPA) urgences dans les SAMU
Une organisation territoriale des SMUR renforcée	• Un maillage SMUR renforcé par le respect du déploiement du nombre de lignes et sites de départ SMUR objectivé par département (voir tableau ci-après) permettant de maintenir un déploiement en moins de 30min pour les urgences vitales et fonctionnelles • Mise en œuvre de la géolocalisation dans tous les SMUR • Déploiement de la coordination des moyens héliportés • La mise en place d'IPA urgences sur le pré-hospitalier • Protocolisation en SAMU et SMUR de la gradation d'engagement des moyens mobiles (de la paramédicalisation jusqu'au SMUR) • La consolidation du dispositif Médecin correspondant de SAMU

Détail des lignes SMUR	Modalités / mentions	Existant*		Cible	
9	Lignes SMUR	Ligne déployée :	3	Ligne déployée :	4
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	2	Site de départ :	3
11	Lignes SMUR	Ligne déployée :	5,5	Ligne déployée :	6
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	4	Site de départ :	4
12	Lignes SMUR	Ligne déployée :	5	Ligne déployée :	6
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	5	Site de départ :	5
30	Lignes SMUR	Ligne déployée :	6	Ligne déployée :	6
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	3	Site de départ :	3
31	Lignes SMUR	Ligne déployée :	7 (dont 1 péd.)	Ligne déployée :	10 (dont 1 péd.)
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	2	Site de départ :	3
32	Lignes SMUR	Ligne déployée :	2	Ligne déployée :	2
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	2	Site de départ :	2
34	Lignes SMUR	Ligne déployée :	11 (dont 1 péd.)	Ligne déployée :	11 (dont 1 péd.)
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	7	Site de départ :	7
46	Lignes SMUR	Ligne déployée :	4	Ligne déployée :	5
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	4	Site de départ :	4
48	Lignes SMUR	Ligne déployée :	1	Ligne déployée :	2
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	1	Site de départ :	1
65	Lignes SMUR	Ligne déployée :	5	Ligne déployée :	5
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	4	Site de départ :	4
66	Lignes SMUR	Ligne déployée :	4,5	Ligne déployée :	4,5
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	2	Site de départ :	2
81	Lignes SMUR	Ligne déployée :	5	Ligne déployée :	5
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	3	Site de départ :	3
82	Lignes SMUR	Ligne déployée :	3	Ligne déployée :	3
	Sites de départ SMUR	Site de départ :	2	Site de départ :	2
TOTAL	**Lignes SMUR**	**Ligne déployée :**	**62**	**Ligne déployée :**	**69,5**
	Sites de départ SMUR	**Site de départ :**	**41**	**Site de départ :**	**43**

Transformations – regroupements – coopérations

La perspective du nouveau projet régional de santé doit permettre de renforcer sur le champ de la médecine d'urgence les coopérations territoriales par la mise en place de réseaux territoriaux des urgences, de coordination du bedmanagement et des hospitalisations non programmées. L'objectif de ce PRS sera également d'engager dans chaque territoire une démarche collective en fonctionnant en équipes territoriales de médecine d'urgence et en mettant en place un projet territorial de médecine d'urgence.

Le développement d'outils communs entre SAMU permettra le renforcement du soutien et des collaboration inter départementale, le déploiement de la régulation supra départementale pour la coordination des moyens SMUR et HéliSMUR.
La rédaction de protocoles de gradation d'engagement des moyens mobiles et d'orientation des patients (quel patient vers quelle structure ?) associé à une charte d'organisation des services d'urgences dans chaque département permettront de préciser les organisations départementales.

Les tensions RH rencontrées par les SU de la région font courir un risque sur le fonctionnement et la pérennité de certaines structures au cours des 5 prochaines années et donc sur le maillage régional de l'offre de médecine d'urgence. La mise en place des antennes de médecine d'urgence (selon les possibilités ouvertes par l'évolution du droit des autorisations) permettrait de réduire ce risque. Le déploiement du Service d'Accès aux Soins avec la consolidation d'une offre de soins non programmés dans les CPTS et les établissements est une priorité pour diminuer le taux de recours aux urgences, proposer une offre de soins en proximité sans saturer les urgences et ainsi se prémunir de ce risque.

Sur le territoire des Pyrénées-Orientales, et plus particulièrement du plateau Cerdan, l'évolution de la réglementation européenne et le renforcement des collaboration entre le SAMU 66 et la SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques) doit permettre d'optimiser la présence médicale SMUR dans le plateau Cerdan en permettant aux équipes du SEM d'intervenir sur le territoire français à la demande du SAMU66 et au SMUR 66 d'intervenir sur le territoire espagnol à la demande des services de secours espagnols.

Enfin ce projet régional de santé, doit permettre de poursuivre les travaux de coopération avec la Principauté d'Andorre sur l'activité de soins de Médecine d'Urgence.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Permanence des soins

Éléments de diagnostic

La Permanence Des Soins (PDS) est à différencier de la continuité des soins :
La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8 h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.
Il est à noter que la continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés, est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.
L'établissement éligible au titre de la PDSES est par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. A l'inverse, la non-éligibilité au titre de la PDSES n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.
Le champ de la PDSES regroupe 583 lignes au total (dont 433 Astreintes Opérationnelles et 144 Gardes)
La PDS s'articule avec les volets MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et urgences du Schéma Régional de Santé, les besoins en permanence des soins étant liés à la répartition des autorisations d'activités. La PDSES couvre deux types de situations :

- la PDSES liée à une obligation réglementaire et découlant d'une autorisation : soins critiques, périnatalité, cardiologie interventionnelle, … ;
- la PDSES « non réglementaire » mais répondant à la continuité d'aval des structures des urgences (permanences en chirurgie et anesthésie, cardiologie, biologie, radiologie …).

L'objectif principal de la PDSES est donc d'assurer la qualité de la prise en charge des patients. Pour autant, l'organisation de cette mission doit tenir compte de l'enveloppe financière (FIR) qui lui est dévolue, soit environ 58 millions d'euros en 2023. A noter l'augmentation de l'enveloppe suite à la revalorisation nationale des tarifs pour les médecins libéraux et les établissements hospitaliers publics, respectivement en 2021 et 2022.
Il convient de rappeler les tarifs annuels 2023 des lignes de PDSES :

	Etablissements relevant du secteur ex-DG	**Etablissements relevant du secteur ex-OQN**
Garde	187 934 €	105 354 €
Astreinte opérationnelle	76 818 €	82 920 €
Astreinte de sécurité	26 792 €	-

Nombre de lignes de gardes et d'astreintes mises en place au 20 avril 2023

Nature des lignes PDS	**CHU**	**CH**	**ESPIC**	**Privé commercial**	**Total**
Nombre de lignes de Gardes	54,0	50,0	2,0	38,0	144,0
Nombre de lignes d'Astreintes Opérationnelles (AO)	100,5	176,6	6,8	149,9	433,42
Nombre de lignes d'Astreintes de Sécurité (AS)	6,0	0,0	0,0	0,0	6,0

Méthode d'attribution des lignes « non règlementaires » :
PRS 3 : les éléments de méthode pris en compte dans le PRS 2 (contexte de fusion des règles des deux ex-régions) ont été repris (données d'activité de passage aux urgences, échanges avec les établissements) et complétés, suivant la demande des représentants hospitaliers eux-mêmes, par une enquête mise en place auprès des établissements, du 5 au 18 septembre 2022, afin d'apprécier les flux de patients concernés sur les 12 spécialités non règlementaires suivantes :

- Anesthésie chirurgicale (hors activité liée à la maternité),
- Chirurgie orthopédique,
- Chirurgie urologique,
- Chirurgie viscérale et digestive,
- Ophtalmologie,
- Pneumologie (hors Soins Intensifs (SI)),
- Cardiologie / affections vasculaires,
- Chirurgie orthopédique (chirurgie urgente de la main),
- Chirurgie vasculaire,
- Gastro entérologie,
- ORL,
- Radiologie et imagerie médicale.

Données collectées dans cette enquête : appels téléphoniques, nombre de déplacements, mobilisation du plateau technique ; en distinguant les interventions avant et après minuit.

Ces données ont été confrontées à deux autres sources d'information : aux données PMSI 2022 (activité H24 sur les spécialités concernées avec la mention « entrée par les urgences ») ainsi qu'aux données de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU 2022 (passages aux urgences aux horaires de la PDS sur les spécialités concernées).

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Plusieurs évolutions règlementaires sont en cours qui vont impacter dans les prochains mois l'organisation de la PDS :

1. Une mission IGAS en cours sur l'enjeu de la mutualisation :
   Sur la question du partage de la permanence des soins entre les établissements de santé (PDSES), publics et privés, à la demande du ministre de la santé, une mission IGAS a été lancée en mars 2023 pour lever toutes les difficultés et promouvoir une répartition équitable et ordonnée de cette permanence des soins sur les territoires, permettant en particulier, la mobilisation coordonnée, voire conjointe, d'équipes publiques et privées. Les conclusions de la mission viennent d'être remises au Ministre de la santé et de la prévention. La mise en œuvre de ces recommandations donnera lieu, dès la fin de l'année 2023 à un travail de refondation, dans chaque territoire de santé de l'Occitanie, de l'organisation de cette permanence des soins.

2. La réforme des autorisations impacte la PDS sur plusieurs thématiques :
   Plusieurs activités de soins ont été modifiées suite à la parution de nouveaux textes règlementaires dans le cadre de la réforme des autorisations. Ces textes induisent des changements sur l'organisation de la Permanence Des Soins.
   Sont concernés : cardiologie interventionnelle, soins critiques, neuroradiologie interventionnelle, imagerie diagnostique et interventionnelle, chirurgie, neurochirurgie et chirurgie cardiaque.
   Les lignes de PDS seront mises à jour dès que les établissements bénéficieront des autorisations correspondantes.

3. La réforme du financement des services de médecine d'urgence en cours a été engagée et va continuer à impacter l'organisation régionale des soins et par voie de conséquence l'organisation de la Permanence Des Soins.

Dans l'attente de ces évolutions, le cadre juridique de la PDS reste, dans l'immédiat, inchangé :

- PDS et notion de Service Public Hospitalier (SPH)

La PDS est régie par le décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.
La notion de service public hospitalier (SPH) est définie dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (Article L6112-3 du Code de la Santé Publique) et précisée par le décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016.

Elle garantit à tout patient :

— Un accueil adapté ;
— La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'Agence régionale de santé compétente ;
— L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
— L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du 1 de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

- Elaboration du volet PDS dans le cadre du Schéma Régional de Santé :

Aux termes de l'article R. 6111-41 du code de la Santé Publique,
« Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1. »
« Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Dans ce cas, par dérogation aux dispositions de l'article R. 1434-1, le volet révisé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le délai pour rendre l'avis est de deux mois. A défaut d'avis émis dans ce délai, l'avis est réputé rendu ».

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

	09		11		12		30		31		32		34	
Spécialités	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO
Réanimation adultes	1,00		2,00		1,00		5,00	1,00	12,50	5,00	1,00		10,00	1,00
Réanimation néonatale							1,00		1,00				1,00	
Réanimation pédiatrique									1,00	1,00			1,00	
Cardiologie interventionnelle				1,00		1,00		2,00		6,00				3,00
Soins Intensifs de Cardiologie			2,00		1,00		3,00	1,00	4,00				5,00	
Gynécologie obstétrique		2,00	1,00	1,00		4,00	2,00	3,00	6,00	4,00		1,00	5,00	4,00
Pédiatrie néonatologie		1,00		1,00	1,00		1,00	3,00	2,00	3,00		1,00	2,00	3,00
Pédiatrie (en lien avec la maternité)		1,00		1,00		3,00				4,00				3,00
Néphro-dialyse								1,00		2,00				1,00
Chirurgie cardiaque								1,00		4,00				3,00
Neurochirurgie								1,00	1,00	3,00			1,00	2,00
Neuroradiologie interventionnelle										2,00				1,00
Grands brûlés										1,00				1,00
Caisson hyperbare										1,00				
Neurologie				1,30		1,00	1,00		1,00	2,00		1,00	1,00	2,00
Cardiologie / affections vasculaires		1,00										1,00		
Chirurgie orthopédique		1,00		3,00		2,00	1,00	4,00	1,00	7,00		1,00	1,00	7,03
Chirurgie viscérale et digestive		2,00		3,00		3,00	1,00	2,50		7,50		1,00		11,00
Anesthésie adulte et maternité	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	5,00	4,00	8,00	15,50		2,00	7,00	14,00
Chirurgie vasculaire				1,00		1,00		1,00		4,00				2,00
Chirurgie urologique				1,50		1,00		1,00		4,50		1,00		5,00
Ophtalmologie				1,00		1,00		1,00		1,50				1,50
ORL				1,00				0,50		3,00				2,50
Pneumologie		1,00		1,00		1,00		2,00		5,00				3,00
Gastro-entérologie		1,00		2,00		1,50		3,00		3,50		1,00		2,00
Anesthésie pédiatrique									1,00	2,00			1,00	2,00
Chirurgie thoracique										1,00				1,00
Soins intensifs de pneumologie									1,00				1,00	
Soins intensifs de gastro-entérologie										2,00				
Chirurgie maxillo-faciale								0,50		1,00				1,00
Chirurgie pédiatrique										3,00				4,00
Maladies infectieuses								1,00		1,00				1,00
Radiologie et imagerie médicale		1,00		3,00		3,00	1,50	5,00		10,00		1,00		9,50
Hématologie clinique								1,00		1,00				1,00
Biologie								1,00		1,00				1,00
Chirurgie orthopédique (chirurgie urgente de la main)								0,50		1,00				1,00
Anatomopathologie liée à l'activité de greffe										1,00				1,00

	46		48		65		66		81		82	
Spécialités	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO	G	AO
Réanimation adultes	1,00		1,00		1,00		3,00		3,00		2,00	
Réanimation néonatale							1,00					
Réanimation pédiatrique												
Cardiologie interventionnelle						2,00		2,00		1,00		1,00
Soins Intensifs de Cardiologie					2,00		2,00		3,00		1,00	1,00
Gynécologie obstétrique		1,00		1,00	1,00	1,00	2,00	1,00		3,00		2,00
Pédiatrie néonatologie		1,00		1,00	1,00	1,00	1,00			2,00		1,00
Pédiatrie (en lien avec la maternité)								1,00		1,00		1,00
Néphro-dialyse								1,00				
Chirurgie cardiaque								1,00				
Neurochirurgie								1,00				
Neuroradiologie interventionnelle								1,00				
Grands brûlés												
Caisson hyperbare								1,00				
Neurologie		1,00				1,00	1,00			2,00		1,00
Cardiologie / affections vasculaires		1,00		1,00								
Chirurgie orthopédique		1,50		1,00		1,00		3,50		2,00		1,00
Chirurgie viscérale et digestive		2,00		1,00		1,00		4,00		2,00		1,00
Anesthésie adulte et maternité		2,00		1,00	1,00	1,00	3,00	5,00	2,00	3,50	1,00	2,50
Chirurgie vasculaire						1,00		1,00		0,99		1,00
Chirurgie urologique		1,00		1,00		1,00		2,00		2,00		1,00
Ophtalmologie						1,00		1,00				1,00
ORL		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00
Pneumologie		1,00				1,00		1,00		2,00		1,00
Gastro-entérologie		1,50		1,00		1,00		1,00		2,00		1,00
Anesthésie pédiatrique												
Chirurgie thoracique												
Soins intensifs de pneumologie												
Soins intensifs de gastro-entérologie												
Chirurgie maxillo-faciale								1,00				
Chirurgie pédiatrique												
Maladies infectieuses												
Radiologie et imagerie médicale		1,00		1,00		2,00		4,00		3,00		1,50
Hématologie clinique												
Biologie												
Chirurgie orthopédique (chirurgie urgente de la main)								0,50				
Anatomopathologie liée à l'activité de greffe												

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

La réforme des autorisations doit entrainer une modification substantielle du nombre de lignes de Permanence des Soins à mettre en place et à financer en Occitanie.

Cet impact concerne tout particulièrement deux types d'activités de soins : les soins critiques d'une part et la cardiologie interventionnelle d'autre part.

Aussi, dans l'attente de ces éléments d'incidence, il est proposé un maintien des règles et de l'organisation en vigueur de la PDS sur les différentes spécialités.

Des aménagements très limités en nombre sont toutefois mis en œuvre sur certaines lignes afin de tenir compte de situations très spécifiques (ces aménagements respectent les principes établis en Occitanie).

Principes généraux par spécialité * :

Spécialités	Orientations régionales
Activités « réglementées* »	
Réanimation adulte	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Réanimation néonatale	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Réanimation pédiatrique	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Cardiologie interventionnelle	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Soins intensifs de cardiologie	Les lignes de PDS sont définies réglementairement
Gynécologie obstétrique	La PDS est définie réglementairement (en fonction des seuils d'accouchements **(1)** et/ou le niveau de la maternité)
Pédiatre néonatalogie	
Pédiatre (lien maternité)	
Néphro-dialyse	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie cardiaque	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Neurochirurgie	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Neuro-radiologie-interventionnelle	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
« Grands brûlés »	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Activités en aval des urgences	
« Caisson Hyperbare »	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Neurologie	PDS sur les sites avec UNV : Astreinte opérationnelle pour tous les sites ; gardes pour les UNV qui ont plus de 1 000 séjours annuels
Cardiologie / affections vasculaires (hors USIC)	Astreinte opérationnelle par département pour les établissements site d'urgence pour les territoires qui n'ont pas d'USIC
Chirurgie orthopédique	Les niveaux de PDS tiennent compte du flux de patients aux horaires PDS
Chirurgie viscérale et digestive (y compris prélèvement d'organe)	Les niveaux de PDS tiennent compte du flux de patients aux horaires PDS
Anesthésie adulte et maternité	Les lignes de PDS ont été définies selon les principes posés dans le tableau 2 page suivante
Chirurgie vasculaire	Astreinte opérationnelle
Chirurgie urologique (y compris prélèvement d'organe)	Astreinte opérationnelle
Ophtalmologie	Permettre la mise en place d'une ligne PDS par département au minimum
ORL	Astreinte opérationnelle
Pneumologie	Astreinte opérationnelle
Gastro-entérologie	Astreinte opérationnelle
Anesthésie pédiatrique	Activité de recours régional
Chirurgie thoracique	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Soins intensifs de pneumologie	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Soins intensifs de gastro-entérologie	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie maxillo-faciale	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Chirurgie pédiatrique	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Maladies infectieuses	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Hémato-clinique	Activité de recours régional – Astreinte de sécurité
Radiologie et imagerie médicale	Astreinte opérationnelle
Biologie	Activité de recours régional – Astreinte de sécurité
Chirurgie orthopédique : chirurgie de la main	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle
Anatomopathologie liée à l'activité de greffe	Activité de recours régional – Astreinte opérationnelle

*Situation sera modifiée quand la réforme des autorisations entrera en vigueur sur les spécialités concernées par la réforme

Modalités d'attribution des lignes PDS sur certaines spécialités :

(1) Gynécologie obstétrique, pédiatrie néonatalogie et pédiatrie en lien avec la maternité :

	Gynéco-obstétricien		**Pédiatre**			
			Pédiatre avec compétence en néonatalogie		**Pédiatre sans compétence en néonatalogie**	
	Réglementation	Mise en œuvre ARS Occitanie	Régle menta tion	Mise en œuvre ARS Occitanie	Réglementation	Mise en œuvre ARS Occitanie
Seuil < 1 500 acc.	G ou AO	**AO**			G ou AO	**AO**
Seuil ≥ 1 500 acc.	G				G ou AO	
Seuil ≥ 3 500 acc.		**Si activité ≥ 3500 accouchements (ou si activité de niveau III)** + 1 AO à étudier				
Seuil ≥ 4 500 acc.		**Si activité ≥ 4500** +1 G à étudier				
Maternité niveau IIa			**G ou AO**	**AO**		
Maternité niveau IIb		**G (quel que soit le volume d'accouchements)**	G			
Maternité niveau III		**Si activité ≥ 3500 accouchements (ou si activité de niveau III)** + 1 AO à étudier	G			

AO = Astreintes opérationnelles ; G = Gardes

(1) Anesthésie (spécialités chirurgicales et maternités) :

	Pas de lignes PDS dans les spécialités chirurgicales	Lignes PDS identifiées dans les spécialités chirurgicales			
		Pas de maternité	Maternité inf. 2 000 accouchements / an	Maternité entre 1500 et 1999 accouchements / an	Maternité sup. 2 000 accouchements / an
Pas d'urgences	0	0,5 AO	1 AO	1G	1 G
Urgences inf. 30 000 passages annuels	0	1 AO	1 AO	1G	1G + 1AO
Urgences sup. 30 000 passages annuels		1 G	1 G	1G +1AO possible en fonction de l'analyse de l'activité (volume et type)	Au moins 1G + 1AO Lignes pouvant être augmentées en fonction de l'activité (volume et type)

AO = Astreintes opérationnelles ; G = Gardes

Transformations – regroupements – coopérations

Principes généraux : les objectifs du PRS 2 sont maintenus dans le cadre du PRS 3

- Améliorer l'accès aux soins : l'organisation de la PDS doit être optimisée pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins, définie à l'échelle territoriale, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences et ce la nuit, le week-end et les jours fériés. L'équité entre tous les territoires et établissements doit être recherchée, d'où l'importance de définir des règles communes, claires et en cohérence avec les ressources et besoins des territoires.

- Améliorer l'efficience : Il convient d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les coopérations et les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif.

La déclinaison en principes spécifiques :

- Principe de la couverture territoriale pour tous les territoires d'Occitanie : garantir à chaque fois que possible une ligne, par spécialité et par territoire. A défaut, pour les spécialités non couvertes sur le département, il convient de définir les modalités d'organisation du recours avec les établissements concernés et les services d'urgences.
  Dans le cadre de cette réflexion, il est tenu compte du niveau de gravité et d'immédiateté de la prise en charge en urgence (délai de prise en charge ; pronostic vital ou fonctionnel engagé) ;

- Principe d'une offre PDS minimale pour les établissements dits excentrés (zone rurale) : une offre minimale d'une ligne en anesthésie, en orthopédie et en chirurgie viscérale (astreinte opérationnelle) sur les établissements concernés pour assurer un minimum de prise en charge post urgences et garantir l'accès aux soins.

- Favoriser systématiquement les lignes mutualisées, quels que soient les établissements concernés ce qui permet une répartition de la charge de travail entre les médecins (faire diminuer le niveau de tension s'exerçant sur les ressources médicales).

  — Prendre en compte les spécificités propres à chaque spécialité concernée par la PDSES (niveau d'urgence ; volume d'activité aux horaires de la PDSES ; tensions sur les Ressources Humaines) dans l'analyse de leur attribution et le niveau de mutualisation à apporter ;
  — Dans les métropoles : renforcer les pôles de recours répondant à des besoins multi départementaux ; rationaliser la multiplicité des lignes lorsque non nécessaire aux besoins populationnels ;
  — En zone rurale et semi-urbaine : identifier les spécialités et les établissements en tension sur les Ressources Humaines, organiser la mutualisation dès que possible pour sécuriser les effectifs PDSES, en préservant un maillage aussi proximal que possible.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité de soins critiques

Éléments de diagnostic

Les soins critiques constituent un maillon essentiel de notre système de santé : ils délivrent des soins complexes et techniques de façon continue pour les patients qui « présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances d'organes mettant en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel et impliquant le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance »[22]. Si les unités de réanimation et de surveillance continue prennent en charge une grande hétérogénéité de pathologies, les soins intensifs cardiologiques et neuro-vasculaires prennent en charge respectivement majoritairement les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde.

A partir d'études menées par la CNAM et la DREES, il a été démontré une corrélation entre l'âge et la consommation de soins. Celle-ci se traduit également dans le recours aux soins critiques : plus l'âge est avancé, plus le recours à ces unités est important. Selon le rapport de la Cour des Comptes sur les soins critiques en France publié en 2021[23], plus de 2/3 des personnes prises en charge dans une unité de soins critiques étaient âgées de 60 ans et plus, avec une moyenne d'âge de 65,4 ans. Les progrès techniques et le vieillissement de la population entraînent une augmentation des admissions en soins critiques pour des patients de plus en plus âgés. Cependant, on observe un pic de consommation en soins critiques aux alentours de 72 ans : au-delà, le recours en soins critiques décroît.

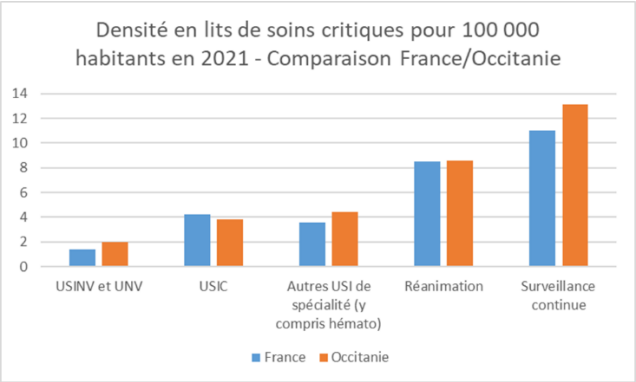
***

Si, jusqu'à présent, l'architecture des soins critiques se résumait à une gradation à trois niveaux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), celle-ci a évolué sous l'égide de la réforme des autorisations (*cf. contexte règlementaire*).

— Soins critiques adultes

Le rapport IGAS portant sur les soins critiques[24] fait état de disparités territoriales en termes de capacitaire de soins critiques. En ce qui concerne l'Occitanie, la région présentait, en 2021, une densité en lits de soins critiques supérieure à la France métropolitaine (hormis pour les soins intensifs cardiologiques), avec une moyenne de 31,9 lits de soins critiques pour 100 000 habitants, versus 28,5 en France métropolitaine[25]. Ce capacitaire, tel qu'observé en 2021, a évolué sur la période 2018-2022, sous l'impulsion de la crise sanitaire, en particulier en réanimation, où le capacitaire a augmenté de +8% pour atteindre 512 lits en région. Si le capacitaire a plus ou moins fluctué au cours des différentes vagues épidémiques et au regard des besoins générés (avec un pic à près de 700 lits ouverts en 2020), le capacitaire de réanimation n'est cependant jamais retombé aux valeurs initiales observées en 2018, soit 473 lits.

[22] Art. R. 6123-33 du Code de la Santé Publique
[23] Les soins critiques, Rapport de la Cour des Comptes, Juillet 2021
[24] Rapport IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations sanitaires exceptionnelles », n°2021-017R
[25] Statistiques Annuelles des Etablissements, 2021



Tous les départements occitans disposent d'une ou plusieurs unités de réanimation, adossées à une unité de surveillance continue. En revanche, le maillage reste à ce jour incomplet concernant les soins intensifs, puisque certains départements sont dépourvus de soins intensifs cardiologiques (Ariège, Gers, Lot, Lozère) et/ou de soins intensifs neuro-vasculaires (Ariège et Lozère).

Comme déjà mentionné, l'activité en soins critiques a été particulièrement impactée au cours de l'année 2020 en lien avec la crise Covid, au cours de laquelle les établissements ont su faire preuve d'agilité, d'innovation et de coopération. Le nombre de séjours en unité de réanimation a augmenté de +4% en 2020 en moyenne par rapport à 2019 ; avec une hausse du nombre de journées réalisées de +8%, considérant une hausse de la durée moyenne de séjours. Cette hausse s'est par ailleurs accentuée sur l'année 2021, compte tenu de la succession des vagues épidémiques[26].

La typologie des patients admis en réanimation apparaît conforme, compte tenu d'un taux important de suppléments REA par rapport au nombre de journées réalisées. Cependant, ces données font état d'un taux d'occupation particulièrement élevé en région, autour des 90%. L'année 2020 constitue une atypie compte tenu du fait que le calcul de ce taux d'occupation s'est basé sur le capacitaire de réanimation constaté au 31 décembre 2020, alors très élevé : ce taux ne tient pas compte de la fluctuation du capacitaire au cours de l'année. Dans son rapport, la Cour des Comptes a défini un taux d'occupation cible situé entre 80 et 85% pour les unités de soins critiques, permettant de couvrir les charges de fonctionnement tout en laissant la possibilité de prendre en charge un patient en urgence. Comme observé, cette cible est largement dépassée en Occitanie, témoignant de difficultés de fluidité d'aval.

L'aval des réanimations est constitué en premier lieu par les unités de surveillance continue. Pendant la crise sanitaire, ces unités ont, dans certains cas, pu être transformées en lits de réanimation, afin de faire face à l'afflux de patients. Ainsi, l'activité de surveillance continue a diminué de 6% entre 2019 et 2020 en Occitanie, et de 7% en France métropolitaine. Ces unités présentent des taux d'occupation inférieurs à ceux de réanimation, entre 70 et 80% en moyenne.

Les taux d'occupation des unités de surveillance continue (USC) isolées, c'est-à-dire non adossées à une réanimation, sont globalement inférieurs à ceux des USC adossées à une réanimation. Ce taux fluctue de façon importante entre établissements (entre 10 et 90%). Par ailleurs, certaines unités présentent des taux de suppléments de surveillance continue (SRC) inférieurs à 50%, ce qui interroge quant au besoin en soins critiques. Dans le cadre de la réforme des autorisations, ces unités auront vocation à être transformées en unité de soins renforcés, qui ne relèveront pas du champ des soins critiques.
Certains établissements relèvent par ailleurs des difficultés quant à l'aval des unités de surveillance continue, en lien avec la multiplication des patients « bed-blockers ». Il s'agit de patients dont l'état ne nécessite plus de soins spécifiques au service dans lequel il est pris en charge, mais pour lesquels aucune solution d'aval au regard de son état n'est trouvée, soit du fait

[26] Données ATIH – PMSI MCO 2021

de problématiques sociales, soit du fait de la complexité de sa prise en charge. Ces patients relèveraient d'une prise en charge orientées soins de rééducation post-réanimation (SRPR). Peu de centres en Occitanie sont en capacité de prendre en charge des neuro-lésés nécessitant une assistance respiratoire, avec des délais d'admission très importants (aucun centre côté de l'Ouest Occitanie).

— Soins critiques pédiatriques

L'activité de soins critiques pédiatriques repose sur un nombre limité d'établissements.

Si l'on s'intéresse à la consommation régionale en soins critiques pédiatriques, on observe un écart considérable avec la consommation nationale : en effet, en 2021, on recense un taux de recours de 425 séjours pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en soins critiques pédiatriques en Occitanie, versus 611 séjours pour 100 000 enfants de moins de 15 ans au niveau national. L'écart est particulièrement marqué en surveillance continue avec 225,6 séjours en USC pédiatrique chez les moins de 15 ans en Occitanie, versus 466,2 en France métropolitaine. Ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Un capacitaire régional en soins critiques pédiatriques moins dense en comparaison au national : par exemple, on comptabilise 1,8 lits de réanimation pédiatrique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en Occitanie, versus 3 lits en France métropolitaine ; 2,9 lits de surveillance continue pédiatrique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en Occitanie, versus 7,5 en France métropolitaine ;
- Des taux de fuite supérieurs aux taux d'attractivité : par exemple, 15% des patients de moins de 18 ans résidant en Occitanie et ayant bénéficié d'une prise en charge en réanimation pédiatrique l'ont été hors région ; a contrario 8% des moins de 18 ans pris en charge dans l'une des deux réanimations pédiatriques de la région étaient originaires d'un département hors Occitanie. L'écart est plus prononcé en ce qui concerne les unités de surveillance continue, où 25% des patients de moins de 15 ans résidant en Occitanie et ayant été pris en charge au sein d'une USC pédiatrique l'ont été hors région, quand 8% des patients pris en charge dans l'une des USC pédiatriques occitanes étaient originaires d'un département hors Occitanie. Ces fuites sont particulièrement marquées sur certains départements, en particulier le Gard, en raison de la proximité de la région PACA.
- Enfin, les taux d'occupation des unités de soins critiques pédiatriques sont supérieurs en comparaison au national : on observe un taux d'occupation de 88% au sein des réanimations pédiatriques occitanes en 2019, versus 75% en France métropolitaine. Ceci nous amène à se questionner sur le dimensionnement du capacitaire régional, et particulièrement en période épidémique, où les établissements autorisés font remonter des difficultés exacerbées.

***

De nombreux établissements font état de difficultés, en termes de ressources humaines paramédicales mais aussi médicales, aggravées depuis la crise sanitaire de 2020 : difficultés de recrutement, multiplication des demandes de temps partiel, turn-over etc.

Si l'on observe une évolution démographique favorable pour de nombreuses spécialités médicales sur la période 2018-2022[27], la spécialité de médecine anesthésie-réanimation fait partie des exceptions. En effet, le nombre de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) en exercice en région et en France métropolitaine est stable (+0,2% et +1%). L'élément le plus alarmant reste cependant la pyramide des âges : en effet, selon le répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS), au 1er janvier 2021, un tiers des MAR exerçant en Occitanie avaient plus de 60 ans. Cette photographie, bien qu'évolutive, reste intéressante afin d'anticiper les futures évolutions et notamment le nombre de départs à venir.
La seule profession médicale exerçant quasi-exclusivement en soins critiques est la spécialité médecine intensive-réanimation (MIR). Du fait de la création récente du diplôme d'études spécialisées en 2017, le nombre de spécialistes MIR reste encore limité, bien que la dynamique soit, de fait, plutôt favorable.

[27] Données RPPS

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

La publication des décrets n°2022-690 et 2022-694 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, publiés au Journal Officiel le 27 avril 2022, marquent un aboutissement des travaux initiés en 2018 portant sur la réforme de l'ensemble des activités de soins. Cette révision s'est largement inspirée du retour d'expérience suite à la crise Covid et à l'importante mobilisation des équipes de soins critiques. En effet, la crise sanitaire a permis de mettre en évidence l'enjeu de flexibilité du capacitaire et l'adaptabilité des unités aux éventuels besoins courants y compris en situation sanitaire exceptionnelle ; ainsi que la nécessaire fluidité du parcours de prise en charge post-réanimation.

L'un des objectifs de cette réforme est d'unifier l'offre de soins critiques aujourd'hui segmentée en raison d'un cadre règlementaire qui se limitait jusqu'à présent à l'activité de réanimation ; les autres activités (telles que les soins intensifs) étaient soumises à un régime de reconnaissance contractuelle, et les dispositions règlementaires afférentes très parcellaires.

La réforme introduit une nouvelle gradation des soins critiques qui se veut plus lisible et intégrée.

Désormais, l'activité de soins critiques est exercée selon deux modalités[28] : Soins critiques adultes et Soins critiques pédiatriques.

Chacune de ces deux modalités se décline en mentions:

- Pour la modalité soins critiques adultes : Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant; Soins intensifs polyvalents dérogatoires; Soins intensifs de cardiologie; Soins intensifs de neurologie vasculaire; Soins intensifs d'hématologie ;

- Pour la modalité soins critiques pédiatriques: Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant; Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant; Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires; Soins intensifs pédiatriques d'hématologie.

[28] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques, Section 2 « Soins critiques », Art. R. 6123-34

MODALITE	Avant la réforme (* = activités non soumises à autorisation)	Après la réforme → tous les soins critiques seront soumis à autorisation[29]
Soins critiques adultes	**Réanimation**	**Plateau technique de soins critiques[30] comprenant au moins une Unité de Réanimation (UREA) + au moins une Unité de Soins Intensifs Polyvalents (USIP) contiguë**
	Unité de surveillance continue adossée à la réanimation*	
	Unité de surveillance continue non adossée à la réanimation*	**Up-gradation en Unité de Soins Intensifs Polyvalents dérogatoires** **Ou sortie des soins critiques** (unité de soins renforcés = USR)
	Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)*	Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC)
	Unité de soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV)*	Unité de soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV)
	Unité de soins intensifs d'hématologie (USIH)*	Unité de soins intensifs d'hématologie (USIH)
	Autres unités de soins intensifs (USI) de spécialité*	Autres unités de soins intensifs (USI) de spécialité[31] concernant les titulaires de la mention « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »
Soins critiques pédiatriques	**Réanimation pédiatrique spécialisée**	**Plateau technique de soins critiques[32] comprenant au moins une Unité de Réanimation pédiatrique de recours** ou selon le cas concerné **une Unité de Réanimation pédiatrique + au moins une Unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents (USIPP) contiguë**
	Réanimation pédiatrique	
	Unité de surveillance continue pédiatrique adossée à la réanimation*	
	Unité de surveillance continue pédiatrique non adossée à la réanimation*	**Up-gradation en Unité de Soins Intensifs Pédiatriques Polyvalents dérogatoires** (USIP d) **Ou sortie des soins critiques** (notamment soins renforcés = USR)
	Unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie (USIH)*	Unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie (USIH)
	Autres Unités de soins intensifs pédiatriques de spécialité*	Autres Unités de soins intensifs pédiatriques de spécialité[33] concernant les titulaires des mentions « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » ou « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »

[29] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques / Section 2 « Soins critiques »
[30] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques / Section 2 « Soins critiques », Art. R. 6123-34-3.- I
[31] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques / Section 2 « Soins critiques », art. R. 6123-34-3.VII
[32] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques / Section 2 « Soins critiques », Art. R. 6123-34-3.- I
[33] Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques / Section 2 « Soins critiques », art. R. 6123-34-3.VII

Cette nouvelle gradation fait apparaître deux évolutions majeures :

- Introduction de la notion de « plateau technique de soins critiques », qui doit comprendre à minima une unité de réanimation et une unité de soins intensifs polyvalents, d'un capacitaire minimum de 14 lits, dont les chambres doivent être équipées de façon identique, avec un pilotage médical et paramédical mutualisé, de façon à faciliter les conditions de travail et pouvoir adapter le capacitaire de façon à répondre aux besoins ;
- Possibilité de transformer les unités de surveillance continue non adossées à une réanimation en unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires (car sur un site non autorisé à la réanimation) ou en unités de soins renforcés, exclues du champ des soins critiques. En effet, il a été observé, ces dernières années, la multiplication de ces USC « isolées », caractérisées par une grande hétérogénéité en termes de fonctionnement et pour certaines d'entre elles par une activité qui ne relevait pas, a proprement parlé, de soins critiques. Les missions, les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de ces unités de soins renforcés doivent cependant encore être précisées.

Le choix de la dénomination de l'activité « soins critiques » n'est pas anodin et illustre la portée du périmètre de cette réforme qui poursuit, au-delà de la révision des textes, les objectifs suivants :

- Garantir un haut niveau de sécurité et de qualité nécessaire à la pratique des soins critiques par le biais d'obligations règlementaires (que ce soit en matière d'équipements et de compétences), dans un cadre d'autorisation unifié et rénové ;
- Mettre en cohérence les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement avec une gradation du champ des soins critiques ;
- Mieux structurer l'offre régionale des soins critiques et renforcer le pilotage régional de la filière en s'appuyant sur la mise en place d'un dispositif spécifique régional, chargé de coordonner l'ensemble des acteurs[34].
- Par ailleurs, la mise en œuvre de la réforme des autorisations s'inscrit dans l'axe 1 de la feuille de route soins critiques 2022-2025, initiée en 2017 et présentée en mars 2022 par le ministre en charge de la santé. Elle vise à bâtir une véritable filière de soins critiques, mieux intégrée, homogène, garantissant mieux la qualité de prise en charge et mieux à même de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles. Avec l'ensemble des acteurs, les axes suivants ont été retenus pour structurer cette feuille de route, qui se croisent avec les objectifs de la réforme :
- Bâtir une véritable filière soins critiques, en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins critiques, renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en adaptant le modèle de financement aux enjeux d'organisation de la filière ;
- Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'accroissement prévisible des besoins et permettre une fluidité de parcours de prise en charge ;
- Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels paramédicaux via un renforcement des équipes, en renforçant le temps de formation et en développant la pluridisciplinarité.
- Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques, sous l'égide des ARS, en constituant de véritables filières territoriales ;
- Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, en mettant notamment en place une réserve sanitaire de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence.

[34] Instruction N°DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité soins critiques

Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023
09	Réanimation adulte	1
11	Réanimation adulte	2
12	Réanimation adulte	1
30	Réanimation adulte	3
31	Réanimation adulte	9
	Réanimation pédiatrique	1
	Réanimation pédiatrique spécialisée	1
32	Réanimation adulte	1
34	Réanimation adulte	8
	Réanimation pédiatrique	1
46	Réanimation adulte	1
48	Réanimation adulte	1
65	Réanimation adulte	1
66	Réanimation adulte	2
81	Réanimation adulte	3
82	Réanimation adulte	2

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme des autorisations de soins critiques

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Cible
09	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs de cardiologie	1
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

11	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs de cardiologie	2
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	2
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

12	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	2
	Soins intensifs de cardiologie	1
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

30	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	3
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	2
	Soins intensifs de cardiologie	5
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	2
	Soins intensifs d'hématologie	1
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

31	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	9
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	3
	Soins intensifs de cardiologie	4
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	2
	Soins intensifs d'hématologie	1
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1

32	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs de cardiologie	1
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

34	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	9
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	3
	Soins intensifs de cardiologie	5
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	3
	Soins intensifs d'hématologie	2/3
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	1

46	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs de cardiologie	1
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

48	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs de cardiologie	0
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	0
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

65	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs de cardiologie	2
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

66	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	1
	Soins intensifs de cardiologie	2
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	1
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

81	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	3
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs de cardiologie	3
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	3
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

82	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	2
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs de cardiologie	2
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	1
	Soins intensifs d'hématologie	0
	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échant	0
	Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	0
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, quatre priorités d'action ont été retenues :

- Renforcer la filière de soins critiques pédiatriques en région
  - Engager une réflexion sur les leviers à mobiliser pour renforcer le capacitaire de soins critiques pédiatriques en région et permettre à la filière de faire face aux enjeux des pics épidémiques hivernaux

- Fluidifier le parcours du patient en soins critiques
  - Engager une réflexion sur une gradation régionale du parcours du patient en soins critiques
  - Renforcer les équipes de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation MPR) afin de réduire les durées moyennes de séjour (DMS) en anticipant les sorties/prise en charge précoce en rééducation, y compris en pédiatrie
  - Renforcer l'aval des soins critiques, notamment en service de rééducation post-réanimation (SRPR), y compris en pédiatrie

- Renforcer l'attractivité et le maintien des compétences en soins critiques

- Accompagner les établissements dans la mise en œuvre de la réforme des autorisations
  - Accompagner les établissements dans leurs réponses aux exigences règlementaires de la réforme
  - Créer un dispositif spécifique régional dédié aux soins critiques

Transformations – regroupements – coopérations

La mise en œuvre de la réforme des autorisations soins critiques va modifier la cartographie de l'offre en soins critiques en région, en particulier concernant les ex-unités de surveillance continue isolées, qui vont soit être upgradées en unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires, soit devenir des unités de soins renforcés, qui ne relèveront plus du champ des soins critiques.
Ces transformations vont être accompagnées par la mise en place d'un dispositif spécifique régional (DSR), qui va permettre de renforcer les coopérations entre acteurs et de structurer la filière soins critiques, permettant d'orienter le patient vers l'unité de soins la plus appropriée au regard de son état de santé.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Éléments de diagnostic

La cardiologie interventionnelle concerne tous les domaines de la cardiologie et correspond à 3 types d'actes:

- Rythmologie interventionnelle (type 1, qui se divise en 4 mentions);
- Cardiopathies congénitales hors rythmologie (type 2, qui se divise en 2 mentions);
- Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte (type 3)

L'offre est actuellement portée, pour les activités de rythmologie, par 17 établissements sur 9 départements (Ariège, Gers, Lot et Lozère non dotés) ; l'offre relative à la prise en charge des cardiopathies congénitales est jusqu'à présent réalisée par le CHU de Toulouse et autorisée pour sa composante pédiatrique uniquement dans le régime actuel des autorisations ; l'offre de type « cardiopathie ischémique et structurelle de l'adulte » est actuellement portée par 17 établissements sur 9 départements (Ariège, Gers, Lot et Lozère non dotés).

L'évolution démographique, favorable en Occitanie (avec une augmentation prévisible de 13% de la population entre 2015 et 2035 selon l'INSEE), marquée par un vieillissement de population attendu en évolution de 43% pour la population des 75 ans et plus entre 2015 et 2035, aura un impact prévisible sur le recours aux activités de cardiologie interventionnelles (type 1 et type 3). Ce phénomène de vieillissement de la population sera plus marqué pour 7 départements (09, 11, 30, 34, 46, 48, 66) et moindre dans 3 départements (31, 34 et 82).
En effet, le vieillissement de la population a un effet direct sur le recours aux soins pour certaines maladies. On peut citer la maladie coronarienne, quatrième ALD la plus fréquente au niveau national derrière le diabète, les affections malignes et les maladies psychiatriques, dont la prévalence augmente avec l'âge (parmi les patients pris en charge pour une maladie coronarienne, 45% ont plus de 75 ans). Les taux de patients atteints de diabète et d'insuffisance cardiaque en région ne sont toutefois pas en écart par rapport aux données nationales.
Enfin, si le vieillissement des patients atteints de cardiopathies congénitales est constaté grâce aux évolutions thérapeutiques dont ils bénéficient, le recours aux activités de cardiologie interventionnelle de type 2 n'a toutefois que peu évolué depuis 2018.

Concernant les activités de type 1 : La densité des établissements autorisés pour les activités interventionnelles de type 1 est globalement au-dessus de la moyenne nationale (+ 0,042 pt). L'activité globale en région représente 9392 séjours avec au moins 1 acte de type 1, dont 8867 séjours avec au moins 1 acte de type 1 entrant dans le calcul des seuils en 2021. Leur volume est en augmentation de 26% entre 2018 et 2021, avec une progression plus marquée dans les départements à plus forte part de personnes âgées (09, 32 et 46). Le taux de recours régional (1,03 pour 100 000 habitants en 2021) est supérieur au taux de recours national (0,9 pour 100 000 habitants en 2021). Ce taux de recours est inférieur en 2021 dans 5 départements (12, 31, 34, 46 et 82) au taux de recours moyen régional. Parmi eux, parmi lesquels 2 présentent un vieillissement de population plus marqué (12 et 46).
Il est également à noter que 35% des activités réalisées en 2021 le sont hors du département d'origine des patients, dont plus de 50% dans 5 départements pourtant dotés d'une offre locale (11, 12, 65, 81 et 82) et alors même que les établissements autorisés peinent à atteindre les seuils. Des taux de « fuite » et des taux d'accueil sont constatés entre départements limitrophes avec d'autres régions, témoins des habitudes de vie de ces populations en bordure de région (exemple entre Gard et Vaucluse). Ainsi, une grande partie de l'évolution attendue des activités dans les prochaines années doit pouvoir trouver une réponse dans l'optimisation des plateaux existants, permettant par ailleurs à ceux en-dessous de seuils inscrits aux décrets (8 établissements autorisés sur 7 départements) de les atteindre sur la période du PRS 3 et de libérer ainsi des disponibilités des plateaux techniques réalisant ces actes pour le compte d'un département voisin.

Concernant les activités de type 2 : La densité des établissements autorisés pour les activités interventionnelles de type 2 est en dessous de la moyenne nationale (- 0,021 pt).
Les activités de type 2 sont en augmentation de 10 % entre 2019 et 2021, sur de petits volumes (l'activité globale en région représente 1100 séjours avec au moins 1 acte de la liste des actes de type 2 en 2021), dont 11% sont réalisés chez des patients de moins de 18 ans. Il s'agit ici de pratiques très spécialisées amenant à une logique de concentration de l'offre et des compétences rares. Le taux de recours régional (0,18 pour 100 000 habitants en 2021) est très légèrement supérieur au taux de recours national (0,17 pour 100 000 habitants en 2021). Ce taux de recours est peu variable d'un département à l'autre et les variations d'activité sur la période doivent être interprétées avec précaution s'agissant de faibles volumes. Ces activités étant très spécialisées, elles ne sont réalisées que sur peu de centres ; en particulier seul le CHU de Toulouse était autorisé dans le PRS2 à les réaliser chez l'enfant. Ainsi 45% sont réalisées hors département d'origine du patient ; la Haute-Garonne réalise 63% de l'activité de la région ; enfin 10% est réalisée hors région pour des résidents d'Occitanie (dont 15% des activités de l'Hérault et 24% des activités du Gard).

Concernant les activités de type 3 : La densité des établissements autorisés pour les activités interventionnelles de type 3 est en-dessous de la moyenne nationale (- 0,072 pt). Toutefois, les volumes d'activité sont relativement stables sur la période du PRS 2 (+ 1%). L'activité globale en région représente 21 408 séjours avec au moins 1 acte d'angioplastie coronarienne en 2021.
Le taux de recours régional (3,5 pour 100 000 habitants en 2021) est nettement supérieur au taux de recours national (3,04 pour 100 000 habitants en 2021). Le taux de recours départemental en 2021 est inférieur au taux de recours moyen régional dans 5 départements (12, 30, 31, 34 et 48). Les fuites extra-départementales représentent 30% des activités globales et sont plus marquées sur 3 départements (11, 65 et 81).
La Haute Garonne réalise à elle seule 35 % des activités de la région. En 2021, 42% concernent des patients extra-départementaux, alors que les fuites de patients de la Haute-Garonne vers d'autres départements ne représentent que 3% des activités totales. De plus, si la population va continuer de croitre dans ce département sur la période du PRS 3 (évolution population forte de 3,6% entre 2019 et 2021), celle-ci reste jeune avec une part de population susceptible de consommer des actes de type 3 la plus faible de la région et nettement en-dessous des moyennes nationales (8,2% de personnes de + de 75 ans et 14,5% de 60-74 ans).

Il faut par ailleurs intégrer le positionnement croissant de l'imagerie cardiaque dans les stratégies de prise en charge de la maladie coronarienne. En effet, le Coro-scanner et l'IRM cardiaque trouvent une place de plus en plus grande dans le diagnostic et le suivi de la maladie coronarienne, positionnant les activités de cardiologie interventionnelles de type 3, invasives, pour les gestes thérapeutiques. Ainsi, l'évolution des activités de type 3 sera amoindrie dans les prochaines années du fait de cet apport majeur, en cours de déploiement, dans le suivi des patients coronariens dans tous les départements.

En parallèle de cette évolution, l'émergence de techniques nouvelles vient mobiliser depuis ces dernières années les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle. C'est le cas du développement depuis 2007 en France de la technique TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation), en substitution de la chirurgie valvulaire aortique pour certains patients âgés de plus de 75 ans non éligibles à la chirurgie cardiaque. Les critères d'éligibilité des centres autorisés à la pose des TAVI sont précisés par la Haute Autorité de Santé depuis 2009 et ont été revus en 2020. Conformément à ces recommandations, ces actes sont réalisés uniquement en région dans des centres autorisés en cardiologie interventionnelle de type 3 et en chirurgie cardiaque. Ils ne sont pas inclus dans le calcul des seuils des établissements autorisés en cardiologie interventionnelle de type 3. L'évolution de cette activité est forte, avec un doublement constaté en 5 ans en région, au détriment des volumes d'activité de remplacement valvulaire aortique par voie chirurgicale. En Occitanie, ce sont 2109 TAVI qui ont été posés en 2021 dans les 6 centres autorisés en chirurgie cardiaque. L'impact sur l'atteinte des seuils des certains de ces centres autorisés en chirurgie cardiaque en région doit nous inciter à une vigilance collective dans l'accès à la chirurgie cardiaque en région.

Quatre départements en région sont aujourd'hui non dotés en autorisation de cardiologie interventionnelle de type 3 : l'Ariège, le Gers, le Lot et la Lozère. Seul le Gers, distant de 1h10 de Toulouse, semble justifier d'une telle autorisation nouvelle au vu de l'évolution de la consommation de 9% sur la période 2019-2021, de l'évolution de la population (dont la part de patients de plus 75 ans représentera 18,8% en 2035) et du volume d'actes potentiels au vu du besoin de la population (environ 850 actes en 2021, réalisés à 91% en Haute Garonne). Les trois autres départements, malgré le vieillissement attendu de leur population, n'ont pas un besoin populationnel suffisant pour justifier d'une telle implantation et trouvent une réponse via des filières structurées depuis plusieurs années.
Enfin, parmi les départements déjà autorisés en type 3, seule la situation de l'Hérault et de la Haute-Garonne permet d'envisager la création d'une nouvelle autorisation. En effet, si sa population va continuer de croitre sur la période du PRS mais avec un taux de vieillissement en dessous de la moyenne régionale, le recours actuel en actes de type 3 de ce département est nettement en dessous de la moyenne régionale à 2,8 (versus 3,5 en moyenne régionale) et est à destination majoritaire des patients du département, sans pouvoir être soulagé par une réorientation vers les départements limitrophes autorisés. Par ailleurs, le bassin de vie du biterrois correspond à une population de plus de 125 000 personnes.

Enfin, la démographie médicale des cardiologues en Occitanie est préoccupante. Si la densité moyenne régionale est globalement stable entre 2018 et 2021 et identique à la densité moyenne nationale, elle masque de fortes disparités. En effet, les départements les plus ruraux sont en écart par rapport à la moyenne régionale : l'Ariège et la Lozère présentent un écart de 5 points (avec une densité moyenne en forte baisse entre 2019 et 2021, et par ailleurs plus des 2/3 des médecins ont plus de 60 ans) et 4 départements présentent un écart plus réduit (de 0.7 à 2.7 points) : le Gers, l'Aveyron, le Lot (dont la pyramide des âges des médecins est la plus défavorable en région) et l'Aude. Des consultations avancées sont assurées par des praticiens d'établissements à équipes plus robustes sur certains de ces départements, permettant ainsi un accès aux soins en proximité. C'est le cas en particulier sur l'Ariège, le Lot, le Gers à partir d'équipes toulousaines.
La réforme du troisième cycle des études médicales a par ailleurs défini des surspécialités cardiologiques (cardiologie interventionnelle de l'adulte ; rythmologie interventionnelle et stimulation cardiaque ; imagerie cardiovasculaire d'expertise) venant irriguer les besoins en activités sus-décrites. Si l'attirance de certains jeunes praticiens pour des activités hautement spécialisées est réelle, ces dernières induisent également des contraintes du fait de la permanence des soins. Ainsi, il convient d'intégrer la dimension de disponibilité des ressources médicales dans les choix de développement d'implantations nouvelles mais également de consolidation des équipes existantes et des équilibres actuels, parfois fragiles.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

La réforme des autorisations impacte les activités de cardiologie interventionnelle dans leur périmètre, leur découpage en mentions et l'actualisation des seuils minimums à atteindre.

Ces évolutions amènent à une transformation importante de l'offre de soins existante :

- Autoriser en modalité 1 mention A les établissements réalisant des actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et de pose de pacemaker mono et double chambre avec sonde, actes qui ne nécessitaient pas d'autorisation dans le précédent régime des autorisations ;

- Transformer en autorisations de modalité 2 (deux mentions selon les actes réalisés) les autorisations portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte. Dans le précédent PRS, seul le CHU de Toulouse était autorisé pour les actes interventionnels chez l'enfant. Les actes pris en compte pour le calcul des seuils dans la réforme étaient réalisés dans 15 autres établissements de la région, pour des cardiopathies congénitales à l'âge adulte exclusivement, dont 4 atteignent les seuils attendus dans la réglementation ;

- Etre détenteur d'une autorisation « Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte » de modalité 3 pour permettre la réalisation d'actes de rythmologie de modalité 1 en mentions B, C et D. La planification de l'offre inscrite au PRS 2, non contrainte par cette obligation, conduit à l'existence de 3 établissements autorisés en 2022 à réaliser des actes inscrits en modalité 1 mention B sans être détenteurs d'autorisation de modalité 3. L'accompagnement de ces situations nécessitera la construction de coopérations avec des établissements autorisés en modalité 3 sur le territoire ou des modalités dérogatoires d'application de la réforme pour maintenir l'offre sans rupture sur ces départements.

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023
09	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	-
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	-
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
11	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
12	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
30	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	2
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	0
31	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	4
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	1

32	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	-
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	-
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
34	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	4
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	3
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
46	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	-
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	-
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
48	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	-
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	-
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
65	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	2
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
66	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	2
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-

81	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	2
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-
82	Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (Type 1)	1
	Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte (Type 3)	1
	Cardiopathies congénitales hors rythmologie : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence (Type 2)	-

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie en cardiologie

Zones d'implantation	Modalités	Mentions	Cible
09	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	0

11	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	1

12	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	1

30	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0/1
		C *- Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	1/2
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	2

31	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	5
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	2
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	3
	Modalité 3* Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	5

32	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	0/1
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0/1
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA	1

34	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	2
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1/2
		C *- Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	1/2
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	1
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	1
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	4

46	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	0

48	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	0

65	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	0/1
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1/2
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	2

66	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	0
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	2
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	2

81	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1/4
		B* - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1/2
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	1

82	Modalité 1 Rythmologie interventionnelle	A* - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde	1/2
		B - Actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	1
		C - Actes d'ablation atriale avec abord transeptal	0
		D - Actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe	0
	Modalité 2 Cardiopathies congénitales hors rythmologie	A - Actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales	0
		B - Geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire	0
	Modalité 3 Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	NA.	1

Pour la modalité 1, il est envisagé une évolution d'implantation de la mention B vers la mention C sur certains territoires au cours du PRS.
* La modalité 1 (mentions B et C) est soumise à des seuils qu'il conviendra de suivre sur la durée du PRS pour un maintien des autorisations.

* La modalité 1 (mentions A et B) est soumise à des seuils qu'il conviendra de suivre sur la durée du PRS pour un maintien des autorisations.

* La modalité 1 (mention A) est soumise à des seuils qu'il conviendra de suivre sur la durée du PRS pour un maintien des autorisations.

*Pour la modalité 3, au regard des besoins de certains territoires, une implantation est possible sous réserve d'un maintien des seuils d'activité.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, trois priorités d'action sont identifiées :

- Accompagner la mise en œuvre de la réforme des autorisations
  - Soutenir les établissements dans l'atteinte des seuils d'activité réglementaires en modalité 1 (mentions 1A et 1B) afin d'assurer la pérennité de l'accès aux soins sur les territoires concernés Rechercher la coopération des établissements d'un même territoire, malgré leur situation de concurrence, afin d'assurer la pérennité de la filière de cardiologie générale de ce territoire

- Organiser les conditions du maintien des compétences cardiologiques dans les territoires
  - Agir en faveur de la création d'équipes territoriales, permettant aux établissements de proposer une offre de rythmologie (modalité 1) de mention A et B s'ils ne disposent pas de professionnels sur site, tout en maintenant l'attractivité de la spécialité dans les territoires

- Etudier l'opportunité du maintien d'une démarche d'analyse de la pertinence des actes
  - Réévaluer en cours de PRS III l'évolution comparative (France vs. Occitanie) des taux de recours aux actes d'angioplastie coronaire et réactiver le cas échéant un dispositif d'amélioration de la pertinence de ces actes
  - Engager une réflexion sur le développement d'une démarche de pertinence relative aux poses de bioprothèses de valves aortiques (TAVI), compte tenu de la forte dynamique nationale de ce type d'indication, en lien avec les chirurgiens cardiaques. Le délai d'accès à cette technique fera l'objet d'un suivi annuel.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Equipements matériels lourds et activité de radiologie interventionnelle

Éléments de diagnostic

Les équipements matériels lourds d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique sont les scanners (tomodensitométrie ou TDM) et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Leurs images, pouvant être obtenues après injection de produit de contraste, permettent la reconstitution numérique des zones ou organes étudiés et l'interprétation de leurs images à distance. Les scanners émettent des rayons X à faible dose : il s'agit d'examens irradiants, généralement non indiqués pendant la grossesse. L'IRM, examen non irradiant, se prête donc davantage aux indications pédiatriques, sous réserve des possibilités de substitution. Ces appareils peuvent également être mobilisés en suivi de traitement, notamment en cancérologie, ou en guidage d'actes interventionnels (scanner essentiellement). Il est à noter que l'accès à ces équipements constitue aujourd'hui une condition sine qua non d'attractivité des centres de radiologie auprès des jeunes professionnels.
La radiologie interventionnelle concerne des actes médicaux moins invasifs que ceux réalisés en chirurgie, permettant le diagnostic ou le traitement d'une pathologie sous le guidage d'un dispositif d'imagerie. L'accès au site d'intervention est réalisé par voie transcutanée, vasculaire ou via un orifice naturel. L'équipement de guidage peut être simple (amplificateur de luminance, capteur plan ou échographe) ou plus lourd (scanner, IRM ou salle d'angiographie). Les actes interventionnels nécessitent le recours à l'anesthésie (locale, locorégionale ou générale). Cette discipline, identifiée en tant qu'activité de soins réglementée depuis le 1er juin 2023, est déclinée en 4 mentions distinguant des ensembles d'actes de complexité et d'exigences environnementales croissantes (de A vers D).

Au 1er juin 2023, 156 scanners et 121 appareils d'IRM sont autorisés en région, pour un total de 143 sites disposant d'au moins une des deux modalités.
La densité régionale en scanners (25,6 appareils par million d'habitants) est supérieure à la moyenne nationale (23,7). L'Occitanie est la 4ème région métropolitaine la plus densément équipée en scanners. Si la Haute-Garonne présente une valeur significativement inférieure à la moyenne régionale (21,8), on observe à l'inverse une densité supérieure dans le Gers (36,3) et l'Hérault (29,2).
En revanche, malgré une progression conséquente du parc autorisé depuis 2018 (13,5 appareils par million d'habitants), la densité régionale en IRM au 1er juin 2023 (19,8 appareils par million d'habitants) demeure encore inférieure à la moyenne nationale (22,4). L'Occitanie est ainsi la 10ème région métropolitaine en densité d'IRM autorisés. Des disparités interdépartementales sont également constatées : Lozère (13), Hautes-Pyrénées (13) et Tarn-et-Garonne (15) présentent des valeurs significativement inférieures à la moyenne régionale, à l'inverse du Gers (25,9) et de l'Hérault (23,5). Cette donnée, combinée à la géographie locale, induit que :

- Près de la moitié de la population de la Lozère et plus d'1/4 de la population de l'Ariège et du Lot réside à plus d'1/2h d'un appareil d'IRM ;
- Le recours au scanner hors département de résidence est majoritaire en 2021 dans le Gers et concerne 1 patient sur 3 en Ariège, Lozère, Gard et Lot ;
- Le recours à l'IRM hors département de résidence est majoritaire en 2021 en Ariège et dans le Lot, et concerne plus d'un patient sur 3 dans le Gers, en Lozère et Tarn-et-Garonne.

L'activité régionale d'imagerie en coupes est en légère croissance sur la période 2019-2021, environ 1 300 000 examens annuels de scanner et 680 000 d'IRM selon le PMSI. En moyenne annuelle, on recense environ 11 200 actes par scanner et 8 200 actes par IRM. Il est à noter que 22% des examens de scanner sont consécutifs à un passage aux urgences. Les taux de recours des départements les plus densément peuplés, dont l'Hérault (246 examens de scanner pour 1000 habitants) et les Pyrénées-Orientales (121 IRM pour 1000 habitants), apparaissent globalement supérieurs à ceux des départements ruraux, particulièrement le Lot (141 examens de scanners et 71 IRM).

De plus, le délai moyen de réalisation d'une scanographie du thorax en janvier 2021 (enquête ARS) s'établit à 24 jours en région, hors urgence, et à 17 jours pour un premier rendez-vous. Ce délai est significativement plus court en Lozère (6 jours), Lot (14 jours) et Aude (15 jours), à l'inverse du Tarn et de la Haute-Garonne (33 jours), mais reste conséquent dans l'absolu. De même, le délai moyen régional de réalisation d'une IRM d'1 ou 2 segments de colonne vertébrale sans injection s'élève à 25 jours, hors urgence, et à 26 jours pour un premier rendez-vous. Ce délai est significativement plus court en Lozère (5 jours). Dans les Hautes-Pyrénées (60 jours) et l'Ariège (58jours), il est significativement plus long.

L'amélioration de l'accessibilité de certains patients à l'offre d'IRM mérite enfin une attention particulière, qu'il s'agisse de personnes claustrophobes ou porteuses de dispositifs médicaux implantables (DMI) dont la compatibilité IRM est soumise à conditions (statut « MR Conditional ») ou n'est pas strictement établie (« MR Unsafe »).

En synthèse, l'offre régionale d'imagerie en coupes se caractérise par une densité moindre qu'en France pour la modalité IRM associée à des hétérogénéités interdépartementales, ce qui se traduit par une insuffisante accessibilité géographique à ces équipements dans plusieurs départements, particulièrement l'Ariège et la Lozère. A cela, s'ajoute une problématique plus générale d'accessibilité temporelle aux examens des deux modalités (délais importants hors urgence), notamment pour les examens d'IRM.

Les volumes d'activité des appareils d'imagerie en coupes sont appelés à poursuivre leur progression au cours de la période 2023-2028 du fait de :

- La dynamique démographique de la région et le vieillissement attendu de sa population (+ 194 000 personnes entre 2022 et 2028 dont 90% de personnes de plus de 65 ans selon l'INSEE) ;
- L'optimisation accrue de la productivité des appareils, notamment par l'intégration croissante de l'intelligence artificielle (apprentissage profond) et de fonctions d'aide à l'installation du patient par le système, permettant d'automatiser et de réduire le temps nécessaire à chaque acquisition ;
- La poursuite de l'élargissement de leurs indications y compris en contexte d'urgence, notamment les projets de dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse dose (programme pilote HAS) et la substitution d'examens irradiants par des alternatives IRM ;
- Du potentiel de développement du scanner à comptage photonique, qui permet une réduction significative du bruit par apprentissage profond, combiné à des doses plus faibles.

Le volume régional d'activité de radiologie interventionnelle correspond à environ 85 000 séjours en 2021 selon le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en progression de 8% par rapport à 2018. 53% de ces séjours concernent des actes de mention A[35] (voie endo-veineuse, actes percutanés et par voie transorificielle tels qu'infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainage d'organes) et 41% relèvent de la mention B (voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle). Les actes de mention C (actes thérapeutiques du cancer) et D (prise en charge en urgence de l'hémostase hors circulation intracrânienne), faisant appel à des équipes hautement spécialisées, correspondent respectivement à environ 1 700 et 3 900 actes en 2021. La concentration de cette activité dans les départements de Haute-Garonne et de l'Hérault est à souligner (2/3 des séjours régionaux, à parité, sur la période 2018-2021).

[35] Décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle

L'ensemble de ces éléments plaide, pour la radiologie diagnostique, en faveur de la poursuite du renforcement du maillage territorial et du parc d'IRM, notamment dans les territoires fragiles précités, et pour la radiologie interventionnelle, en faveur de la constitution de ce maillage, tout particulièrement pour la modalité A qui contribue à améliorer l'accès de la population aux diagnostics de certains cancers. L'atteinte progressive des objectifs quantitatifs de l'offre de soins et l'impact potentiel de la réforme des autorisations sur chaque site d'implantation autorisé disposant de moins de 3 appareils (voir en section ad hoc) contribueront à l'atteinte de cet objectif. Toutefois, celui-ci ne pourra se concrétiser qu'en tenant compte de plusieurs éléments structurants.

Tout d'abord, cette activité est réalisée par des ressources humaines en fragilisation et inégalement réparties. Ainsi, selon le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la densité régionale en radiologues a diminué entre 2018 (12,2 pour 100 000 habitants) et 2021 (11,8), à rebours de la stabilité constatée en France (11,5). Un tiers des radiologues d'Occitanie a plus de 60 ans en 2022 et seulement 20% ont moins de 40 ans (25% en France). Dans ce contexte, 4 départements se singularisent par leur grande fragilité :

- Aveyron et Gers, en raison de leur densité significativement inférieure à la moyenne régionale, à laquelle s'ajoute un fort déséquilibre de la pyramide des âges (très faible proportion de radiologues de moins de 40 ans et forte proportion de plus de 60 ans), ce qui compromet le cycle de renouvellement naturel des équipes ;
- Lot et Lozère, combinant densité significativement plus faible qu'en région, diminution de densité entre 2018 et 2021 et absence de radiologues de moins de 40 ans (Lozère) ou majorité de plus de 60 ans (Lot).
- On peut remarquer que 3 départements se caractérisent à la fois par la vulnérabilité de leurs ressources et (donc) la fragilité de leur offre : Gers, Lot et Lozère.

La densité régionale en manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) apparaît conforme à la valeur nationale. Toutefois on relève des tensions persistantes de recrutement, compte tenu des départs en retraite et des forts besoins suscités par l'installation de nouveaux appareils en région. Les départements de l'Aude et du Tarn-et-Garonne se distinguent par une densité en MERM significativement inférieure à la moyenne régionale, à l'inverse de l'Hérault, témoignant de disparités d'attractivité notables entre territoires. Afin de mieux répondre aux besoins régionaux, les capacités régionales de formation initiale ont été accrues d'un quart entre les rentrées 2018 (138 places agréées) et 2022 (172), du fait, notamment, de la création d'une offre supplémentaire dans le Gard, élevant à 5 le nombre de sites de formation en région (IFMEM Toulouse et Montpellier, DTS Rodez, Nîmes et Perpignan). Pour autant, l'attractivité de ce métier reste à consolider afin de limiter le taux d'abandon en cours d'études et améliorer les perspectives d'évolution de carrière. De plus, le renforcement du parc d'IRM nécessite qu'un nombre suffisant de MERM soit opérationnel pour cette modalité, y compris en permanence des soins si nécessaire.

La pyramide des âges des radiologues et les forts besoins en MERM laissent penser que le contexte de tensions relatif à la démographie des professionnels de l'imagerie est appelé à perdurer durant la période 2023-2028. Pour y faire face, il est nécessaire d'anticiper et d'accompagner le rassemblement des ressources, en particulier dans les territoires ruraux. Il s'agit de soutenir des organisations territoriales coopératives et plus intégrées, associant acteurs publics et privés, à l'image des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des Plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM). La coopération des acteurs, voire la mutualisation de leurs plateaux techniques est de nature à faciliter :

- Le maintien du maillage territorial dans les territoires fragilisés ;
- La meilleure répartition de la charge de la permanence des soins (PDS), entre radiologues d'une même équipe mais aussi entres équipes publiques et privées ;
- La réalisation de l'activité de téléradiologie par les acteurs du territoire, ou issus de territoires voisins au sein de la région.

Par ailleurs, un enjeu de renforcement de l'articulation entre médecins radiologues et médecins demandeurs d'imagerie est identifié :

- D'une part, en réponse au besoin d'accompagnement exprimé par le patient pour son orientation depuis la médecine générale vers l'offre de radiologie adaptée, puis en aval de l'examen (fluidité du parcours de soins) ;
- D'autre part, aux fins de réduction des actes d'imagerie redondants ou à faible valeur ajoutée, dans le cadre d'une démarche collective d'amélioration des pratiques, en s'appuyant par exemple sur l'outil d'aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM) développé par la Société Française de Radiologie (SFR), en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale (CMG).

Enfin, il est essentiel de souligner que l'organisation de l'offre régionale de radiologie ne prend pas appui sur un système d'information permettant un partage et un échange d'images performant et accessible à l'ensemble des professionnels concernés. La mise à disposition d'un tel service est cependant indispensable à l'amélioration des conditions de coopération entre acteurs et in fine à la qualité de prise en charge des patients, par l'accès à leur antériorité d'imagerie en suivi comme en réunions de concertation pluridisciplinaire. L'engagement dans cette démarche, partagée avec la médecine nucléaire, contribuera également à limiter, à terme, la concentration de la réalisation des examens sur les centres de recours.

Ainsi, pour toute nouvelle implantation d'imagerie en coupes, les éléments suivants seront particulièrement pris en compte en complément des dispositions réglementaires :

- L'adossement du projet à des plateaux d'imagerie existants et son inscription dans des dynamiques territoriales nées des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS), hôpitaux de proximité (HPR) ou maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ;
- Les organisations et outils, issus ou non de ces dynamiques, facilitant le parcours du patient de la médecine générale vers l'imagerie ;
- La plus-value du projet en matière de maintien de compétences médicales et paramédicales en proximité, permettant d'absorber toute ou partie de l'activité supplémentaire, notamment par soutien technique d'équipes exerçant sur des plateaux techniques diversifiés
- Les effecteurs de l'activité de téléradiologie, ainsi que sa proportion et le type d'activité réalisée ;
- Les modalités d'implication de l'équipe dans l'organisation de la permanence des soins (PDS) du territoire et le rôle joué par la téléradiologie ;
- Les coopérations, structurées et formalisées (ou en instance de l'être) entre les structures d'imagerie et demandeuses d'imagerie ;
- La réduction des recours aux équipements hors département et de temps d'accès routiers supérieurs à 30 minutes ;
- L'évolution des délais d'attente hors situation d'urgence constatés au sein de la structure et contribuant à justifier la demande ;
- La participation des professionnels à l'activité de sénologie, dans le cadre de la politique nationale de dépistage organisé des cancers ;
- Les initiatives exprimant l'implication de l'équipe dans la recherche d'une plus grande pertinence des actes ;
- Pour les IRM, le nombre de MERM à compétences ad hoc, la prise en compte des besoins des patients claustrophobes et de la vigilance relative aux patients porteurs de DMI ;
- La mise à disposition de vacations pour les radiologues de centres d'imagerie conventionnelle du territoire n'en disposant pas
- Les éléments démontrant la mise en œuvre effective d'une démarche qualité (y compris processus d'accréditation) au sein de la structure, faisant l'objet d'un portage interne ou au moyen d'un prestataire extérieur.

Enfin, le nouveau cadre réglementaire applicable à la radiologie interventionnelle et les enjeux de gradation de l'offre qui y sont liés conduisent à adopter des objectifs quantitatifs de l'offre de soins selon une logique d'intervalle, afin de faciliter l'adaptation des organisations territoriales et la montée en charge progressive des acteurs sur la durée du PRS.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le cadre réglementaire applicable à l'exploitation des équipements d'imagerie en coupes utilisés en radiologie diagnostique et à l'activité de radiologie interventionnelle est décrit dans les décrets 2022-1237 (conditions d'implantation) et 2022-1238 (conditions de fonctionnement) du 16 septembre 2022 ainsi que dans l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant pour un site autorisé le nombre maximal d'équipements d'imagerie en coupes.

Le décret 2022-1237 du 16 septembre 2022 induit la suppression des objectifs quantitatifs de l'offre de soins par type d'appareil mais affirme le maintien de ces objectifs par implantation. Dans le cadre de l'autorisation, le titulaire peut équiper le site concerné de 3 appareils sans nécessiter de demande supplémentaire auprès de l'ARS. Il est cependant tenu de veiller à la mixité des équipements, soit en cas d'atteinte du seuil de 3 équipements (au moins 1 scanner et 1 IRM sur site) soit par convention avec un partenaire disposant de l'autre modalité (scanner ou IRM) si une seule est présente sur site. Toute installation d'appareil au-delà du seuil de 3 équipements doit faire l'objet d'une demande de modification de l'autorisation initiale, jusqu'à un maximum de 18 appareils par site.

Le décret 2022-1238 du 16 septembre 2022 prévoit que le titulaire ne peut exercer majoritairement cette activité en téléradiologie, à l'exception de celle réalisée dans le cadre de la permanence des soins.

En radiologie interventionnelle, la gradation des soins repose sur 4 mentions intégratives (A, B, C et D, la mention supérieure incluant les actes de la mention inférieure), corrélées à des exigences croissantes d'environnement en soins critiques ainsi qu'en permanence des soins. Ces dispositions jouent un rôle très structurant dans l'organisation de l'offre régionale de mention D.

Bilan de l'existant en équipements matériels lourds, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zone d'implantation	Equipements matériels lourds	Existant au 01/06/2023	
		Implantations	Appareils
09	Scanner	3	4
	IRM	2	3
11	Scanner	7	10
	IRM	4	7
12	Scanner	6	7
	IRM	5	6
30	Scanner	11	19
	IRM	8	14
31	Scanner	22	32
	IRM	18	29
32	Scanner	7	7
	IRM	5	5
34	Scanner	26	36
	IRM	22	29
46	Scanner	4	5
	IRM	3	3
48	Scanner	2	2
	IRM	1	1
65	Scanner	5	6
	IRM	2	3
66	Scanner	9	11
	IRM	6	9
81	Scanner	9	10
	IRM	5	8
82	Scanner	6	7
	IRM	4	4

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme des autorisations pour les équipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique

Zones d'implantation	Cibles
09	6
11	7
12	9
30	15
31	33
32	9
34	38
46	5
48	3
65	7
66	12
81	11
82	8

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de radiologie interventionnelle

Zones d'implantation	Mention	Cibles
09	A*	1 / 2
	B*	0 / 1
	C	0
	D	0
11	A*	2 / 6
	B*	2 / 4
	C**	0 / 1
	D	0
12	A*	2 / 5
	B*	1 / 4
	C**	0 / 1
	D	0
30	A*	3 / 6
	B*	1 / 6
	C**	0 / 2
	D***	1 / 2
31	A*	9 / 13
	B*	4 / 10
	C**	2 / 5
	D***	2 / 3
32	A*	1 / 2
	B*	0 / 1
	C	0
	D	0
34	A*	11 / 17
	B*	4 / 13
	C**	2 / 5
	D***	2 / 3
46	A*	1 / 3
	B*	0 / 1
	C	0
	D	0
48	A	1
	B*	0 / 1
	C	0
	D	0
65	A*	2 / 5
	B*	1 / 4
	C**	0 / 2
	D	0

66	A*	3 / 5
	B*	1 / 3
	C**	0 / 2
	D***	1 / 2
81	A*	3 / 6
	B*	1 / 5
	C**	0 / 1
	D	0
82	A*	2 / 4
	B*	1 / 3
	C**	0 / 1
	D	0

* L'objectif pour les mentions A et B consiste à mailler au mieux le territoire pour donner accès à la population à des actes facilitant le diagnostic de certains cancers par biopsies ou ponctions profondes ainsi qu'à des interventions vasculaires mini-invasives, notamment dilatations intraluminales et embolisations.

** Pour la mention C, il s'agit, sur la durée du PRS, de créer les conditions d'émergence de nouvelles offres thérapeutiques de certains cancers (notamment destructions percutanées par cryothérapie ou radiofréquence), complémentaires aux modalités existantes de traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie).

*** L'ambition est de consolider une offre de radiologie interventionnelle à visée supra-territoriale (mention D)

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, quatre priorités d'action sont identifiées :

- Poursuivre l'amélioration de l'accessibilité de l'offre :
  - Parachever le développement du maillage territorial afin de réduire davantage le nombre d'usagers habitant à plus de 30 minutes d'un appareil, notamment IRM, en s'appuyant sur l'offre d'imagerie et les dispositifs d'appui existants (CPTS, hôpitaux de proximité…)
  - Réduire les délais de rendez-vous hors urgence pour certains actes traceurs diagnostiques, notamment pour les premiers rendez-vous (suivi par enquête régionale) et actes traceurs interventionnels de mentions A (diagnostic cancer) et C (thérapie cancer)
  - Assurer une prise en charge IRM conforme aux besoins des personnes claustrophobes et disposant de matériel implantable, par le renforcement des compétences ad hoc au sein des équipes (formation et identification d'un référent par équipe)

- Faciliter les échanges, la coopération et les mutualisations de ressources entre acteurs d'un même territoire
  - Créer les conditions d'accès à un système d'information permettant le partage et l'échange d'images entre tous les acteurs concernés (demandeur-effecteur), en associant les professionnels de médecine nucléaire
  - Promouvoir et accompagner le développement des dispositifs de regroupement notamment des PIMM
  - Consolider la permanence des soins en radiologie diagnostique en recherchant une meilleure répartition de la charge entre équipes et professionnels et en s'appuyant sur une organisation de téléimagerie reposant préférentiellement sur des ressources locales ou intrarégionales

- Renforcer l'articulation entre professionnels de l'imagerie et médecins demandeurs :
  - Mieux répondre aux besoins d'orientation des patients dans leur parcours de soins, en amont comme en aval de l'examen radiologique et améliorer plus largement les modalités d'échanges et de coordination entre radiologue et médecin demandeur
  - Promouvoir la pertinence des actes en s'appuyant sur l'outil national ADERIM et engager une réflexion sur le suivi d'un indicateur de pertinence par structure, en complément des travaux menés dans le cadre du Plan d'Action Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS)

- Promouvoir la qualité des soins
  - Développer l'usage par les professionnels d'un registre régional ou national pour l'observation des pratiques interventionnelles et engager une réflexion sur la définition et les modalités de suivi d'objectifs régionaux de convergence des pratiques par domaine (pathologie vasculaire, oncologie) ou type d'acte
  - Promouvoir la généralisation des démarches qualité individuelles et collectives en radiologie diagnostique (y compris téléimagerie) et interventionnelle

Transformations – regroupements – coopérations

L'évolution attendue des ressources humaines en radiologues induiront des évolutions significatives dans la gouvernance et les modalités de fonctionnement des sociétés regroupant des radiologues d'exercice libéral, avec impact potentiel sur leur stratégie d'implantation et d'exploitation des équipements.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Médecine nucléaire

Éléments de diagnostic

Cette activité, réalisée par des médecins nucléaires, consiste en l'administration au patient de traceurs faiblement radioactifs dont l'accumulation dans certains tissus peut être observée par équipements lourds d'imagerie : caméras à scintillation (ou gamma-caméras) et tomographes à émission de positions associés à un scanner (TEP-scanner). Ces appareils permettent de visualiser l'activité des organes et des tissus malades, donc de caractériser une pathologie, mesurer la réponse aux traitements et l'adapter en conséquence et, pour les cancers, détecter précocement leurs récidives. Les pathologies pouvant faire l'objet d'examens de diagnostic et de suivi en médecine nucléaire sont principalement les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les troubles neurologiques. L'activité thérapeutique existe également et se développe (hyperthyroïdie, cancers de la thyroïde, prostate, foie, neuroendocrines).
Précédemment planifiée au travers des équipements matériels lourds d'imagerie, la médecine nucléaire devient activité de soins réglementée à partir du 1er juin 2023.

En 2023, 18 structures d'Occitanie disposent d'autorisations d'exploitation de caméras à scintillation et/ou de TEP-scanners, au sein de services de médecine nucléaire intégrés ou attenants à des établissements de santé. Quatre départements ne disposent pas d'une telle offre : Ariège, Gers, Lot, Lozère. De fait, 20% de la population régionale habite à plus de 3/4h d'un TEP-scanner.

L'Occitanie est également la région métropolitaine disposant de la plus faible densité de TEP-scanners autorisés, hors Corse. Elle se situe aussi en-deçà de la moyenne nationale pour les caméras à scintillation.

L'activité régionale réalisée au moyen de gamma-caméras est en légère croissance sur la période 2019-2021 (environ 91 000 actes annuels selon le Programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI). Les taux de recours du Gers (20 actes pour 1000 habitants) et du Gard (19) apparaissent supérieurs à la moyenne régionale (15), à l'inverse des Pyrénées-Orientales (9) et de la Lozère (11) ce qui met en évidence l'hétérogénéité des pratiques médicales d'orientation vers cette discipline. Le taux régional de « fuites » extra départementales est conséquent (25%), particulièrement dans l'Aude et les Hautes-Pyrénées (54% chacun).

Les perspectives d'évolution des volumes d'activité des caméras à scintillation apparaissent faibles, avant tout portées par la dynamique démographique régionale (accroissement et vieillissement de la population). En effet, il est identifié d'une part le transfert de plusieurs procédures vers les TEP-scanners (infectiologie, neurologie), d'autre part une dynamique de développement de nouvelles molécules bien plus limitée que pour les TEP-scanners. Le parc régional de gamma-caméras connait vraisemblablement son extension maximale et sera donc amené à évoluer marginalement, à la hausse à la faveur de nouvelles implantations, comme à la baisse lors d'opérations de substitution de matériel vieillissant par un TEP-scanner.

Comparativement aux caméras à scintillation, les TEP-scanner apparaissent plus adaptés à la caractérisation des tumeurs primitives, aux bilans d'extension et à la recherche de récidives, en exploration cérébrale et corps entier.
L'activité régionale réalisée sur les TEP-scanners progresse de 11% sur la période 2019 (45 000 actes selon le PMSI) - 2021 (52 500 actes), particulièrement en métropoles, au diapason de la tendance observée en France. Par ailleurs, les délais de rendez-vous pour un examen hors urgence sous traceur FDG (18fluoro-désoxy-glucose, analogue du glucose marqué au fluor) s'établissent à 20 jours dans le Gard, 21 dans l'Hérault, 23 en Haute-Garonne, contre 2 en Aveyron en novembre 2021 (enquête ARS).

Le taux de recours aux examens de TEP-scanners des Pyrénées-Orientales (14 actes pour 1000 habitants) est significativement supérieur à la moyenne régionale (9), à l'inverse du Lot (5) et surtout des Hautes-Pyrénées (3). Il est à souligner qu'un tiers de ces examens est réalisé hors du département d'origine du patient, y compris dans des départements équipés (Aveyron, Gard, Tarn), vraisemblable reflet de l'attractivité des centres de recours en cancérologie de Toulouse et Montpellier. Il est également à souligner que la moitié des examens réalisés en Haute-Garonne ne concerne pas des habitants du département. Enfin, les « fuites » extrarégionales sont marginales, à l'exception du Tarn-et-Garonne (11%) et du Gers (23%), vers la Nouvelle-Aquitaine.

Bien qu'en effectifs limités (environ 70 professionnels sur la période 2018-2021), la densité régionale en médecins nucléaires est identique à la moyenne nationale. En matière de potentiel de renouvellement des équipes, il convient de porter attention à la moindre proportion régionale de jeunes professionnels (âge inférieur à 40 ans), particulièrement dans l'Hérault (11% vs. 33% en région vs. 40% en France).

La densité régionale en manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) est elle aussi conforme à la valeur nationale, dans un contexte de spécialisation mais aussi de tensions persistantes de recrutement (5 à 10% des MERM exercent en service de médecine nucléaire). Les départements de l'Aude et du Tarn-et-Garonne se distinguent par une densité en MERM significativement inférieure à la moyenne régionale, à l'inverse de l'Hérault, témoignant d'une plus grande attractivité de ce territoire.

De manière générale, l'activité de médecine nucléaire selon la modalité TEP-scanner est appelée à se renforcer durant la période 2023 – 2028, en raison de la dynamique démographique de la région et du vieillissement attendu de sa population (+ 194 000 personnes entre 2022 et 2028 dont 90% de personnes de plus de 65 ans selon l'INSEE). Cette trajectoire induira l'augmentation de l'incidence (nouveaux cas annuels) des cancers, tandis que l'amélioration de l'espérance de vie des personnes sous traitement donnera lieu à l'augmentation de leur prévalence (nombre de cas existants). La conjugaison de ces éléments suscitera la croissance des besoins diagnostiques et d'examens de suivi en oncologie.

Les perspectives d'élargissement des indications d'examens diagnostiques sous TEP-scanner seront également portées :

- En cardiologie, par ses performances diagnostiques en évaluation de la viabilité myocardique, en appui des processus décisionnels en exploration de l'insuffisance cardiaque ischémique ;
- En neurologie, dans le cadre de l'exploration des troubles cognitifs et des processus neurodégénératifs, par l'apport des examens sous TEP à traceur de la protéine β-amyloïde, dits « TEP amyloïdes », dans l'évaluation de la densité des plaques amyloïdes cérébrales ; ce développement sera étroitement lié aux conditions d'efficacité et de disponibilité des traitements ad hoc.

Des perspectives nouvelles concernent également les stratégies thérapeutiques en oncologie, par l'essor attendu de la radiothérapie interne vectorisée (RIV). Cette technique consiste à administrer au patient un médicament radiopharmaceutique (MRP) contenant des éléments radioactifs qui vont se fixer sur l'organe à traiter afin d'y détruire les cellules tumorales.
Ce type d'indications existe déjà (iode 131 pour les tumeurs thyroïdiennes) mais est appelé à se développer pour le traitement des tumeurs neuroendocrines à évolution lente (Lutétium 177) : prostate, intestin grêle, pancréas. Cette technique suscitera, en corollaire, un besoin supplémentaire en examens pré (évaluation de cible) et post-thérapeutiques (évaluation de réponse). Elle requiert également une forte coopération pluridisciplinaire entre professionnels de la prise en charge oncologique et de la médecine nucléaire, mobilisant toutes ses composantes (radiopharmacien, MERM, conseiller en radioprotection).

Enfin, le développement du parc de TEP-IRM, non prioritaire en Occitanie compte tenu de son adossement actuel aux activités de recherche, pourra faire l'objet d'une analyse en cours de déploiement du Projet Régional de santé, selon l'évolution des indications (oncologie hépatique) et des conditions d'accessibilité des appareils.

Les éléments précités conduisent à rechercher d'une part le renforcement de l'accès à l'offre diagnostique et de suivi en médecine nucléaire (distance et délai de rendez-vous), particulièrement dans les territoires non pourvus, en articulation avec la filière oncologique locale, et d'autre part à sécuriser les conditions de développement de la RIV au sein des établissements de recours régional, puis de diffusion aux autres centres en fonction de ses conditions de montée en charge, en recherchant toujours la coopération entre les acteurs.

L'adaptation de l'organisation des sites existants pour la prise en charge d'un plus grand nombre de patients s'appuiera, notamment, sur les gains de performance des appareils issus de leur renouvellement, mais aussi de l'amélioration essentielle des conditions d'échange et de partage d'images numériques entre acteurs, en suivi comme en réunions de concertation pluridisciplinaire. Cet objectif, partagé avec la radiologie diagnostique, contribuera également à limiter, à terme, la concentration de la réalisation des examens sur les centres de recours.

Ce développement devra être conduit, en articulation avec l'Autorité de Sureté Nucléaire (ASN), selon une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prenant appui sur un référentiel qualité national élaboré avec les acteurs de la discipline. L'appropriation de ce référentiel et l'animation d'une démarche régionale facilitera l'amélioration des pratiques ainsi que les démarches d'accréditation.

Une attention particulière devra également être accordée aux conditions d'approvisionnement en radiotraceurs, notamment les plus vulnérables et utilisés (technétium, FDG).

L'ensemble de ces éléments de contexte, témoignant de l'écosystème dynamique donc rapidement évolutif de cette discipline, conduit à adopter des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins dont l'adéquation avec les besoins de santé de la population pourra faire l'objet d'une réévaluation en cours de PRS, après analyse des nouvelles données progressivement disponibles.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Cette activité de soins est créée par les décrets 2021-1930 du 31 décembre 2021 (conditions d'implantation) et 2022-114 du 1er février 2022 (conditions techniques de fonctionnement) ainsi que par l'arrêté du 1er février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire.

Le décret 2021-1930 du 31 décembre 2021 instaure notamment une gradation des soins selon la complexité des prises en charge et des médicaments radiopharmaceutiques (MRP) utilisés, par l'autorisation des titulaires selon 2 mentions :

- A, comprenant les actes hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de MRP prêt à l'emploi, selon un procédé aseptique en système clos ;
- B, comprenant, en sus et notamment, les actes réalisés par l'administration de MRP préparé selon un procédé aseptique en système ouvert et les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de MRP ;

Le décret 2022-114 du 1er février 2022 prévoit, en mention B, l'obligation de présence sur place d'au moins un physicien médical et d'un radiopharmacien pendant les activités relevant de leur responsabilité. L'effectif régional de radiopharmaciens étant restreint (environ 10 professionnels sur la période 2019-2021), cette disposition joue un rôle très structurant dans l'organisation de l'offre régionale de médecine nucléaire de mention B.

Bilan de l'existant, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zone d'implantation	Equipements matériels lourds	Existant au 01/06/2023	
		Implantations	Appareils
09	Caméras à scintillation	0	0
	TEP-scanners	0	0
11	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	1	1
12	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	1	1
30	Caméras à scintillation	2	4
	TEP-scanners	2	3
31	Caméras à scintillation	5	13
	TEP-scanners	3	7
32	Caméras à scintillation	0	0
	TEP-scanners	0	0
34	Caméras à scintillation	6	12
	TEP-scanners	4	6
46	Caméras à scintillation	0	0
	TEP-scanners	0	0
48	Caméras à scintillation	0	0
	TEP-scanners	0	0
65	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	0	0
66	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	1	2
81	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	1	1
82	Caméras à scintillation	1	2
	TEP-scanners	1	1

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins
prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de médecine nucléaire

Zones d'implantation	Mentions	Cibles
09	A* – Actes hors thérapie des cancers et médicaments radio-pharmaceutiques (MRP) prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
11	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
12	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
30	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	1
31	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	2
	B – Tous actes	4
32	A* – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
34	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	3
	B – Tous actes	3
46	A* – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
48	A* – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
65	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
66	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	0
	B – Tous actes	1
81	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0
82	A – Actes hors thérapie des cancers et MRP prêts à l'emploi, en système clos	1
	B – Tous actes	0

* Il est prévu la possibilité au cours du PRS de développer une offre de médecine nucléaire.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic et les évolutions réglementaires présentés ci-dessus, trois grandes priorités d'action ont été identifiées :

- Assurer l'accessibilité temporelle et territoriale de l'offre de médecine nucléaire, en articulation avec l'activité de traitement du cancer
  - Engager une réflexion sur les conditions de faisabilité d'un service ou d'équipes territoriales de médecine nucléaire dans les 4 départements non pourvus, en lien étroit avec l'activité d'oncologie et d'imagerie qui y est réalisée
  - Accompagner la mise en place d'outils adaptés de partage et d'échanges d'image, en articulation avec la radiologie diagnostique
  - Suivre l'évolution des délais de rendez-vous pour les examens ayant recours au traceur FDG

- Accompagner la forte progression attendue de l'activité, notamment par TEP-scanner
  - Quantifier, au fil du PRS III, les besoins d'examens, de ressources nécessaires (humaines, matérielles, formation, MRP) et d'organisation des acteurs induits par la montée en puissance des nouvelles indications, combinées au vieillissement de la population :
  - En diagnostic oncologique corps entier (prolongement de la dynamique actuelle en TEP-scanner)
  - En thérapie oncologique, en portant une attention particulière aux conditions opérationnelles de développement des indications de la radiothérapie interne vectorisée (RIV), procédure appelée à un fort développement en lien étroit avec les centres de lutte contre le cancer
  - En diagnostic neurologique en exploration des troubles cognitifs en maladie d'Alzheimer (TEP amyloïde, lien avec les conditions de disponibilité des traitements précoces)

- Promouvoir qualité et pertinence des soins
  - Promouvoir la qualité des soins et l'harmonisation régionale des pratiques, par la définition d'un cadre méthodologique et d'indicateurs consensuels s'appuyant sur le nouveau référentiel qualité national et la feuille de route Cancer (annonce de cancer)
  - Engager une réflexion sur le développement d'une démarche de pertinence relative aux actes de TEP-scanner, compte tenu de la forte dynamique nationale de ce type d'indication

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Caissons hyperbares

Éléments de diagnostic

La médecine hyperbare ou oxygénothérapie hyperbare consiste à administrer un mélange gazeux suroxygéné à un patient positionné dans un milieu clos pressurisé, le caisson hyperbare. Cette technique permet d'augmenter la quantité d'oxygène dissous dans le sang, ce qui favorise l'oxygénation des tissus lésés, limite le développement de certaines bactéries et aide à stimuler la production de collagène, contribuant à la cicatrisation. En traitement de pathologies chroniques, ses principales indications sont les plaies à cicatrisation difficile, les lésions de tissus après radiothérapie (pathologies post-radiques) ou les infections ostéo-articulaires et de certains tissus. Elle est également utilisée pour certaines urgences telles que les accidents de décompression, intoxications au monoxyde de carbone, embolies gazeuses lors de chirurgies ou encore surdités brusques.

Au 1er juin 2023, deux établissements disposent de l'autorisation d'exploitation de caissons hyperbares en Occitanie : CHU de Toulouse (31) et clinique Saint-Pierre à Perpignan (66). La densité régionale d'établissements autorisés s'inscrit dans la moyenne nationale (0,3 par million d'habitants).

L'activité régionale hyperbare correspond à environ 11 500 actes annuels sur la période 2018-2021 selon le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). On constate une forte hétérogénéité des taux de recours entre départements, se traduisant par une patientèle majoritairement recrutée dans les Pyrénées-Orientales (38%) et en Haute-Garonne (30%), départements d'implantation des équipements. En corollaire, les taux de « fuites » extrarégionales (4%) et d'accueil de patients résidant hors Occitanie (2%) sont particulièrement faibles.

Il n'est pas constaté de difficulté de délai d'accès à ces équipements, y compris en cas de recours non programmé.

La stabilité pluriannuelle de cette activité, conjuguée aux perspectives limitées d'évolution des indications de médecine hyperbare à moyen terme conduisent à reconduire le même niveau de réponse aux besoins de santé régionaux pour la période 2023-2028, assortie d'une vigilance auprès de l'évolution des volumes d'activité en lien avec l'accroissement démographique de la région et des indications thérapeutiques.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le cadre réglementaire applicable aux caissons hyperbares n'a pas été modifié par la réforme du droit des autorisations.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Existant	Cible
09	0	0
11	0	0
12	0	0
30	0	0
31	1	1
32	0	0
34	0	0
46	0	0
48	0	0
65	0	0
66	1	1
81	0	0
82	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

- Assurer la veille et, le cas échéant, anticiper l'évolution des indications thérapeutiques (Consensus européen, Haute Autorité de Santé)

Transformations – regroupements – coopérations

Pas d'évolution attendue au cours du PRS.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Éléments de diagnostic

La maladie rénale chronique touche environ un dixième de la population française en 2022. Cette maladie, évolutive, entraîne une dégradation de la capacité de filtration des reins. Le stade de la maladie rénale chronique (entre 1 et 5) est déterminé au regard de certains marqueurs d'atteinte rénale (débit de filtration glomérulaire, albuminurie, hématurie etc.). Au stade 4, on parle d'insuffisance rénale chronique (IRC) sévère ; au stade 5 d'IRC terminale (IRCT).

L'IRCT est une pathologie grave à forts enjeux de santé publique à inscrire dans le cadre d'un parcours gradué, compte tenu :

- Du nombre de patients atteints : en 2020, plus de 92 000 patients étaient atteints d'IRCT en France, dont 55% traités par hémodialyse, et 45% porteurs d'un greffon rénal36. En 2020, on comptait plus de 10 600 nouveaux patients atteints d'IRCT (dont 938 en Occitanie) : 97% ont démarré une suppléance par hémodialyse ; 3% ont bénéficié d'une greffe préemptive, c'est-à-dire lorsqu'une personne est transplantée sans avoir eu recours à la dialyse au préalable ;
- D'un taux de mortalité élevé à 14,5% en 2020 ;
- Un taux de recours régional à la dialyse en urgence en baisse mais à un taux élevé par rapport à la période du PRS 2 et inférieur au taux national en 2020 (29,5% en France, versus 27% en Occitanie). Ces recours en urgence pourraient être évités dans certains cas par une anticipation dans le cadre d'un projet de soins du patient, à des stades plus précoces de la maladie, notamment 3b et 4 de l'IRC ;
- Enfin, d'un lien majeur entre l'activité de prélèvement et de greffe de rein.

Le vieillissement et la précarité de la population particulièrement marqués en région Occitanie peuvent être à l'origine d'un niveau de prévalence régional pour l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) supérieur au national : en Occitanie en 2019, 145,5 personnes pour 100 000 habitants étaient atteintes d'IRCT ; contre 142,5 en France métropolitaine. Le taux de prévalence est particulièrement important dans certains départements, comme l'Ariège (171,6), l'Aude (163,1) ou le Lot et les Pyrénées-Orientales (158,5)[37].
En effet, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique évolue de façon exponentielle avec l'âge : si la prévalence IRCT est de 0,1% de la population occitane chez les 45-49 ans en 2020, elle est trois fois plus élevée chez les 70-74 ans (> 0,35%)[38]. Selon le registre REIN 2020, l'âge médian des patients dialysés était de 71 ans ; 59 ans pour les patients greffés. L'IRCT affecte majoritairement les hommes : ils représentaient 63% des personnes atteintes d'IRCT en Occitanie en 2020. La DREES[39] a également démontré que les maladies chroniques, telles que la maladie rénale, touchaient plus souvent les personnes modestes et précaires, provoquant une réduction de leur espérance de vie.

[36] Synthèse du Rapport annuel 2020 du réseau REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie) pour les administrations sanitaires, Agence de la Biomédecine (publiée en 2022)
[37] Données extraites du Système National des Données en Santé
[38] Données extraites du site d'open data et de data visualisation des données de l'Assurance Maladie : *Data pathologies*
[39] « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie », *Etudes et Résultats*, n°1243, DREES, octobre 2022.

Par ailleurs, l'IRCT est une maladie associée à de nombreuses comorbidités, en particulier le diabète. En métropole en 2020, 37% des patients atteints d'IRCT étaient également diabétiques[40]. Cette maladie, tout comme l'hypertension artérielle (HTA), peut se compliquer d'une insuffisance rénale.

Pour les personnes atteintes de ces comorbidités, le dépistage de la maladie rénale, via une recherche de micro-albuminurie et un dosage de la créatinémie périodiques, est primordial. Dans ce cadre, un objectif de santé publique (inscrit dans le dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) du médecin traitant) a été fixé : au moins 59% de bénéficiaires d'un traitement relatif au diabète devraient bénéficier de ces analyses biologiques ; et 28% pour les bénéficiaires d'un traitement pour HTA. Or, les cibles nationales ne sont pas atteintes : en Occitanie, seulement 38,4% des patients traités pour diabète ont bénéficié de ces analyses ; 22,6% pour les bénéficiaires de traitement pour HTA.

Enfin, ces maladies chroniques sont fortement impactées par des comportements défavorables à la santé (alimentation déséquilibrée, sédentarité et manque de pratique d'activité physique, usage du tabac, d'alcool ou de drogues, etc.).

Il existe, en région, un véritable enjeu de dépistage de la maladie rénale le plus tôt possible, en identifiant en particulier les patients à risque porteurs de comorbidités.

***

Pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale, un traitement de suppléance peut notamment être mis en place afin d'assurer la survie du malade. Cette suppléance est possible sous deux formes : le traitement par la pratique de l'épuration extrarénale (dialyse chronique) ; ou la transplantation rénale.

Accès à la suppléance par le traitement de l'épuration extrarénale (dialyse)

La dialyse peut être réalisée selon plusieurs modalités :

- Modalité centre : dialyse en centre lourd ;
- Modalités hors centre :
  - UDM (unité dialyse médicalisée) ;
  - UAD (unité d'auto-dialyse) ;
  - Hémodialyse à domicile ;
  - Dialyse péritonéale à domicile.

Le choix de la modalité centre/hors centre dépend de l'état de santé, de l'âge, de l'autonomie et des choix du patient : les patients présentant notamment une poly-pathologie et/ou une dépendance dans la réalisation des soins seront orientés vers un centre lourd ; les patients plus légers et en moindre dépendance vers de la dialyse hors centre. Cette modalité, outre le fait que dans son étude médico-économique de 2014 la Haute Autorité de Santé reconnait que la dialyse hors centre est une stratégie de prise en charge plus efficiente versus la dialyse en centre lourd, à la fois en termes de qualité de vie et de coût[41], permet de promouvoir l'autonomie du patient et une prise en charge le plus souvent en proximité du lieu de vie.

[40] Assurance Maladie via *Data pathologies*
[41] Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, Haute Autorité de Santé, novembre 2014

Une gradation de l'offre de soins existe dans chaque département, où le recours à toutes les modalités de dialyse sont proposées. Cependant, des inégalités persistent en termes de temps d'accès à une unité, en particulier dans les territoires les plus isolés.

Depuis 2018, l'Occitanie présente un taux de recours standardisé à l'IRC (hors pédiatrie) supérieur au niveau national (1,07 pour 1) : cependant, la région présente des disparités au niveau départemental[42].

Depuis 2018, le recours à la dialyse hors centre a augmenté : si la majorité des séances de dialyse étaient jusqu'alors réalisées en centre, ces séances représentaient, en 2020, 48% du nombre total de séances. A titre de comparaison, en France métropolitaine, 52% des patients dialysés le sont en centre en 2020[43]. Néanmoins, le recours aux modalités hors centre varie fortement entre départements occitans : en effet, la part de la prise en charge des dialysés en modalité hors centre varie de 34% à 74%.

Répartition des séances selon modalité (hors domicile) par département en Occitanie - 2021[44]

	9	**11**	**12**	**30**	**31**	**32**	**34**	**46**	**48**	**65**	**66**	**81**	**82**
Centre	38%	56%	40%	54%	58%	34%	49%	42%	NC*	45%	52%	63%	74%
UDM	31%	25%	30%	38%	18%	7%	30%	6%	99%	4%	15%	9%	9%
UAD	31%	19%	30%	8%	24%	59%	21%	52%	1%	51%	33%	28%	17%

**Autorisation d'un centre lourd en Lozère à fin 2022*

Entre 2019 et 2021, le nombre de séances de dialyse réalisées en région Occitanie a fortement augmenté, au global, de +7% sur la période.

Nombre de séances selon modalité (hors domicile) par département en Occitanie – 2019 et 2021[45]

		9	**11**	**12**	**30**	**31**	**32**	**34**	**46**	**48**	**65**	**66**	**81**	**82**
Centre	**2019**	7994	24562	6411	39158	85960	5088	74727	6688	0	10459	36414	21131	17946
	2021	6909	24347	8807	39240	87821	6334	66798	7202	0	10749	35912	24027	19546
UDM	**2019**	3606	10704	5055	24794	21888	1235	40009	1151	5635	896	8248	2908	1100
	2021	5472	10910	6357	27622	26546	1218	41557	920	5793	1051	10457	3365	2410
UAD	**2019**	5527	5570	8269	6453	33951	9870	20968	7366	241	11080	20870	9030	3947
	2021	5475	8409	6373	5490	35706	10792	29464	8912	57	12071	22917	10903	4363

42 Taux de recours MCO par zonage spécifique 2021 – IRC – Scan Santé, ATIH Taux de recours MCO (scansante.fr)
43 Synthèse REIN
44 Données issues du PMSI - ATIH
45 Données issues du PMSI - ATIH

Cette évolution est cependant marquée par :

- Une légère diminution de la consommation de dialyse en centre : en effet, entre 2019 et 2021, on observe une baisse de -1% des séances réalisées en centre ;
- A contrario, une hausse du nombre de séances réalisées sur des modalités hors centre, à savoir en UDM, UAD ou dialyse à domicile (+13% en UDM, +12% en UAD, +36% à domicile).

Accès à la suppléance par la greffe rénale

Les contraintes relatives à la dialyse sont lourdes : traitement lourd et éprouvant ; traitement répétitif (trihebdomadaire par séance de 4h ou quasi-quotidien (6 jours/7, par séance de 2h) en cas de prise en charge à domicile), et ce jusqu'à l'implantation éventuelle d'un nouveau rein fonctionnel ; le temps de transport entre le domicile et l'unité de prise en charge du patient.

Au-delà de la dialyse hors centre, la greffe apparaît alors comme la modalité de suppléance permettant la meilleure qualité de vie, et par ailleurs la plus efficiente parmi toutes les stratégies de prise en charge de l'IRCT confondues (voir fiche Activité de soins – Prélèvement et greffe).

***

Les dernières données relatives aux nombres de professionnels démontrent des évolutions plutôt favorables sur les effectifs médicaux (néphrologues) et paramédicaux (infirmiers diplômés d'Etat) en région[46]. Cependant, ces chiffres ne reflètent pas la répartition inégale des néphrologues notamment entre les territoires urbains et ruraux. Par ailleurs, plusieurs établissements font état au cours de ces derniers mois de difficultés en termes de ressources humaines paramédicales mais aussi en néphrologues, exacerbées depuis la crise sanitaire de 2020 : des difficultés à recruter les professionnels, la multiplication des demandes de temps partiel, un turn-over important etc. Cette problématique est encore plus prégnante en ce qui concerne l'activité de dialyse, qui nécessite des compétences techniques spécifiques, nécessitant une formation complémentaire assurée par les équipes, notamment sur le fonctionnement des générateurs.

Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 et ses décrets d'application de 2018 et 2019, l'exercice en pratique avancée est autorisé pour les infirmiers diplômés. Un IPA (infirmier de pratique avancé) est alors autorisé à suivre des patients, en collaboration l'équipe médicale, sur une prise en charge globale et comportant des activités dérogatoires comme la prescription, le renouvellement ou adaptation d'un traitement. L'une des 4 mentions autorisées porte sur l'insuffisance rénale chronique/dialyse et la transplantation rénale. Compte tenu des difficultés d'accès aux soins primaires rencontrées en particulier sur certains départements de la région, la prise en charge des malades chroniques, et notamment de l'IRCT, par un IPA peut être une alternative. En Occitanie, depuis 2019, 123 IPA ont pu être diplômés. Cependant, seulement 9 d'entre eux avaient choisi la mention IRC/transplantation. Certains n'exercent pas en tant qu'IPA à ce jour.

***

La mise en œuvre du forfait Maladie Rénale Chronique (MRC) depuis 2019 avec pour objectif d'améliorer le suivi et l'accompagnement des patients en vue de retarder la survenue de complications et l'entrée dans la phase de suppléance. Ce dernier permet à chaque équipe spécialisée volontaire de mettre en place ou renforcer une prise en charge coordonnée et de qualité au profit des patients du territoire : consultation diététique, suivi rapproché par les infirmières de pratique avancées le cas échéant, surveillance des traitements néphrotoxiques, actions de prévention, initiation à la dialyse (y compris domicile) ou à la greffe préemptive si elle est possible.

Une nouvelle approche thérapeutique médicamenteuse permet d'espérer une diminution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale dans les prochaines années, dont le recours à la dialyse[47].

[46] RPPS et répertoire ADELI, DREES
[47] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3224377/fr/medicaments-du-diabete-de-type-2-la-hasactualise-son-evaluation-des-gliflozines

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Des travaux portant sur la réforme des autorisations des activités de soins ont été entamés en 2018. Si l'activité de traitement de l'IRC par épuration extrarénale est concernée, les nouveaux décrets encadrant cette activité n'ont pas été publiés à ce jour. Dans l'attente, l'activité reste régie par les textes suivants :

- Art. R. 6122-25 et R.6122-32-1 + art. R. 6123-54 à R.6123-67 du Code de la Santé Publique ;
- Décret n°2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale ;
- Arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale ;
- Arrêté du 25 septembre 2003 relatif aux conventions de coopération entre les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

***

Concernant l'activité de greffes, les réflexions s'inscrivent dans le cadre du nouveau Plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026, publié en mars 2022 (cf. fiche Activité de Soins – Prélèvement et greffe).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins portent uniquement sur l'activité de traitement par épuration extra-rénale (dialyse). Ils ont été établis selon plusieurs points :

— L'évolution du besoin en dialyse, compte tenu de la progression de la prévalence de l'insuffisance rénale, et ce par territoire, en lien avec l'augmentation de la population occitane et son vieillissement ;
— De l'objectif de favoriser la dialyse hors centre et à domicile versus la dialyse en centre afin de permettre une prise en charge en proximité tout en soutenant le patient acteur de sa santé dans le cadre de l'amélioration de sa qualité de vie ;
— De privilégier la création d'unité mixte UDM-UAD afin notamment de sécuriser les équipes paramédicales.

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cible
09	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	2	3
	Unité d'auto-dialyse	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2
11	Dialyse en centre	2	2
	Unité de dialyse médicalisée	2	4
	Unité d'auto-dialyse	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	3
12	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	3	4
	Unité d'auto-dialyse	3	4
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	2	3
30	Dialyse en centre	3	3
	Unité de dialyse médicalisée	3	5
	Unité d'auto-dialyse	3	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	2	4
31	Dialyse en centre (adulte)	3	3
	Dialyse en centre (pédiatrique)	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	7	13
	Unité d'auto-dialyse	18	19
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	4	4
32	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	2	3
	Unité d'auto-dialyse	6	6
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2

34	Dialyse en centre (adulte)	4	5
	Dialyse en centre (pédiatrique)	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	6	13
	Unité d'auto-dialyse	9	14
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	3	5
46	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	2	5
	Unité d'auto-dialyse	5	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2
48	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	2	2
	Unité d'auto-dialyse	2	2
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2
65	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	1	3
	Unité d'auto-dialyse	5	5
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2
66	Dialyse en centre	2	2
	Unité de dialyse médicalisée	1	6
	Unité d'auto-dialyse	8	8
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	3	3
81	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	2	6
	Unité d'auto-dialyse	5	6
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	1	2
82	Dialyse en centre	1	1
	Unité de dialyse médicalisée	1	3
	Unité d'auto-dialyse	2	3
	Dialyse à domicile par hémodialyse et/ou dialyse péritonéale	0	2

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, quatre grandes priorités d'action ont été retenues :

- Prévenir l'entrée dans la maladie et dépister le plus précocement possible
  - Mener une politique de prévention et de dépistage robuste et ciblée (promotion de l'activité physique, recours aux RDV de prévention aux grands âges de la vie, etc.).
  - Renforcer l'accès aux nouvelles thérapeutiques afin de prévenir l'aggravation de la maladie.
- Améliorer l'accès aux dispositifs de suppléance
  - Réduire le nombre de patients dialysés en urgence, notamment par le développement de l'ETP et la prise en charge au parcours via le forfait MRC.
  - Améliorer l'accès à la greffe dont l'accès en préemptif et à partir de donneur vivant.
  - Poursuivre le maillage du territoire régional selon une cohérence entre modalité, pertinence de l'adressage et délai d'accès en dialyse (en priorisant la dialyse à domicile, puis unité mixte, et enfin centre lourd).
- Accompagner le patient dans son parcours et accompagner sa prise en charge
  - Contribuer à l'autonomie de décision du patient notamment via une réflexion éthique quant à l'accès aux traitements conservateurs.
  - Inciter tous les professionnels à la qualité de la prise en charge, notamment en développant la prise en compte de l'expérience patient.
  - Mettre en place un groupe de travail pour la prise en charge des patients complexes (détenus, patients en situation irrégulière etc.).
  - Améliorer l'accès des patients insuffisants rénaux dont les dialysés aux SMR et HAD.
  - Anticiper une organisation de crise régionale (accès à l'eau dans un contexte de changement climatique et d'éventuelles pénuries, à l'énergie, transports, RH, etc.).
  - Développer la télésurveillance, suite à l'intégration de cette pratique dans le droit commun.
- Favoriser l'attractivité des métiers auprès de patients atteints de maladie rénale chronique
  - Inciter à la formation et promouvoir l'exercice des IPA.
  - Développer le recours aux outils numériques (partages d'information, interopérabilité).

Transformations – regroupements – coopérations

La stratégie régionale en matière d'activité de traitement par épuration extra-rénale tend vers la prise en charge hors centre par la création d'unité mixte de novo ou la complémentarité des unités existantes pour créer une unité mixte.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Filière de prise en charge des patients victimes d'Accident Vasculaire Cérébral

Éléments de diagnostic

L'AVC est une pathologie

- Très fréquente : Chaque jour en région, 43 personnes sont victimes d'un AVC/Accident Ischémique Transitoire (AIT), 5 décèdent en phase aigüe et 6 ont moins de 60 ans.
- Très grave : mortalité de 20% - 3ème cause de mortalité (1ère cause de mortalité chez la femme) - 1ère cause de handicap acquis de l'adulte - 2ème cause de démence après la maladie d'Alzheimer.
- Qu'on sait prévenir et qu'on sait traiter si on agit très vite

L'AVC touche également environ 80 enfants par an en Occitanie. 70% de ces enfants gardent des séquelles à vie.
L'enjeu principal repose sur une prise en charge des AVC répondant à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région dans des délais compatibles avec l'efficacité des traitements et consolider la prise en charge après la phase aiguë.
Pour l'AVC de l'enfant, l'enjeu est d'assurer à tous les enfants victimes d'un AVC un diagnostic précoce et rapide avec un accès en urgence à l'IRM, et une prise en charge dans une filière spécialisée, connue et dédiée.

Les travaux du PRS 2 sur le parcours AVC portée par une équipe d'animateurs (neurologues et IDE) de filières ont conclu sur :

- Un maillage territorial des Unités Neuro Vasculaires (UNV) dédiées à la prise en charge des AVC aigus satisfaisant, à réévaluer au regard de l'évolution des besoins. Ce maillage est complété sur les territoires isolés par des dispositifs de télé thrombolyses entre le service d'urgence et l'UNV de territoire
- Une démographie médicale et paramédicale fragile mettant en péril le maillage régional des UNV à très court terme (une UNV a déjà fermé en juillet 2022 du fait d'un manque de neurologue)
- Une filière spécialisée d'orientation et de prise en charge en UNV reconnue et confortée par un travail sur des protocoles régionaux
- Une plateforme unique et régionale de télémédecine AVC opérationnelle à évaluer sur les usages
- Le lancement et le développement d'un observatoire de l'AVC sur les passages au sein des Services d'Urgences de la région
- Un déploiement des consultations et des parcours post-AVC à consolider et à évaluer
- Un travail à poursuivre sur le sujet de l'AVC de l'enfant
- Une communication auprès du Grand Public et des Professionnels de santé à réitérer

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le parcours AVC est notamment impacté par :

- Le décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation pour l'activité de soins critiques
- Le décret n°2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour l'activité de soins critiques
- Les décrets du 10 janvier 2022 relatifs aux nouvelles conditions d'implantation et de fonctionnement des activités interventionnelles sous Imagerie Médicale en Neuroradiologie

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

L'unité neuro-vasculaire (UNV) assure en permanence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, la prise en charge des patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë compliquée ou non : AIT, AVC ischémique ou hémorragique, thrombose veineuse cérébrale et autre maladie cérébrovasculaire (dissection d'artères cérébrales non rompues, PRES, SVCR …) qui lui sont adressés. L'UNV dispose de deux unités médicales : une unité de lits de soins intensifs de neurologie vasculaire et une unité d'hospitalisation complète de neurologie avec lits dédiés aux AVC.
Les unités de lits de soins intensifs neurologie vasculaire relèvent d'une autorisation d'activité de soins.
Le tableau d'implantation ci-dessous est l'objectif d'implantation d'UNV pour la région Occitanie. Il est en cohérence avec le tableau d'implantation des autorisations d'activité de soins intensifs de neurologie vasculaire.

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Cible
09	Unité Neuro Vasculaire	1
11	Unité Neuro Vasculaire	2
12	Unité Neuro Vasculaire	1
30	Unité Neuro Vasculaire	2
31	Unité Neuro Vasculaire	2
32	Unité Neuro Vasculaire	1
34	Unité Neuro Vasculaire	3
46	Unité Neuro Vasculaire	1
48	Unité Neuro Vasculaire	0
65	Unité Neuro Vasculaire	1
66	Unité Neuro Vasculaire	1
81	Unité Neuro Vasculaire	3
82	Unité Neuro Vasculaire	1

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Objectifs	Indicateurs de résultats
Soutien aux UNV *Afin de faire face à la pénurie médicale et paramédicale, aux difficultés de recrutement, aux fermetures de lits de neurologie, aux difficultés d'accès à l'IRM, à l'insuffisance du nombre d'internes en neurologie, à la lourdeur de l'activité en journée et en permanence des soins*	• Renforcement de l'accompagnement et du soutien de l'ARS aux recrutements • Evaluation du recours à l'imagerie en journée et en PDSES au sein des UNV et propositions d'actions • Expérimentation d'un télé recours régional en PDSES neurovasculaire pour les UNV en difficulté • Evaluation des usages et des spécificités techniques de l'outil régional de télémédecine AVC en vue d'en améliorer l'utilisation et répondre aux besoins • Accompagnement au déploiement d'Infirmiers en Pratiques Avancées vasculaires
Régulation SAMU - Transports interhospitaliers *Afin d'améliorer les délais et les modalités de transports, notamment des transports en heure de permanence des soins*	• Amélioration de l'alerte AVC en renforçant la connaissance des SAMU sur le maillage territorial de la filière AVC aiguë et en accompagnant à l'utilisation des échelles diagnostiques/contre-indications • Expérimentation d'un protocole régional sur des transferts inter hospitaliers non médicalisés des patients thrombolysés vers les centres de thrombectomie mécanique • Rédaction et diffusion d'un protocole régional sur la place des héliSMUR dans le transport des AVC aigus
AVC de l'enfant *Pour assurer à tous les enfants victimes d'un AVC un diagnostic précoce et rapide avec un accès en urgence à l'IRM, et une prise en charge dans une filière spécialisée, connue et dédiée.*	• Recensement de tous les acteurs concernés (médecins régulateurs, urgentistes, radiologues, pédiatres, réanimateurs…) et structuration au sein d'une filière dédiée • Rédaction de protocoles régionaux diagnostiques et thérapeutiques et leur diffusion • Etude du besoin d'un recours à la plateforme régionale de télémédecine AVC
Communication grand public et PS *Pour accroître la connaissance par la population des signes de reconnaissance de l'AVC, de son caractère urgent et de la nécessité d'appeler le 15 - sensibiliser les professionnels sur le maillage territorial et les spécificités de la prise en charge*	• Déploiement d'une campagne de communication régionale et territoriale ciblée

Il s'agit des objectifs identifiés comme prioritaires. D'autres axes du parcours AVC seront également travaillés sur les consultations et le parcours post AVC, l'animation, l'information et la formation des professionnels concernés et impliqués dans la prise en charge de patients victimes d'AVC.

Transformations – regroupements – coopérations

Non concerné

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

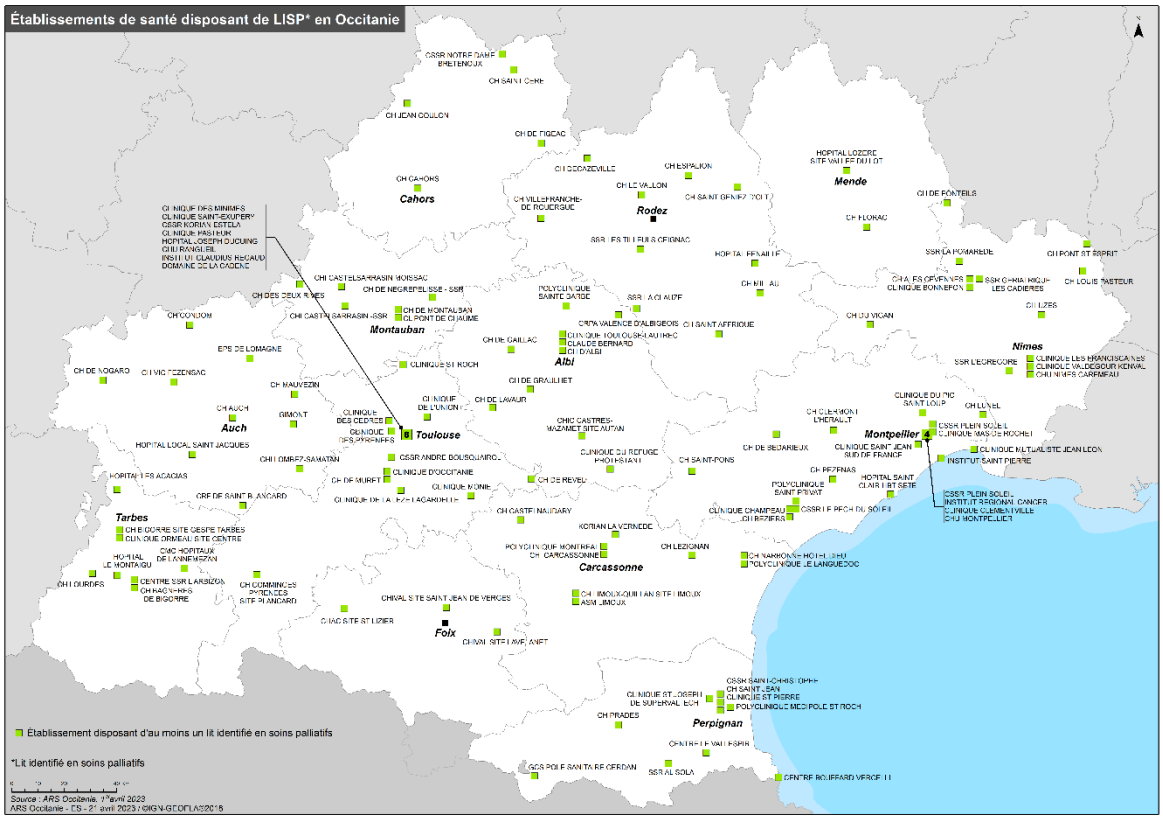
Soins palliatifs

Éléments de diagnostic

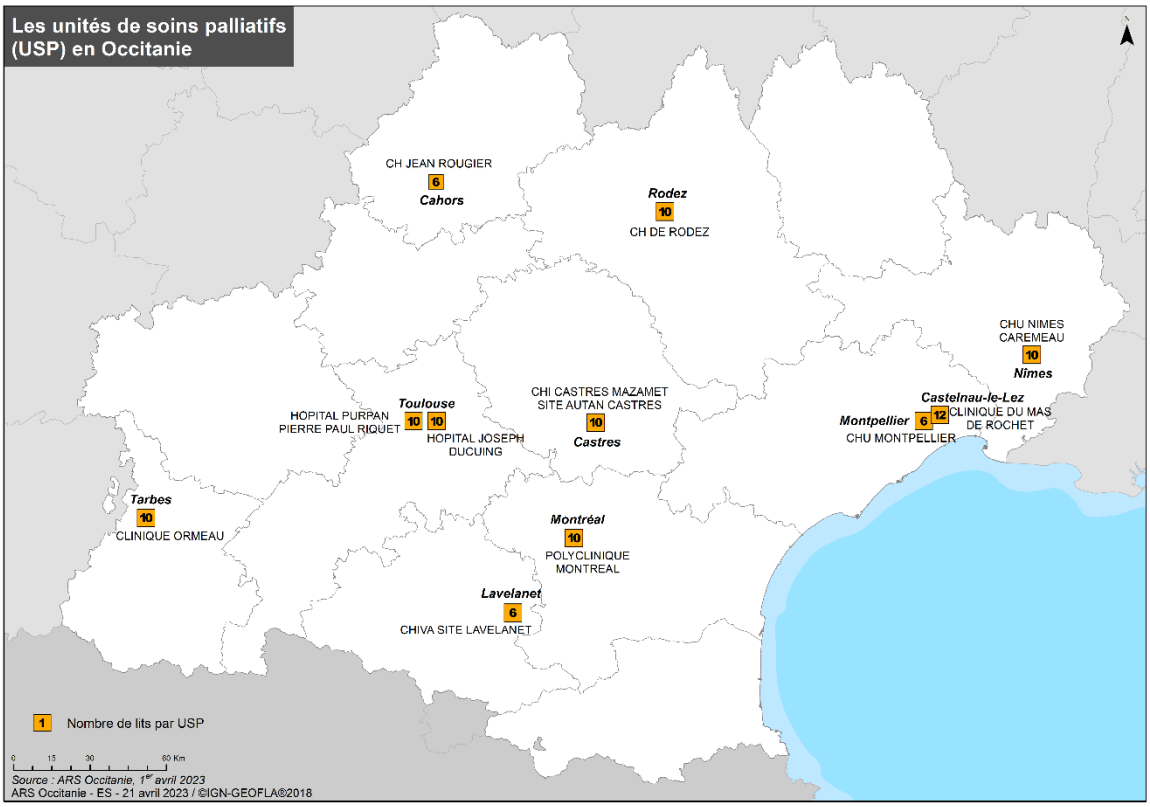
La filière hospitalière de soins palliatifs en Occitanie se composait comme suit au 1er janvier 2023, suite aux résultats de l'appel à candidatures proposé en 2022 pour la création de lits identifiés de soins palliatifs et d'unités de soins palliatifs :

- 11 unités de soins palliatifs (USP) réparties dans 9 départements ;
- 720 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) répartis sur l'ensemble des territoires ;
- 36 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) réparties sur l'ensemble des territoires ;
- 2 équipes mobiles régionales de soins palliatifs pédiatriques rattachées au CHU de Toulouse et au CHU de Montpellier.

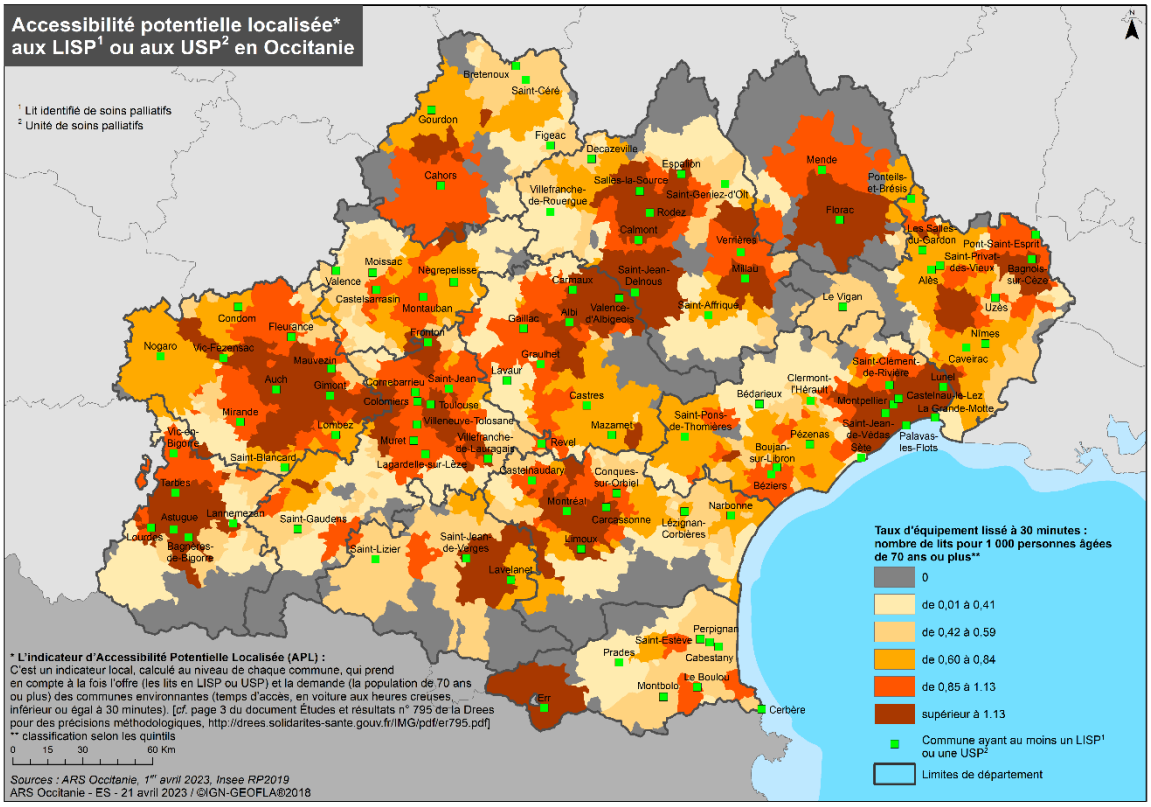
Cartographie des LISP au 1er janvier 2023 :



Cartographie des USP au 1er janvier 2023 :



Accessibilité potentielle localisée aux LISP et aux USP au 1er janvier 2023 :



Malgré la forte progression du nombre de LISP reconnus à l'issue de l'appel à candidatures, des zones d'accès fragiles persistent, notamment en périphérie de la région.

La prise en charge en soins palliatifs a connu des évolutions significatives durant la période du précédent PRS (2018-2022) :

- Installation en 2020 d'une unité de soins palliatifs (USP) de six lits en Ariège, portée par le Centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.
- Reconnaissance en 2022 de 186 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) suite à la réalisation d'un appel à candidatures régional. Cette progression de 35% des capacités existantes a permis de rehausser le taux d'équipement régional en LISP de 8,31 LISP/1000 décès à 11,14 LISP/1000 décès (pour un taux de 9,21 LISP/1000 décès en France en 2021).
- Reconnaissance en 2022 d'une USP dans le Lot suite à appel à candidatures.

La première vague de la pandémie Covid a permis l'organisation d'astreintes départementales en soins palliatifs et la mise en place de deux hémi-astreintes régionales en soins palliatifs portées par le CHU de Toulouse et le CHU de Montpellier, assurant aux professionnels de terrain un recours expert. L'hospitalisation à domicile, durant la période de crise, a joué un rôle majeur dans l'accompagnement des situations complexes en EHPAD.

Néanmoins, sur la période du précédent PRS, des difficultés ont persisté dans l'organisation de l'activité de soins palliatifs :

- Sur le champ des soins palliatifs au domicile :
  - Existence de « zones blanches » d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des ex-réseaux de soins palliatifs, démontrée par l'étude prospective ALCIMED précitée ;
  - Existence de territoires isolés en pénurie de médecins formés aux soins palliatifs ;
  - Manque de lisibilité des acteurs impliqués dans la prise en charge palliative auprès des usagers et des professionnels ;
  - Coordination insuffisante des intervenants au domicile au titre du soin (médecin traitant, infirmier libéral, HAD) ou du conseil expert (EMSP, DAC).

- Sur les différents maillons de la filière hospitalière des soins palliatifs :
  - Absence d'USP dans 4 départements (Gers, Lozère, Pyrénées-Orientales, Tarn-et-Garonne).
  - Activité extrahospitalière (vers les structures médico-sociales et le domicile) des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) insuffisamment développée (8,69% du total des interventions en 2021, avec une baisse de 13,27% entre 2020 et 2021) ;
  - Difficultés pour l'admission directe en LISP/USP à partir du domicile.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Le Plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie 2021-2024 comporte trois priorités :

- Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie ;
- Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche ;
- Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre hospitalière de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise.

Différentes actions proposées par le Plan sont en cours de déclinaison dans la région.

Le cadre de l'organisation des soins palliatifs sera rénové par une instruction qui se substituera à la circulaire du 25 mars 2008. Elle prévoit la structuration d'une filière régionale des soins palliatifs disposant d'une gouvernance spécifique, déclinée de manière graduée à l'échelle des territoires avec l'appui de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs. L'instruction précisera également les missions des équipes spécialisées de soins palliatifs et leur articulation avec les acteurs du premier et du second recours ; elle proposera enfin les cahiers des charges rénovés des USP, des LISP et des EMSP.

Quatre textes viennent compléter le dispositif règlementaire :

- Instruction du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs, visant à identifier un appui palliatif territorial de second recours accessible à l'ensemble des professionnels de santé, complémentaire aux organisations existantes ;
- Instruction du 30 novembre 2022 relative au cadre d'orientation national des cellules d'animation régionale de soins palliatifs : la cellule régionale aura pour mission de participer à la structuration, à l'organisation et au développement de la filière palliative et de l'accompagnement de la fin de vie.
- Deux arrêtés du 15 décembre 2021 autorisent l'accès en ville au midazolam dans les indications exclusives de sédation proportionnée et de sédation profonde et continue en soins palliatifs.

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de bilan et de diagnostic présentés ci-dessus, cinq grands priorités d'action ont été retenues :

- Structurer la coordination des parcours de soins palliatifs :
  - Créer une cellule d'animation régionale de soins palliatifs.
  - Coordonner les compétences en proximité du patient entre les acteurs du domicile et les acteurs hospitaliers et médico-sociaux, notamment par la valorisation du rôle de l'infirmier libéral et l'usage d'un système d'information partagé.
  - S'appuyer sur la feuille de route régionale résultant de l'enquête prospective ALCIMED pour renforcer l'accès aux soins palliatifs au domicile.
  - Assurer la lisibilité de l'offre de soins palliatifs auprès des professionnels et des usagers.
  - Favoriser les solutions de répit pour les aidants.

- Renforcer la filière hospitalière des soins palliatifs :
  - Accompagner le déploiement des LISP et des USP nouvellement autorisés ; le cas échéant, développer encore cette offre en s'appuyant sur le nouveau cadre d'organisation des soins palliatifs, et l'intégrer dans les filières territoriales de soins palliatifs.
  - Renforcer les EMSP existantes pour leur permettre d'assurer l'intégralité de leurs missions.
  - Créer des EMSP supplémentaires en fonction des besoins des territoires.
  - Renforcer la place des Soins médicaux et de réadaptation (SMR) dans la filière palliative.
  - Favoriser le développement de l'hospitalisation de jour en soins palliatifs.
  - En lien avec la feuille de route HAD 2021-2026, valoriser l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs : mieux anticiper le recours à l'HAD dans les situations de fin de vie, développer les évaluations anticipées à l'hôpital et au domicile, faire participer l'HAD aux actions coordonnées de la future cellule régionale de soins palliatifs, intégrer l'HAD à l'astreinte palliative territoriale.

- Assurer la permanence de la réponse palliative sur les territoires :
  - Mettre en place, en collaboration avec la cellule d'animation régionale de soins palliatifs, un appui territorial de second recours en soins palliatifs pour permettre de répondre aux besoins d'expertise et d'appui des professionnels.
  - Assurer ou conforter la compétence palliative des DAC en substitution des réseaux de soins palliatifs.

- Accompagner l'innovation technique au moyen des outils numériques et des solutions de télésanté :
  - Promouvoir les systèmes d'information permettant l'échange de données entre les acteurs (ex. : dossier partagé entre l'établissement de santé, les professionnels libéraux et les services d'aide à domicile) et faciliter leur utilisation.
  - Faciliter le développement de la téléconsultation et de la téléexpertise (domicile, EHPAD, établissements de santé) sans pour autant limiter les déplacements indispensables du patient ou de l'équipe soignante.

- Accompagner la mise en œuvre de la loi « fin de vie » :
  - Accompagner les attentes de la population.
  - Accompagner les établissements de santé en anticipation de la parution des textes règlementaires.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Chirurgie cardiaque

Éléments de diagnostic

Le périmètre de la chirurgie cardiaque (article R6123-69 du CSP) correspond aux interventions de chirurgie intra-thoracique portant sur le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines efférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents avec ou sans nécessité d'une circulation extra-corporelle (CEC). Les greffes cardiaques sont traitées en thématique « Greffes ».

Jusqu'au présent PRS, l'activité de chirurgie cardiaque a fait l'objet d'une planification particulière, par inscription dans les Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS). La fusion des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon a conduit à la création de la région Occitanie. Ainsi, la planification de l'activité de chirurgie cardiaque en Occitanie répondait à 2 SIOS différents : Aquitaine – Midi-Pyrénées – Limousin (2008-2012) et PACA – Languedoc-Roussillon – Corse (2014-2018). La réforme des autorisations prévoit l'inscription de cette activité dans le Schéma régional du Projet Régional de Santé (PRS) de chaque région, selon les modalités adulte et pédiatrique. L'activité annuelle minimale requise par site est fixée, par arrêté du 24 janvier 2006, à 400 interventions sous CEC ou « à cœur battant » pour des patients adultes, et à 150 interventions pédiatriques.

En 2021, 6 établissements sont autorisés en chirurgie cardiaque adulte, dans 4 départements : hôpital privé les Franciscaines (30), CHU Toulouse (31), clinique Pasteur (31), CHU Montpellier (34), clinique du Millénaire (34), clinique Saint-Pierre (66). Seul le CHU de Toulouse est autorisé en chirurgie cardiaque pédiatrique.

La densité des établissements autorisés en chirurgie cardiaque adulte en région (0,103 pour 100 000 habitants) est supérieure à la moyenne nationale (0,084) et place la région Occitanie au 2ème rang des régions à densité la plus forte. De même, la densité des établissements autorisés en chirurgie cardiaque pédiatrique en région (0,017) est supérieure à la densité moyenne nationale (0,015), plaçant la région Occitanie au 6ème rang des régions à densité la plus forte.
Le taux de recours régional pour la chirurgie cardiaque adulte (0.59 pour 100 000 habitants) est supérieur au taux de recours national (0,53 pour 100 000 habitants). Le taux de recours est inférieur à la moyenne régionale en Haute-Garonne et en Hérault ; il est supérieur à la moyenne régionale dans l'Ariège et le Lot, qui ont par ailleurs une consommation en actes en augmentation mais concernent des petits volumes de patients. Le taux de mortalité régional est en très légère diminution entre 2018 et 2021 à 5,2%.

La période du PRS2 est marquée par la baisse de 12% du nombre de séjours entre 2018 et 2021 (3 735 séjours en 2021), portée à 43% par la baisse du nombre d'acte de remplacements de valves aortiques. Les établissements de Haute-Garonne réalisent 11% de leur activité pour des patients résidant hors région et 2/3 de leur activité pour des patients ne résidant pas dans le département. Des flux naturels entre le Gard et la région PACA existent avec un taux de fuite de 12% des activités de ce département mais avec en retour un taux d'accueil de 13%. Le Gard voit par ailleurs 16% des patients originaires de ce département être opérés dans l'Hérault. De même, les patients originaires des Pyrénées-Orientales sont opérés à 26% en dehors de leur département d'origine.

L'émergence de techniques nouvelles en substitution de la chirurgie cardiaque vient amoindrir l'évolution des besoins de la population en lien avec le vieillissement de la population attendu en Occitanie d'ici 2035 (hausse de 42,9% de la part des 75 ans et plus).
En effet, l'émergence de la technique TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation), en progression constante depuis 2007, vient rogner les volumes d'activité de chirurgie cardiaque, en substitution de la chirurgie valvulaire aortique pour certains patients âgés de plus de 75 ans non éligibles. L'évolution de cette activité est forte, avec un doublement constaté en 5 ans en région. En Occitanie, ce sont 2 109 TAVI qui ont été posés en 2021 dans les 6 centres autorisés en chirurgie cardiaque. L'impact sur l'atteinte des seuils de certains des centres autorisés en chirurgie cardiaque en région est important, menaçant leur atteinte des seuils.

Les activités de revascularisation coronarienne sont également en baisse de 18% entre 2018 et 2021. Si la période de la crise sanitaire COVID a fortement impacté les activités de l'année 2020 et une partie de 2021 du fait des déprogrammations massives de chirurgie réglée, et que les activités de 2021 n'ont pas retrouvé leur niveau « avant-COVID », les tendances de régression des activités chirurgicales préexistaient. Ainsi, l'évolution des besoins sur la période du PRS3 et le niveau d'activité de centres autorisés ne devraient pas justifier d'implantation nouvelle.

Concernant les activités pédiatriques, elles ont légèrement diminué sur la période du PRS 2 et représentent des petits volumes d'activité (141 séjours réalisés en 2021). Ces activités viennent également à être, pour partie, remplacées par des activités interventionnelles, moins invasives.
Les taux de fuite sont proportionnellement importants avec 38% des séjours réalisés hors région pour des enfants résidant en Occitanie. Parmi ces fuites, certaines sont légitimées par le niveau de recours justifiant une prise en charge en centre parisien (11%), mais 18% des séjours sont réalisés en région PACA, réminiscence de parcours historiques, pour des enfants originaires du Gard et de l'Hérault.

Ces activités de chirurgie cardiaque adulte et enfant reposent sur des ressources surspécialisées et rares (38 chirurgiens cardiaques en 2021 en région selon les données du répertoire partagé des professions de santé ou RPPS, à distribution favorable en âge), localisées sur les 4 départements pourvus en autorisation. Une attention particulière devra être portée à l'attractivité de ces activités, aux conditions d'exercice de ces praticiens et à la constitution d'équipes expertes, intégrant des anesthésistes formés à la chirurgie cardiaque. Le métier de perfusionniste, nécessaire au fonctionnement des ECMO (extracorporeal membrane oxygenation ou « circulation extracorporelle ») doit également faire l'objet d'une politique de formation volontariste pour permettre aux plateaux techniques mais également aux unités mobiles d'assistance circulatoire (UMAC) de fonctionner.

Ainsi, si les techniques endo-vasculaires se développent de façon souhaitable pour les patients du fait de leur caractère moins invasif, l'accès à la chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique en région doit être défendu. L'exercice conjoint « cardiologues interventionnels » et « chirurgiens cardiaques » pour réaliser les techniques TAVI est une voie de consolidation des équipes, des autorisations chirurgicales et de la sécurité des soins.
Il faudra œuvrer collectivement à réorienter vers les centres régionaux les parcours de soins des patients, adultes et enfants, orientés de façon historique hors région. Les activités réalisées hors région représentent en effet un potentiel d'augmentation de 4% à l'échelle régionale pour les activités adultes et de 38% pour les activités pédiatriques. Il en va du devenir de certaines offres, dont le maintien en région est un enjeu majeur. L'enjeu du PRS 3 sur cette thématique apparaît donc de maintenir un maillage territorial suffisant pour permettre un accès à la chirurgie cardiaque adulte en plusieurs points de la région, mais aussi un accès à l'offre pédiatrique au CHU de Toulouse, pour l'ensemble de la région.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Les autorisations de chirurgie cardiaque adulte et enfant sortent d'une logique de planification inter-régionale pour intégrer les schémas régionaux.
La réforme des autorisations en chirurgie cardiaque adulte et enfant impacte faiblement les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement, les liant aux autorisations de cardiologie interventionnelle (Articles R.6123-69 à R.6123-74 du code de la santé publique).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023	Cibles
09	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
11	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
12	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
30	Adulte	1	1
	Pédiatrique	0	0
31	Adulte	2	2
	Pédiatrique	1	1
32	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
34	Adulte	2	2
	Pédiatrique	0	0
46	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
48	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
65	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
66	Adulte	1	1
	Pédiatrique	0	0
81	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0
82	Adulte	0	0
	Pédiatrique	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, trois priorités d'action sont identifiées :

- Accompagner l'évolution de la réponse aux besoins en tenant compte des innovations techniques
  - Garantir le maintien d'une offre régionale en chirurgie cardiaque pédiatrique en recherchant la coopération entre le centre de recours régional et les établissements de l'hémi-région Est
  - Assurer l'examen pluridisciplinaire (cardiologues & chirurgiens cardiaques) des indications de remplacements de valves aortiques pour les cas complexes

- Structurer les modalités de recours et d'implantation des ECMO
  - Définir les conditions d'usage ad hoc via un cadre consensuel précisant indications, organisation et compétences spécifiques requises
  - Structurer l'offre par l'organisation d'une approche graduée

- Fluidifier la prise en charge pré et post-opératoire dans une approche pluridisciplinaire
  - Engager une réflexion sur l'adéquation des prises en charge aux besoins de patients, en lien avec l'évolution réglementaire de l'offre en soins médicaux et de réadaptation ou SMR (en particulier l'activité d'expertise PREPAC : prise en charge en réadaptation précoce post-aigüe cardiologique)

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Prélèvements et greffes d'organes, de tissus et de cellules souches hématopoïétiques

Éléments de diagnostic

En 2023, plus de 66 000 français vivent avec un organe ou un tissu greffé.

Les activités de prélèvement et de greffe constituent, au regard de l'article L. 2131-1 A. du Code de la Santé Publique, une « priorité nationale »[48]. Ces activités mettent en jeu des coopérations professionnelles complexes et mobilisent des expertises de haut niveau. En ce sens, elles représentent un vrai défi d'organisation et d'innovation pour les établissements de santé autorisés.

Un organe est une partie du corps qui remplit une voire plusieurs fonctions bien déterminées. Chaque organe est essentiel au bon fonctionnement de notre organisme. Le rein est l'organe le plus couramment greffé. Suivent le foie, le cœur, les poumons, le pancréas et des parties de l'intestin.

Les médecins peuvent également greffer des tissus tels que des os, des artères, des valves cardiaques, des veines, des tendons ou des ligaments. Concernant les yeux, seule la partie transparente à la surface de l'œil, la cornée, est prélevée.

En outre, des cellules à des fins thérapeutiques dont les cellules souches hématopoïétiques (CSH) peuvent également être greffées. Localisées notamment dans la moelle osseuse, les CSH sont à l'origine de la production de l'ensemble des cellules sanguines du corps humain. La greffe de CSH permet notamment de soigner certains patients souffrant de maladies graves du sang, telles que les leucémies.

Dans ces différents cas, un prélèvement précède systématiquement une greffe d'organe, de tissu ou de CSH.

1. Activité de prélèvements et de greffes d'organes et de tissus

Il est possible d'établir une typologie des établissements participant à l'activité de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus :

- Activité de recensement : l'ensemble des établissements, tout statut confondu (public et privé), peuvent y participer, notamment dans le cadre d'un Réseau Opérationnel de Proximité (ROP) ;
- Activité de prélèvement : concerne seulement quelques établissements, autorisés par l'Agence Régionale de Santé après avis de l'Agence de la Biomédecine, et pour certaines modalités ;
- Activité de transplantation : réalisée uniquement dans des centres de recours : CHU de Montpellier et de Toulouse.

Un prélèvement d'organes et/ou de tissus peut être réalisé selon plusieurs modalités :

- D'un sujet en état de mort encéphalique (SME) ;
- D'un donneur décédé après arrêt cardio-respiratoire persistant (DDAC) ;
- D'un donneur décédé après arrêt cardio-respiratoire de la catégorie III du protocole de Maastricht (après une limitation ou un arrêt des thérapeutiques) ;
- A partir d'un donneur vivant, uniquement pour le rein et le foie.

[48] Plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026, page 2

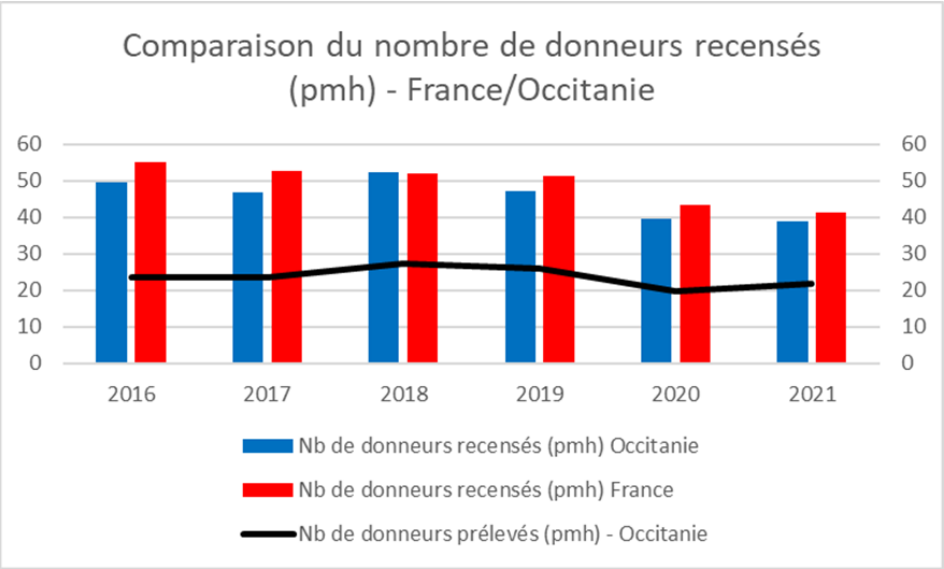
Au cours des ex-SIOS (Schémas Interrégionaux d'Organisation des Soins) correspondant aux anciennes inter-régions (Sud-Méditerranée et Sud-Ouest), les établissements autorisés au prélèvement d'organes et de tissus n'étaient pas tous autorisés à l'ensemble de ces modalités :

- En Occitanie, 18 sites sont autorisés à l'activité de prélèvement multi-organes sur sujet en état de mort-encéphalique, soit a minima un par département, à l'exception de la Lozère (le CH de Mende-Lozère est rattaché au ROP du CHU de Montpellier) et de l'Ariège ;
- 22 sites sont autorisés à l'activité de prélèvement de tissus sur cœur arrêté et à l'occasion d'un prélèvement multi-organes. Seul le département de la Lozère ne dispose pas de site autorisé à cette activité ;
- 5 sites (dépendants de 2 établissements : CHU de Montpellier et de Toulouse) sont autorisés au prélèvement d'organes à partir de donneur vivant ;
- 3 établissements sont, à ce jour, autorisés au prélèvement à partir de donneur relevant du protocole Maastricht III : CHU de Nîmes, CHU de Toulouse, CHU de Montpellier. D'autres établissements sont en réflexion. Le développement de cette modalité de prélèvement permettrait renforcer le nombre de prélèvements dans un contexte de réduction du nombre de donneurs potentiels en état de mort encéphalique.

Si les prélèvements de cœur, poumon, foie et pancréas sont directement réalisés par les équipes en charge de la greffe, les prélèvements rénaux relèvent de modalités organisationnelles différentes :

- Pour les départements de l'Occitanie Est: chaque établissement autorisé dispose de sa propre équipe de prélèvement. Ce choix a été motivé dans l'objectif d'éviter une situation avec deux prélèvements à réaliser en simultané ;
- Pour les départements de l'Occitanie Ouest: les urologues du CHU de Toulouse se déplacent auprès des établissements autorisés pour prélever, à l'exception du CH de Cahors et du CH de Rodez qui disposent de leur propre équipe de chirurgiens formés. Cette organisation a été mise en place compte tenu de l'insuffisance voire l'absence d'urologues dans certains établissements.

Si l'écart a tendance à se réduire d'année en année, le nombre de donneurs recensés par million d'habitants (pmh) est plus faible en Occitanie qu'au niveau national[49].



[49] Rapport annuel médical et scientifique Occitanie 2021, Agence de la Biomédecine

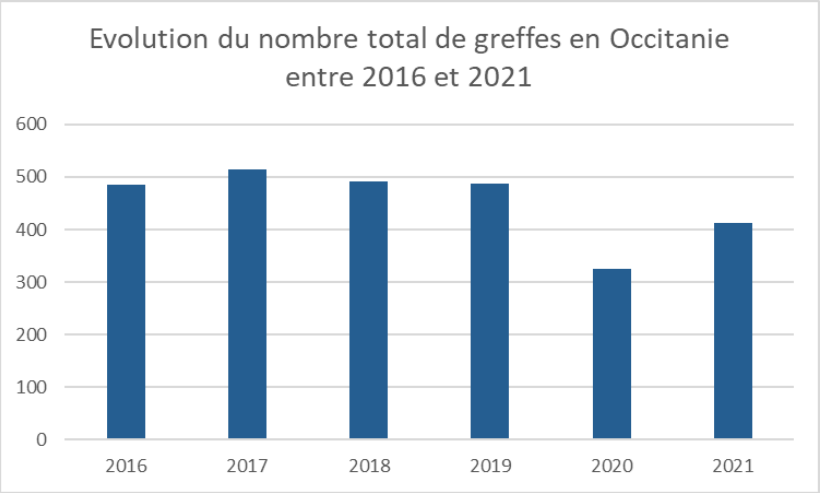
L'activité de prélèvement d'organes et de tissus a été fortement impactée par la crise sanitaire en 2020, ainsi que par une baisse de l'accidentologie. L'activité a repris en 2021, elle n'atteint cependant pas le niveau constaté en 2019 : en Occitanie, en 2019, 25,8 donneurs SME pmh ont été prélevés, versus 22,5 en 2021. Par ailleurs, le nombre de donneurs SME prélevés pmh au niveau régional est inférieur au niveau national, même si l'écart a tendance à se réduire.

Toutefois, le nombre de prélèvements de cornées pmh (tissu le plus prélevé) est bien plus important en Occitanie : en effet, on compte près de 225 prélèvements de cornées pmh en 2021 en Occitanie, versus 140 prélèvements pmh en France métropolitaine.

Les prélèvements d'organes et de tissus sont réalisés en Occitanie à plus de 95% à partir de sujets en état de mort encéphalique (SME). Cette proportion est plus importante qu'au niveau national (86% de prélèvements réalisés à partir de sujets SME). En effet, la part des prélèvements à partir de donneurs relevant du protocole Maastricht III est plus importante au niveau national qu'en région, en raison d'un nombre plus important d'établissements autorisés à ce type de prélèvement. L'Occitanie présente un potentiel quant au développement de cette activité.

L'opposition du défunt reste la principale cause de non-prélèvement, en Occitanie et en France métropolitaine : elle représentait, en 2021, 63% des causes de non-prélèvement en région ; soit une donnée inférieure à la France métropolitaine, à 67%. Par ailleurs, cette donnée évolue de façon favorable ces dernières années (en baisse).

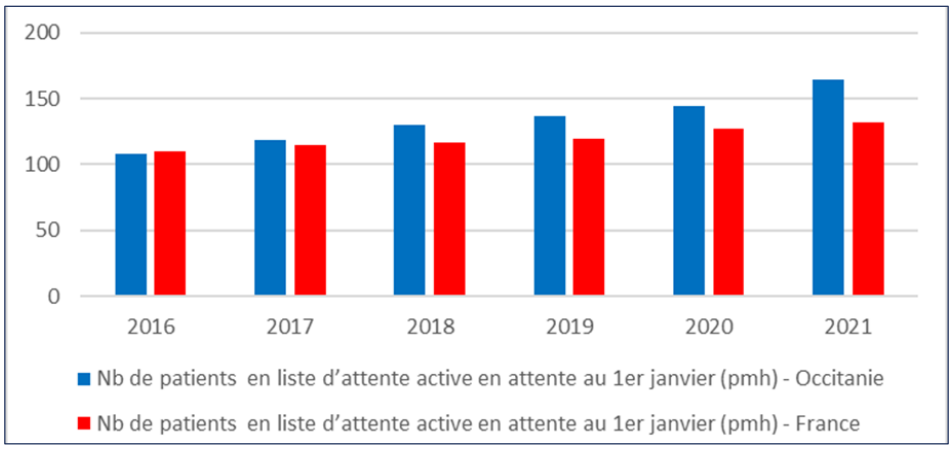
Tout comme pour l'activité de prélèvement, l'activité de greffe d'organes et de tissus a été largement impactée par la crise sanitaire, avec une baisse de 33% du nombre de greffes réalisées en 2020 par rapport à 2019, tout organe confondu. De même, si l'activité reprend en 2021, elle ne parvient pas à revenir au niveau de 2019. Toutefois, une baisse d'activité était déjà amorcée à compter de 2018[50].



Cette baisse concerne l'ensemble des organes, et en particulier la greffe rénale, greffe la plus réalisée (environ 2/3 du nombre total de greffes). Le nombre de patients en liste d'attente d'une greffe rénale ne cesse d'augmenter. Ce nombre, ramené par million d'habitants, est supérieur au niveau régional, en comparaison aux données nationales, en lien notamment avec une prévalence d'insuffisance rénale chronique terminale supérieure en Occitanie.

[50] Rapport annuel médical et scientifique 2021 Occitanie, Agence de la Biomédecine

Evolution du nombre de patients en liste d'attente active pour une greffe rénale au 1er janvier 2022



Si le nombre de patients inscrits sur liste d'attente (pmh) pour une greffe rénale est supérieur en région, la tendance est cependant inversée quant au nombre de greffes réalisées : le nombre de patients greffés en région est inférieur en comparaison au niveau national : à titre d'exemple, en 2021, environ 48 patients ont été greffés (pmh) d'un rein en France métropolitaine ; 42 en Occitanie.
Ce constat est partagé pour d'autres organes, à savoir la greffe hépatique, la greffe pulmonaire et la greffe pancréatique. Seules deux exceptions : la greffe cardiaque et la greffe de cornées. La greffe pulmonaire, uniquement réalisée sur le CHU de Toulouse, devra bénéficier d'une dynamique régionale renforcée et en synergie.
Par ailleurs, la région porte une dynamique importante quant à l'activité de greffe rénale à partir de donneur vivant. En effet, le nombre de greffes rénales réalisées à partir de donneur vivant pmh en 2021 est de 11,5 en Occitanie versus 7,6 pmh en France métropolitaine. Cependant, cette activité chirurgicale programmée est confrontée à d'importantes difficultés conjoncturelles (en particulier liées aux Ressources Humaines), rendant complexe l'accès au bloc opératoire.

2. Activité de prélèvements et greffes de cellules souches hématopoïétiques

Le prélèvement et de greffes de CSH est une activité de recours hyperspécialisée, réalisée lors des ex-SIOS dans les deux métropoles occitanes : Toulouse et Montpellier.

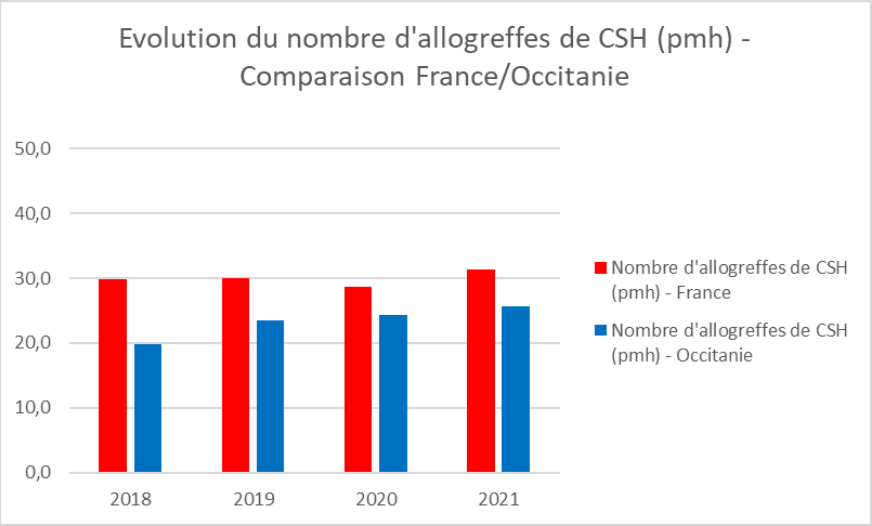
La greffe peut se faire à partir :

- D'un donneur apparenté (issu de la famille du receveur) ;
- D'un donneur non apparenté, avec appui de l'Agence de la Biomédecine (ABM) dans la recherche de donneur, et la logistique afférente : en effet, de nombreux donneurs sont inscrits sur des listes de pays étrangers. Cette situation n'est pas propre à la France, mais une réalité rencontrée dans de nombreux pays européens.

A l'image des organes et tissus, l'activité de prélèvement de CSH a été impactée par la crise sanitaire en 2020, pour toutes les sources de greffons possibles, hormis à partir de sang périphérique. Si cette activité a repris en 2021, celle-ci reste inférieure à 2019 (hors sang périphérique) :

- A partir de sang périphérique : 44 prélèvements en 2021 en Occitanie ; stable par rapport à 2020
- A partir de moelle osseuse : 17 prélèvements ont été réalisés en Occitanie en 2021 (dont 15 apparentés), 9 en 2020 (aucun prélèvement à partir de donneur apparenté)
- A partir du sang placentaire : 594 prélèvements ont été réalisés en 2021 en Occitanie. Par ailleurs, la qualité des prélèvements, sur la base des prélèvements conformes, doit être renforcée (7,4% des prélèvements à partir de sang placentaire étaient conformes en 2021 en région, 8% en France métropolitaine).

L'activité d'allogreffe (à partir d'un donneur) connaît une hausse continue depuis 2018, avec 155 patients allogreffés en 2018 en Occitanie, versus 118 en 2018[51].



Si le nombre d'allogreffes pmh en Occitanie est inférieur au national, on observe cependant une vraie dynamique autour de cette activité, avec une augmentation de +23% d'allogreffes adultes sur l'Oncopole de Toulouse, et 42% sur le CHU de Montpellier, entre 2018 et 2021. Ces deux établissements sont classés parmi les quinze premiers centres allogreffeurs nationaux en dynamique d'activité (sur un total de 38 centres). Par ailleurs, l'activité dynamique d'allogreffes pédiatriques s'est maintenue à 12 malgré la crise, tant en 2020 qu'en 2021.

Tous les chirurgiens ne sont pas formés au prélèvement d'organes (urologue au prélèvement d'organes, chirurgien digestif au prélèvement hépatique, etc.), ce qui peut entraîner des situations de blocage et d'accès à la ressource médicale pour la réalisation des prélèvements.
es équipes des coordinations hospitalières pour le prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) sont le pivot de l'activité de recensement et de prélèvement, au sein de leur établissement et, le cas échéant, en soutien des établissements du réseau opérationnel de proximité. Celles-ci ont été particulièrement sollicitées lors de la crise sanitaire afin de renforcer les unités de soins critiques. Ces équipes ne sont pas épargnées par les difficultés RH (turn-over, manque de visibilité de ce métier, etc.). Lors des recrutements, la formation des professionnels est primordiale, en particulier concernant l'abord des proches. A ce jour, tous ces professionnels n'ont pas bénéficié de cette formation. Par ailleurs, certaines équipes restent, en termes d'effectifs, en-deçà des recommandations de l'Agence de la Biomédecine (minimum 1,5 ETP de coordination IDE, effectif évoluant au regard de l'activité de prélèvement réalisée sur site).
Enfin, depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 et ses décrets d'application de 2018 et 2019, l'exercice en pratique avancée est autorisé pour les infirmiers diplômés. Un infirmier en pratique avancée (IPA) est alors autorisé à suivre des patients, avec collaboration avec l'équipe médicale, sur une prise en charge globale et comportant des activités dérogatoires comme la prescription, le renouvellement ou l'adaptation d'un traitement. Le recours aux IPA serait un vrai atout dans un parcours de soins, notamment pour les patients greffés, en pré et post-greffe. Cependant, le nombre d'IPA formés reste limité, au regard des coûts de financements pour les établissements et la durée de cette formation (2 ans).

[51] Rapport médical annuel et scientifique national 2021, Agence de la Biomédecine

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Des travaux portant sur la réforme des autorisations des activités de soins ont été entamés en 2018. Si l'activité de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de CSH est concernée, les nouveaux décrets encadrant cette activité n'ont pas été publiés à ce jour. Dans l'attente, au moment de la publication du PRS III, l'activité reste régie par les textes suivants :

- Circulaire DHOS/O/O4 n° 2007- 68 du 14 février 2007 relative aux activités de greffes d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques ;
- Décret n° 2007-1256 du 21 août 2007 relatif aux conditions d'implantations applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules souches hématopoïétiques ;
- Décret n° 2007-1257 du 21 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de greffes d'organes et aux greffes de cellules souches hématopoïétiques.

Par ailleurs, les réflexions autour de l'activité de prélèvement et de greffe pour les cinq années à venir s'inscrivent dans le cadre de deux plans nationaux, publiés en mars 2022 :

- Le Plan ministériel pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus 2022-2026. La notion de « prélèvement » apparaît désormais dans l'intitulé du plan (ce qui n'était pas le cas dans les versions précédentes). Plusieurs innovations sont déclinées de manière transversale autour de 9 axes, définissant une feuille de route, déclinés en actions concrètes :
  - Augmenter le recensement et le prélèvement d'organes sur donneurs décédés ;
  - Améliorer l'accès à la liste nationale d'attente et développer la transplantation d'organes ;
  - Développer la greffe rénale à partir de donneur vivant ;
  - Développer le prélèvement et la greffe de tissus ;
  - Renforcer l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus, ainsi que la gouvernance des données ;
  - Améliorer la qualité des pratiques et la sécurité des soins ;
  - Optimiser le financement des activités de recensement, de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus ;
  - Soutenir la formation, la recherche et le rayonnement européen et international dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes et de tissus ;
  - Communiquer pour mobiliser le grand public et les professionnels.
- Le Plan ministériel pour le prélèvement et la greffe de cellules souches hématopoïétiques 2022-2026, qui s'appuie sur 7 grandes orientations :
  - Garantir le maintien et l'accès à toutes les sources possibles de greffons de CSH ;
  - Améliorer les conditions de prélèvement et le suivi des donneurs de CSH ;
  - Maintenir la qualité et l'exhaustivité des données des registres ;
  - Renforcer la biovigilance en matière de prélèvement et d'allogreffe de CSH ;
  - Maintenir un accès de qualité à l'allogreffe de CSH ;
  - Maintenir, et adapter aux évolutions, le financement des activités CSH ;
  - Poursuivre et adapter la communication sur le don non apparenté de CSH.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

L'activité de greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques était initialement planifiée dans le cadre des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS).

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cible
09	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
11	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
12	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
30	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0

31	Greffe rénale adulte	1	1
	Greffe rénale pédiatrique	1	1
	Greffe rein-pancréas adulte	1	1
	Greffe hépatique adulte	1	1
	Greffe cardiaque adulte	1	1
	Greffe pulmonaire adulte	1	1
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	1	1
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
32	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
34	Greffe rénale adulte	1	1
	Greffe rénale pédiatrique	1	1
	Greffe rein-pancréas adulte	1	1
	Greffe hépatique adulte	1	1
	Greffe cardiaque adulte	1	1
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	1	1
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	1	1
46	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
48	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0

65	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
66	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
81	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0
82	Greffe rénale adulte	0	0
	Greffe rénale pédiatrique	0	0
	Greffe rein-pancréas adulte	0	0
	Greffe hépatique adulte	0	0
	Greffe cardiaque adulte	0	0
	Greffe pulmonaire adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques adulte	0	0
	Greffe de cellules souches hématopoïétiques pédiatrique	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, quatre priorités d'action ont été retenues :

- **Mieux informer et sensibiliser au don**
  - Relayer et mener des campagnes d'information et de sensibilisation à destination notamment du jeune public, par le biais par exemple d'un projet commun avec l'Education Nationale
  - Recourir aux canaux de communication modernes, tels que les réseaux sociaux
  - Multiplier des actions de sensibilisation au sein des Etablissements de Santé, notamment par le biais des CHPOT

- **Objectifs relatifs à l'activité de recensement, prélèvement et greffe d'organes et de tissus**
  - **Augmenter le recensement des donneurs potentiels** grâce au maintien de l'ensemble des ES autorisés au prélèvement et en assurant un maillage territorial via les réseaux opérationnels de proximité ; en formant les équipes CHPOT à l'abord des proches ; et en développant le recours à toutes les sources de prélèvement, dont le protocole Maastricht III
  - **Développer l'activité de prélèvement et de greffe**, en améliorant l'accès au bloc opératoire pour les greffes à partir de donneur vivant et en développant des protocoles de coopération pour prélèvements de tissus ; rappeler, dans le cahier des charges régional que le prélèvement est une activité relevant de la PDSES le cas échéant
  - Mise en place d'un **comité régional de pilotage et suivi** de mise en œuvre du Plan prélèvement et greffe d'organes, de tissus, en lien avec l'Agence de la Biomédecine

- **Objectifs relatifs à l'activité de recensement, prélèvement et greffe de CSH**
  - **Améliorer les conditions de prélèvement et greffes de CSH**, avec la mise en place d'une coordination autour des donneurs et maintenir la qualité des prélèvements
  - **Améliorer le suivi des donneurs**, et notamment en assurant l'accès à un suivi psychologique
  - **Assurer l'inscription post-greffe dans le cadre d'un parcours**, en intégrant les SMR oncologie et hématologie dans le parcours du patient et faciliter l'accès à des soins de support

- **Objectifs relatifs aux ressources humaines**
  - **Renforcer les équipes** CHPOT, et les équipes de greffes/allogreffes dans leur ensemble au regard de l'évolution des files actives et des objectifs du plan ministériel
  - Améliorer **la visibilité** de ces équipes et de ces activités complexes
  - Promouvoir les **IPA** au sein des CHPOT et dans le suivi du patient post-greffe

Transformations – regroupements – coopérations

L'activité de greffes est une activité de recours exercée au sein d'établissements à rayonnement régional, auprès d'une équipe de professionnels disposant d'une expertise avérée. En ce sens, l'offre de soins en termes d'implantations n'a pas vocation à évoluer pour les 5 prochaines années.

Cependant, afin d'augmenter le nombre de donneurs potentiels, les réseaux opérationnels de proximité (ROP) se doivent d'être redynamisés, voire élargis à d'autres établissements, notamment privés.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Brûlés et pathologies cutanées graves

Éléments de diagnostic

« *Les brûlures sont le résultat d'un traumatisme de la peau et de certaines muqueuses voire des tissus sous-jacents par des agents thermiques, chimiques, électriques et par des radiations* »[52].

Selon les rares données disponibles[53], plus de 600 victimes de brûlures ont dû être hospitalisées en Occitanie en 2014, et plus de 8000 en France métropolitaine. Les ex-régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées présentent en effet un taux d'incidence inférieur à la moyenne nationale (12,3 victimes hospitalisées pour brûlures pour 100 000 habitants en France métropolitaine en 2014 ; 11,9 en ex-Languedoc-Roussillon ; 10,9 en ex-Midi-Pyrénées). Par ailleurs, le taux d'incidence des brûlures est plus important parmi les populations suivantes :

- Les enfants : en 2014, 37% des patients hospitalisés pour brûlures étaient âgés de moins de 15 ans, en particulier des enfants en apprentissage de la marche (1-2 ans) ;
- Les personnes âgées de 65 ans et plus : 13%. A noter que les brûlures du sujet âgé sont généralement plus sévères du fait d'une peau fragilisée, d'une moins bonne cicatrisation et de l'existence de comorbidités telles que la dénutrition.
- Enfin, les hommes sont plus concernés par les brûlures : en 2014, en France métropolitaine, 15,9 hommes sur 100 000 ont été hospitalisés pour brûlures, versus 8,9 femmes.

Les causes de brûlures varient fortement en fonction de l'âge :

- Les liquides chauds représentent 50,8% des brûlures tout âge confondu et plus de 80% des brûlures chez les 0-4 ans ;
- Les brûlures par flamme représentent 27,1% des brûlures au total, et plus de 55% des brûlures chez les hommes âgés de plus de 60 ans ;
- Les brûlures par substance chimique (exemple : ciment) sont plus fréquentes chez les hommes âgés entre 15 et 59 ans (9% des brûlures).

Au-delà des chiffres, les spécialistes relèvent quatre situations récurrentes de brûlures graves :

- Brûlure par liquide chaud au visage et haut du corps, de type théière posée sur une table basse, chez un enfant de 1-2 ans en apprentissage de la marche ;
- Brûlure chimique par contact avec du ciment ;
- Brûlure du sujet masculin de plus de 60 ans, par retour de flamme (écobuage) ;
- Brûlure périnéale de la personne âgée dépendante à l'occasion d'un bain dont la température n'a pas été contrôlée au préalable.

Il existe par ailleurs un effet de saisonnalité avec une hausse de l'incidence des brûlures en hiver et en été. Cet effet saisonnier varie également en fonction de la tranche d'âge étudiée : une prévalence plus marquée en hiver chez les 0-1 an et les plus de 80 ans ; et en période estivale chez les 2-49 ans. L'incidence fluctue également d'année en année, avec des recours plus ou moins important aux séjours hospitaliers. Enfin, il existe une corrélation entre précarité et incidence des brûlures.

Les lésions liées aux brûlures sont initialement cutanées, mais leurs conséquences sont très diversifiées et la gravité très variable.

[52] Circulaire DHOS/O4 n°2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de traitement des grands brûlés

[53] Rapport « Les victimes de brûlures hospitalisées en France métropolitaine en 2014 et son évolution depuis 2009 », Santé Publique France, juin 2018.

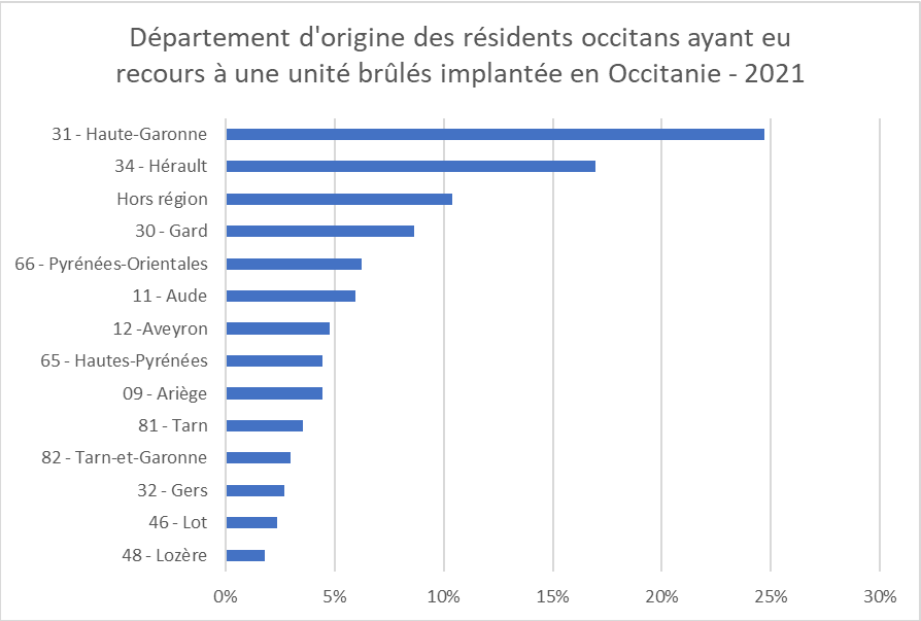
Par ailleurs, certaines pathologies cutanées sévères rares, telles que le syndrome de Lyell ou le syndrome de Stevens-Johnson, qui touchent environ 1 cas pour 500 000 habitants par an, nécessitent une prise en charge en unité de traitement des brûlés, compte tenu des symptômes qui s'expriment par des détachements épithéliaux cutanés et muqueux. Dans une grande majorité de cas, ces nécrolyses épidermiques sont occasionnées par une allergie médicamenteuse. Dans de rares situations, ces syndromes peuvent être dus à des infections. Pour le reste des cas (entre 25 et 30%), ceux-ci sont idiopathiques (origine inconnue). Pour les formes les plus étendues de ces maladies, le pronostic vital peut être engagé, avec une mortalité estimée aux alentours de 20 à 25%. Pour 80% des « survivants », les séquelles sont particulièrement handicapantes.
La prise en charge aigüe des brûlés et pathologies cutanées graves, adulte et pédiatrique, est une activité de recours régionale qui se concentre sur les CHU de Toulouse et de Montpellier. Cette activité de soins relevait jusqu'alors d'une organisation inter-régionale, via les anciens schémas interrégionaux de l'offre de soins (SIOS). En ce sens, ces établissements sont régulièrement amenés à prendre en charge des patients résidant hors Occitanie : par exemple, en 2021, 10% des patients pris en charge en unité brûlés aigüe implantée en Occitanie ne résidaient pas en région.
En 2022, deux centres de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) étaient autorisés à prendre en charge les brûlés en Occitanie : la Clinique Ster (Lamalou-les-Bains, Hérault), autorisée pour la prise en charge des adultes et enfants ; ainsi que le centre pédiatrique Saint-Jacques à Montégut, dans le Gers.
Le parcours du patient brûlé n'est pas linéaire et nécessite des aller-retours fréquents entre les centres de traitement des brûlés (CTB) et les services de SMR. La prise en charge en SMR brûlés ne relève pas assurément d'une prise en charge en aval d'une hospitalisation aigüe. Certains patients sont orientés directement vers un SMR, soit dans l'attente d'une chirurgie (afin de bénéficier de pansements et de rééducation préopératoire permettant l'amélioration de la cicatrisation et facilitant la chirurgie) ; soit dans le cadre d'une prise en charge de complications secondaires pour des brûlures initialement mal orientées.
Si les patients souffrant de brûlures particulièrement graves (immolation etc.) sont orientés quasi-systématiquement vers les centres de traitement des brûlés (CTB) des CHU on constate que, en moyenne chaque année, 25% des séjours pour brûlures sont réalisés en dehors d'une unité spécialisée. Il s'agit principalement de brûlures identifiées, parfois à tort, comme sans gravité apparente mais qui pouvant avoir d'importantes séquelles fonctionnelles ou esthétiques à terme.

	CHU	Hors CHU	Part CHU
22Z02 - Brûlures étendues	22	4	85%
22C03 - Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interv. chir.	32	2	94%
22Z03 - Brûlures avec transfert vers un autre établissement MCO séjours < 2 jours	19	45	30%
22K02 - Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	88	1	99%
22C02 - Brûlures non étendues avec greffe cutanée	178	0	100%
22M02 - Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale	247	158	61%

Source : PMSI – ATIH

Le tableau ci-dessus recense le nombre de séjours relevant de la CMD 22 (catégorie majeure de diagnostic – brûlures) en 2021 en Occitanie. Certaines brûlures étendues, en nombre limité, ont été prises en charge dans des établissements hors CHU. Par ailleurs, 21% des séjours pour brûlures réalisés hors CHU ont nécessité un transfert vers un autre établissement MCO dans les 48 heures ayant suivi l'admission, pouvant entraîner une perte de chance pour les patients.

Si la lisibilité du parcours des brûlés est plutôt bien ancrée dans les départements disposant d'unité brûlés, elle l'est moins dans les départements périphériques. En effet, en, 2021, la majorité des patients pris en charge au sein d'une unité « brûlés » résidait en Haute-Garonne ou dans l'Hérault. Ces variations ne peuvent s'expliquer par une différence significative d'incidence de la brûlure entre la Haute-Garonne/Hérault et les autres départements de la région, mais plutôt par une différence dans l'orientation des brûlés vers les unités spécialisées, celles-ci étant bien identifiées par les acteurs du premier recours de ces deux départements, ce qui l'est moins dans les autres départements de la région.



Les spécialistes estiment que plusieurs critères justifient le recours à minima à un avis d'expertise et/ou une hospitalisation en unité de traitement des brûlés :

- Brûlures de la face, du cou, des orifices du visage, des mains, du périnée
- Brûlures chez les nourrissons et personnes âgées
- Surface brûlée supérieure à 5% de la surface corporelle (équivalent aux deux paumes de la main)
- Absence de cicatrisation ou d'amélioration de la brûlure dans les 15 jours suivants l'accident
- Enfin, si l'agent causal est chimique (notamment ciment) ou électrique.

Ces critères, qui pourront être revus dans le cadre d'un groupe de travail en présence d'experts en brûlologie, constituent une première approche dans l'objectif d'améliorer l'orientation du patient brûlé dès la survenue de l'accident, afin d'orienter la victime « au bon endroit ». Cet enjeu est primordial quand on connaît les séquelles physiques et psychologiques que peuvent engendrer une brûlure si celle-ci est mal prise en charge.

Enfin, une attention particulière doit être portée aux effectifs médicaux et paramédicaux :

- En effet, de moins en moins de chirurgiens plasticiens et de médecins MPR (MultiPlanar Reconstruction) sont intéressés par une surspécialisation en brûlologie ;
- Le recrutement des masseurs-kinésithérapeutes en établissement de santé est particulièrement complexe (activité libérale privilégiée) ; leur rôle étant indispensable pour assurer une prise en charge complète notamment dans le cadre d'une rééducation en aval d'une hospitalisation.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Fruit des travaux portant sur la réforme des autorisations des activités de soins entamés en 2018, le décret n°2022-702 du 26 avril 2022 **supprime les schémas interrégionaux de l'offre de soins** (SIOS). L'activité de traitement des grands brûlés était intégrée au périmètre de ce schéma. En effet, compte tenu du dimensionnement des nouvelles régions (loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions [...]), ce schéma d'organisation des soins ne présentait plus d'intérêt. Dès 2023, les activités ex-SIOS intègrent le Schéma Régional de Santé.

En attendant les nouveaux décrets encadrant l'activité de traitement des grands brûlés, celle-ci reste régie par le décret n°2007-1237 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés, ainsi que le décret n°2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés. L'application de ces décrets est précisée dans la circulaire DHOS/O4 n°2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

L'activité de traitement des grands brûlés était initialement planifiée dans le cadre des ex-schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) correspondant aux anciennes inter-régions (Sud-Méditerranée et Sud-Ouest).

Zones d'implantation	Modalités/mentions	Existant au 1er juin 2023	Cible
09	Traitement des grands brûlés	0	0
11	Traitement des grands brûlés	0	0
12	Traitement des grands brûlés	0	0
30	Traitement des grands brûlés	0	0
31	Traitement des grands brûlés – Modalité adulte	1	1
	Traitement des grands brûlés – Modalité pédiatrique		1
32	Traitement des grands brûlés	0	0
34	Traitement des grands brûlés – Modalité adulte	1	1
	Traitement des grands brûlés – Modalité pédiatrique		1
46	Traitement des grands brûlés	0	0
48	Traitement des grands brûlés	0	0
65	Traitement des grands brûlés	0	0
66	Traitement des grands brûlés	0	0
81	Traitement des grands brûlés	0	0
82	Traitement des grands brûlés	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présenté ci-dessus, les trois priorités d'action retenues sont :

- **Promouvoir les actions de prévention primaire, ciblées sur les populations à risque**
- **Améliorer l'orientation du patient et l'accès aux soins spécialisés**
- **Développer les compétences et la formation des professionnels :**
  - Chez les sapeurs-pompiers pouvant être amenés, au cours de leurs missions, à prendre en charge des brûlures en premier recours ;
  - Chez les professionnels libéraux, tels que les IDE, afin de permettre la poursuite de la prise en charge de brûlures à domicile.

Transformations – regroupements – coopérations

La prise en charge des brûlés en phase aigüe doit rester une activité de recours exercée au sein des établissements à rayonnement régional, auprès d'une équipe de professionnels disposant d'une expertise en brûlologie. En ce sens, l'offre de soins n'a pas vocation à évoluer pour les 5 prochaines années.

Cependant, afin d'améliorer l'orientation du patient brûlé et le recours aux avis d'expert, le développement d'un système de type « SOS brûlures » peut être envisagé, afin d'encourager et de formaliser le recours à la télé-expertise, notamment pour les brûlures considérées comme graves au regard des critères de gravité établis par les sociétés savantes.

Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Neurochirurgie

Éléments de diagnostic

Cette activité correspond à la prise en charge par des neurochirurgiens des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux. Ces pathologies peuvent être des tumeurs, traumatismes, hydrocéphalies ou maladies neurodégénératives.
La neurochirurgie fonctionnelle permet de moduler le fonctionnement de réseaux de neurones impliqués dans la gestion de mouvements, du comportement ou de la douleur, afin de modifier leur activité à des fins thérapeutiques (atténuation de symptômes).
La radiochirurgie crânienne en conditions stéréotaxiques permet d'identifier, grâce à un système de coordonnées 3D, puis de cibler avec une très grande précision une lésion intracrânienne afin d'y concentrer un rayonnement gamma de haute énergie.

Il est à noter que les interventions se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière, relèvent de l'activité de chirurgie et non de la neurochirurgie.

En 2023, sept établissements disposent de l'autorisation de réaliser ce type d'interventions en Occitanie : GCS Neurochirurgie du Gard (30), CHU de Toulouse (31), clinique de l'Union (31), clinique des Cèdres (31), CHU de Montpellier (34), clinique du Millénaire (34) et CH de Perpignan (66).

L'Occitanie est la région disposant de la plus forte densité d'établissements autorisés pour l'activité adulte. Elle se situe dans la moyenne pour la modalité pédiatrique.

L'activité régionale auprès des adultes apparaît stable sur la période 2018-2021 (environ 4 200 séjours). 58% de ces séjours sont réalisés en Haute-Garonne. Les taux de recours départementaux apparaissent très homogènes (70 séjours pour 100 000 habitants en 2021), à l'exception de l'Hérault (55) et du Gers (90).

Les taux de « fuites » extrarégionales (11%) et taux d'accueil (13%) s'équilibrent en région. Le Gard et les Hautes-Pyrénées se singularisent par leur taux de fuite supérieurs (respectivement 25 et 55% des patients de ces départements pris en charge hors région) ; le Gard également, par un accueil important de personnes habitant hors région (38% des patients du département).

L'activité régionale pédiatrique connaît un repli de 18% entre 2018 (400 séjours) et 2021 (327), se répartissant à parts égales entre Haute-Garonne et Hérault. Là encore, taux de fuite (12%) et taux d'accueil (15%) sont proches.

L'évolution à la baisse des données d'incidence des tumeurs du système nerveux central (période 1990-2018) et du nombre de blessés à la suite d'accidents de la circulation (2011-2021) laissent présager une augmentation globale faible à modérée des volumes d'activité de la discipline durant la période 2023-2028. Celle-ci sera avant tout portée par la dynamique démographique régionale (augmentation prévisible de 13% de la population entre 2015 et 2035 selon l'INSEE) et le vieillissement attendu de sa population (+ 194 000 personnes entre 2022 et 2028 dont 90% de personnes de plus de 65 ans).

Ainsi, il apparaît nécessaire de maintenir un maillage territorial suffisant pour permettre un accès à la neurochirurgie adulte en plusieurs points de la région, ainsi qu'à l'offre pédiatrique dans chaque hémi-région.

Cette activité, en partie non programmée (environ 20%) est marquée par la forte progression des demandes d'avis à distance, fruit du déploiement complet du volet neurochirurgie de l'outil régional TéléO (GRADeS e-santé Occitanie), dans le cadre du développement de la coopération inter-établissements notamment en gestion des urgences neurochirurgicales et des accidents vasculaires cérébraux (AVC). En effet, la demande d'avis auprès d'un centre de recours est considérée comme un levier d'amélioration de la qualité des prises en charge, de rationalisation des transferts et de meilleure gestion des capacités des centres de recours.

Enfin, la spécificité des interventions neurochirurgicales nécessite, en miroir, une vigilance en matière de prise en charge post-opératoire des patients porteurs de pathologies lourdes, en termes de capacité d'accueil, d'expertise pluridisciplinaire et de maillage territorial de l'offre de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Cette activité est régie, notamment, par les décrets 2007-364 (conditions d'implantation) et 2007-365 (conditions techniques de fonctionnement) du 19 mars 2007 ainsi que par l'arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie (seuil de 100 actes portant sur la sphère crânio-encéphalique auprès des adultes).

Les décrets du 29 décembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des activités de chirurgie, chirurgie cardiaque et neurochirurgie prévoient essentiellement l'obligation de renseignement de registres professionnels d'observation des pratiques en neurochirurgie.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

L'activité de neurochirurgie était initialement planifiée dans le cadre des ex Schémas Interrégionaux d'Organisation des Soins (SIOS) correspondant aux anciennes inter-régions (Sud-Méditerranée et Sud-Ouest).

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023	Cible
09	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
11	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
12	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
30	Neurochirurgie	1	1
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
31	Neurochirurgie	3	3
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	3	3
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	3	3
	Neurochirurgie pédiatrique	1	1
32	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
34	Neurochirurgie	2	2
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	2	2
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	2	2
	Neurochirurgie pédiatrique	1	1
46	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
48	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0

65	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
66	Neurochirurgie	1	1
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
81	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0
82	Neurochirurgie	0	0
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	0	0
	Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	0	0
	Neurochirurgie pédiatrique	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessous, deux grandes priorités d'action ont été retenues :

- **Améliorer l'organisation du processus de demande d'avis spécialisé en neurochirurgie**
  - Approfondir le diagnostic de la nature et du contexte des sollicitations évitables auprès des centres de recours
  - Définir un cadre régional des modalités de sollicitations des centres de neurochirurgie par les équipes territoriales d'urgences, dans une approche collaborative (démarche qualité)

- **Fluidifier la prise en charge post-opératoire dans une démarche pluridisciplinaire**
  - Engager une réflexion sur l'adéquation des prises en charge aux besoins de patients, en lien avec l'évolution réglementaire de l'offre en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neurologie

Éléments de diagnostic

Cette activité, réalisée par des neuroradiologues interventionnels, consiste en la réalisation d'actes mini-invasifs portant sur la sphère cérébrale, guidés par imagerie radiologique. Elle permet notamment le traitement de pathologies vasculaires du système nerveux central : anévrismes cérébraux, malformations artério-veineuses ou accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCi) en phase aigüe. Les principaux actes associés à ces pathologies sont les artériographies, embolisations d'anévrisme, angioplasties / dilatations artérielles et thrombectomies mécaniques.

Il est à noter que la pratique exclusive d'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux relève de l'activité de chirurgie.

En 2023, trois établissements disposent de l'autorisation de réaliser ce type d'interventions en Occitanie : CHU de Toulouse (31), clinique des Cèdres (31) et CHU de Montpellier (34). Afin d'apporter une réponse de plus grande proximité aux besoins d'intervention urgents en contexte d'AVCi, deux autres établissements disposent depuis fin 2019 d'une reconnaissance contractuelle de l'ARS permettant la réalisation exclusive des actes de thrombectomie mécanique : le CHU de Nîmes (30) et le CH de Perpignan (66).

La densité régionale d'établissements autorisés pour cette activité et reconnus pour les actes de thrombectomie est supérieure à la moyenne nationale.

L'activité régionale auprès des adultes est en croissance de 13% sur la période 2018 (3 800 actes) - 2021 (4 300). La moitié concerne des artériographies (+ 26% sur la période), examens complémentaires aux actes non-invasifs (IRM notamment) réalisés en amont de la décision de prise en charge thérapeutique. En 2021, on compte près de 750 thrombectomies mécaniques (+ 4% par rapport à 2018) et 438 dilatations artérielles (+ 35%).
Les taux de recours départementaux apparaissent homogènes (53 séjours pour 100 000 habitants en moyenne régionale en 2021), à l'exception du Tarn-et-Garonne (32 séjours pour 100 000 habitants en 2021).

Les taux de « fuites » extrarégionales (6%) et d'accueil (8%) sont limités et s'équilibrent. Toutefois, le Gers, le Lot et les Hautes-Pyrénées se singularisent par leur taux de fuite supérieur (respectivement 23, 28 et 34% des patients de ces départements pris en charge hors région). Il est à noter que la moitié de l'activité des établissements autorisés en Haute-Garonne concerne des patients résidant en Occitanie mais pas en Haute-Garonne.

Enfin, l'activité régionale pédiatrique est marginale (entre 30 et 40 séjours annuels), donnant lieu toutefois à d'importants flux inter-régionaux (taux de fuite 28%, taux d'accueil 33%).

En France, la prévalence des malformations artério-veineuse (MAVc) est estimée à 10 pour 100 000 habitants dont seulement 10% sont détectées, soit un potentiel maximal d'environ 600 patients en Occitanie. Le risque de rupture d'un anévrisme concerne environ 1 habitant sur 10 000 par an en France soit environ 600 personnes en Occitanie, le plus souvent âgées de 35 à 60 ans. Ces éléments plaident pour une évolution modérée des besoins régionaux en la matière pour la période 2023-2028, en lien avec la dynamique démographique de la région.

En revanche, la thrombectomie mécanique s'impose comme le traitement de référence de l'AVCi par rapport à l'option médicale (thrombolyse intraveineuse), jusqu'à 24 heures après le début des symptômes. La progression du nombre de ces interventions, initiée en France dès 2014, est appelée à se poursuivre. Elle concernera particulièrement l'Occitanie en raison de la montée en charge des centres de Nîmes et Perpignan et des perspectives de vieillissement de la population.
Il conviendra de tenir compte du caractère non différable de ce type d'intervention pour éviter toute perte de chance, qui donne lieu à une organisation des équipes de plus en plus tournée vers la permanence des soins et les sollicitations des établissements « périphériques », en lien étroit avec les unités neuro-vasculaires (UNV). En Occitanie Ouest, le délai global de prise en charge du patient victime d'AVCi doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu des distances kilométriques parfois importantes séparant les établissements.

Il importe enfin d'accompagner la progression d'activité pouvant être suscitée par de nouvelles indications de traitement interventionnel des hématomes sous-duraux (HSD) et hypertensions intracrâniennes (HTIC), en substitution progressive d'actes neurochirurgicaux, pour un potentiel d'environ 600 actes annuels.

Or, cette discipline repose sur un nombre restreint de professionnels surspécialisés (30 environ) dont les perspectives d'accroissement limitées d'ici 2028 et l'inégale répartition entre hémi-régions Est Occitanie (2/3 des effectifs) et Ouest Occitanie (1/3) sont à prendre en compte.

En conséquence, il apparaît nécessaire de stabiliser le nombre de structures autorisées en adaptant l'offre, afin de prendre en charge un nombre plus important de patients sur les sites existants, sécuriser la permanence des soins par l'organisation d'un réseau de coopérations inter-établissements et optimiser l'exploitation et le suivi des usages des outils de télémédecine.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Cette activité est régie par les décrets 2022-21 (conditions d'implantation) et 2022-22 (conditions techniques de fonctionnement) du 10 janvier 2022 ainsi que par l'arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

Le décret 2022-21 du 10 janvier 2022 instaure une gradation des soins par l'autorisation des titulaires selon 2 mentions :

- A, comprenant uniquement la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'AVCi aigu, dans le cadre d'une convention avec un site autorisé sous mention B, en garantissant l'accès à un plateau de neurochirurgie ;
- B, comprenant l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie et nécessitant la présence sur place d'une unité de neurochirurgie.

Le décret 2022-21 du 10 janvier 2022 prévoit l'obligation de présence sur place, dans le cadre de la permanence des soins, d'un médecin spécialisé en neurologie ou d'un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire (UNV).

Enfin, l'arrêté du 10 janvier 2022 établit un seuil de 60 actes de thrombectomie mécanique pour la mention A et de 140 actes interventionnels thérapeutiques pour la mention B.

La conjugaison de ces différentes exigences joue un rôle fortement structurant de l'offre régionale en neuroradiologie interventionnelle.

L'activité de neuroradiologie interventionnelle était initialement planifiée dans le cadre des ex Schémas Interrégionaux d'Organisation des Soins (SIOS) correspondant aux anciennes inter-régions (Sud-Méditerranée et Sud-Ouest).

Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

Zones d'implantation	Activité	Existant au 01/06/2023
09	Neuroradiologie interventionnelle	0
11	Neuroradiologie interventionnelle	0
12	Neuroradiologie interventionnelle	0
30	Neuroradiologie interventionnelle	0
31	Neuroradiologie interventionnelle	2
32	Neuroradiologie interventionnelle	0
34	Neuroradiologie interventionnelle	1
46	Neuroradiologie interventionnelle	0
48	Neuroradiologie interventionnelle	0
65	Neuroradiologie interventionnelle	0
66	Neuroradiologie interventionnelle	0
81	Neuroradiologie interventionnelle	0
82	Neuroradiologie interventionnelle	0

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de neuroradiologie interventionnelle

Zones d'implantation	Mentions	Cibles
09	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
11	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
12	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
30	A – Thrombectomie mécanique	1
	B – Tous actes	0
31	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	2
32	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
34	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	1
46	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
48	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
65	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
66	A – Thrombectomie mécanique	1
	B – Tous actes	0
81	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0
82	A – Thrombectomie mécanique	0
	B – Tous actes	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostics présentés ci-dessous, trois grandes priorités d'action ont été retenues :

- **Optimiser le parcours de prise en charge des patients victimes d'AVCi relevant d'une thrombectomie mécanique**
  - Stabiliser le fonctionnement des UNV fragiles, en articulation avec la filière AVC (Soutien aux UNV)
  - Consolider la permanence des soins en neurologie et neuroradiologie interventionnelle
  - Améliorer les conditions de transfert des patients vers les centres de neuroradiologie interventionnelle, particulièrement en hémi-région Ouest Occitanie, en articulation avec la filière AVC (SAMU & transports sanitaires)

- **Accompagner la mise en œuvre de la réforme des autorisations**
  - Développer et formaliser la coopération inter-établissements, en permanence des soins et hémi-région Ouest Occitanie
  - Sécuriser l'évolution des centres de thrombectomie mécanique d'hémi-région Est Occitanie, en montée en charge, vers un statut d'établissement autorisé de mention A

- **Adapter l'offre à la progression attendue des besoins**
  - Evaluer au fil du PRS III le volume d'activité prévisionnel supplémentaire lié à la diffusion des nouvelles indications (HTIC, HSD)
  - Améliorer l'accessibilité à la thrombectomie mécanique en hémi-région Ouest Occitanie en ajustant les modalités de coopération des centres concernés

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Biologie médicale

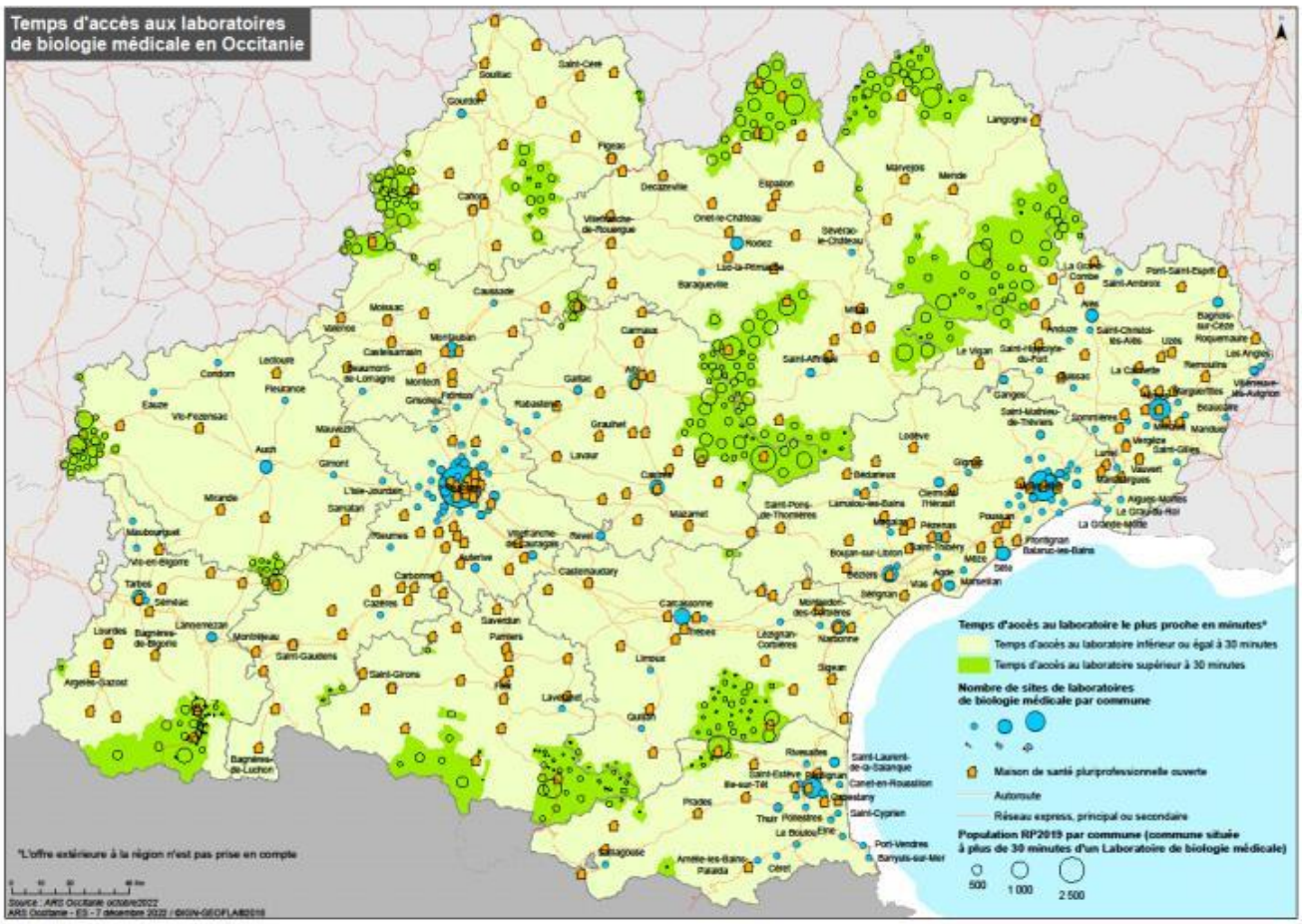
Éléments de diagnostic

Depuis les lois de 2010 et 2013, le laboratoire de biologie médicale (LBM) est une structure juridique qui peut regrouper plusieurs sites (implantations géographiques) où l'on réalise plusieurs (ou toutes) les phases d'un examen de biologie médicale (pré analytique, analytique et post analytique). Les sites où a lieu la phase analytique sont appelés plateaux techniques.

Densité

Le nombre de laboratoires de biologie médicale médicaux a diminué sur les 5 dernières années à la suite de fusions-absorptions.
Le nombre de sites, et par conséquent la densité de sites pour 100 000 habitants, est toutefois resté quasiment constant sur cette période.
L'analyse cartographique montre que l'implantation des sites est globalement corrélée à l'implantation de la population. C'est ainsi que l'on retrouve de nombreux sites dans les métropoles régionales et le long du littoral.

Le temps d'accès au site de prélèvement supérieur à 30 minutes et le délai de rendu des résultats constituent des points de vigilance.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

	Zone Définie dans le PRS	Aude 11	Gard 30	Hérault 34	Lozère 48	Pyrénées Orientales 66	Ariège 09	Aveyron 12	Hte Garonne 31	Gers 32	Lot 46	Htes Pyrénées 65	Tarn 81	Tarn et Garonne 82	TOTAL OCCITANIE
EJ*	2016	9	6	9	2	7	2	7	21	3	2	6	7	1	**82**
	2017	9	6	9	2	7	2	7	21	3	2	6	7	1	**82**
	2018	5	6	7	2	6	2	6	20	3	2	6	7	0	**72**
	2019	5	6	7	2	6	2	6	15	3	2	5	5	0	**64**
	2020	5	5	7	2	5	2	6	11	3	1	3	4	0	**54**
	2021	5	5	8	1	5	2	5	11	3	1	3	4	0	**53**
ET*	2016	18	57	93	4	42	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	**214**
	2017	16	46	84	5	33	8	20	121	13	10	17	22	17	**412**
	2018	16	46	83	5	32	8	17	121	13	10	18	24	15	**408**
	2019	14	45	85	5	32	8	17	120	13	10	17	24	15	**405**
	2020	19	43	91	5	34	9	17	117	13	10	16	22	15	**411**
	2021	19	46	90	4	34	9	16	117	13	9	16	22	15	**410**
Population	2016	364 877	733 201	1 092 331	76 607	462 705	152 684	277 740	1 298 562	190 276	173 758	228 868	381 927	250 342	**5 683 878**
	2017	366 957	738 189	1 120 190	76 309	471 038	152 499	279 169	1 335 103	190 932	173 400	228 582	386 543	255 274	**5 774 185**
	2018	368 015	742 006	1 132 481	75 949	474 369	153 067	278 697	1 348 183	190 664	173 347	227 829	386 448	256 897	**5 807 952**
	2019	370 260	744 178	1 144 892	76 601	474 452	153 153	279 206	1 362 672	191 091	173 828	228 530	387 890	258 349	**5 845 102**
	2020	372 806	745 458	1 159 220	76 250	476 357	153 066	279 274	1 380 672	191 283	173 929	229 191	388 596	259 124	**5 885 226**
	2021	374 070	748 437	1 175 623	76 604	479 979	153 287	279 595	1 400 039	191 377	174 094	229 567	389 844	260 669	**5 933 185**
Densité ET / 100 000 habitants	2016	4,93	7,77	8,51	5,22	9,08	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	*NC*	**3,77**
	2017	4,36	6,23	7,50	6,55	7,01	5,25	7,16	9,06	6,81	5,77	7,44	5,69	6,66	**7,14**
	2018	4,35	6,20	7,33	6,58	6,75	5,23	6,10	8,98	6,82	5,77	7,90	6,21	5,84	**7,02**
	2019	3,78	6,05	7,42	6,53	6,74	5,22	6,09	8,81	6,80	5,75	7,44	6,19	5,81	**6,93**
	2020	5,10	5,77	7,85	6,56	7,14	5,88	6,09	8,47	6,80	5,75	6,98	5,66	5,79	**6,98**
	2021	5,08	6,15	7,66	5,22	7,08	5,87	5,72	8,36	6,79	5,17	6,97	5,64	5,75	**6,91**

Source: Bio2, INSEE

** Données au 4 juin 2022*

Données d'activité

Le nombre d'examens de biologie médicale par habitant a progressé sur cette période de 5 ans dans tous les départements d'Occitanie, notamment à partir de 2020, en lien avec l'augmentation de la population, son vieillissement, et le développement du dépistage par test PCR dans le cadre de la crise COVID 19.

	Zone Définie dans le PRS	**11**	**30**	**34**	**48**	**66**	**09**	**12**	**31**	**32**	**Lot 46**	**Htes Pyrénées 65**	**Tarn 81**	**Tarn et Garonne 82**	**TOTAL OCCITANIE**
Examens prélevés	*2016*	6 598 117	12 570 942	23 876 931	1 192 833	7 723 475	2 570 333	5 410 808	27 586 198	2 865 001	2 942 059	5 643 862	6 256 912	3 164 634	108 402 105
	2017	6 213 795	13 045 645	24 676 792	1 126 352	7 952 788	2 298 655	5 192 272	22 050 519	2 992 223	2 907 250	4 273 271	4 824 960	3 349 709	100 904 231
	2018	6 284 682	13 514 616	25 500 453	1 253 676	8 250 255	2 389 968	**1 952 577**	19 959 697	2 309 761	2 437 111	4 636 791	4 557 029	1 818 330	94 864 946
	2019	6 536 568	13 822 063	26 898 552	*1 253 676*	8 149 598	2 551 861	4 768 350	20 881 815	2 238 366	**1 278 780**	4 680 156	4 849 733	3093121	101 002 639
	2020	8 013 942	17 165 296	30 741 286	1 601 845	8 945 593	2 782 318	4 983 512	30 618 966	3 416 953	3 182 034	6 303 092	7 070 483	3 548 778	128 374 098
	2021	8 712 881	17 691 599	34 586 171	1 115 885	10 427 993	3 071 891	5 441 809	30 665 460	3 635 414	3 135 439	5 927 586	6 912 970	3 945 711	135 270 809
Population	*2016*	364 877	733 201	1 092 331	76 607	462 705	152 684	277 740	1 298 562	190 276	173 758	228 868	381 927	250 342	5 683 878
	2017	366 957	738 189	1 120 190	76 309	471 038	152 499	279 169	1 335 103	190 932	173 400	228 582	386 543	255 274	5 774 185
	2018	368 015	742 006	1 132 481	75 949	474 369	153 067	278 697	1 348 183	190 664	173 347	227 829	386 448	256 897	5 807 952
	2019	370 260	744 178	1 144 892	76 601	474 452	153 153	279 206	1 362 672	191 091	173 828	228 530	387 890	258 349	5 845 102
	2020	372 806	745 458	1 159 220	76 250	476 357	153 066	279 274	1 380 672	191 283	173 929	229 191	388 596	259 124	5 885 226
	2021	374 070	748 437	1 175 623	76 604	479 979	153 287	279 595	1 400 039	191 377	174 094	229 567	389 844	260 669	5 933 185
Examens / Habitant	2016	18,08	17,15	21,86	15,57	16,69	16,83	19,48	21,24	15,06	16,93	24,66	16,38	12,64	19,07
	2017	16,93	17,67	22,03	14,76	16,88	15,07	18,60	16,52	15,67	16,77	18,69	12,48	13,12	17,48
	2018	17,08	18,21	22,52	16,51	17,39	15,61	7,01	14,80	12,11	14,06	20,35	11,79	7,08	16,33
	2019	17,65	18,57	23,49	16,37	17,18	16,66	17,08	15,32	11,71	7,36	20,48	12,50	11,97	17,28
	2020	21,50	23,03	26,52	21,01	18,78	18,18	17,84	22,18	17,86	18,30	27,50	18,19	13,70	21,81
	2021	23,29	23,64	29,42	14,57	21,73	20,04	19,46	21,90	19,00	18,01	25,82	17,73	15,14	22,80

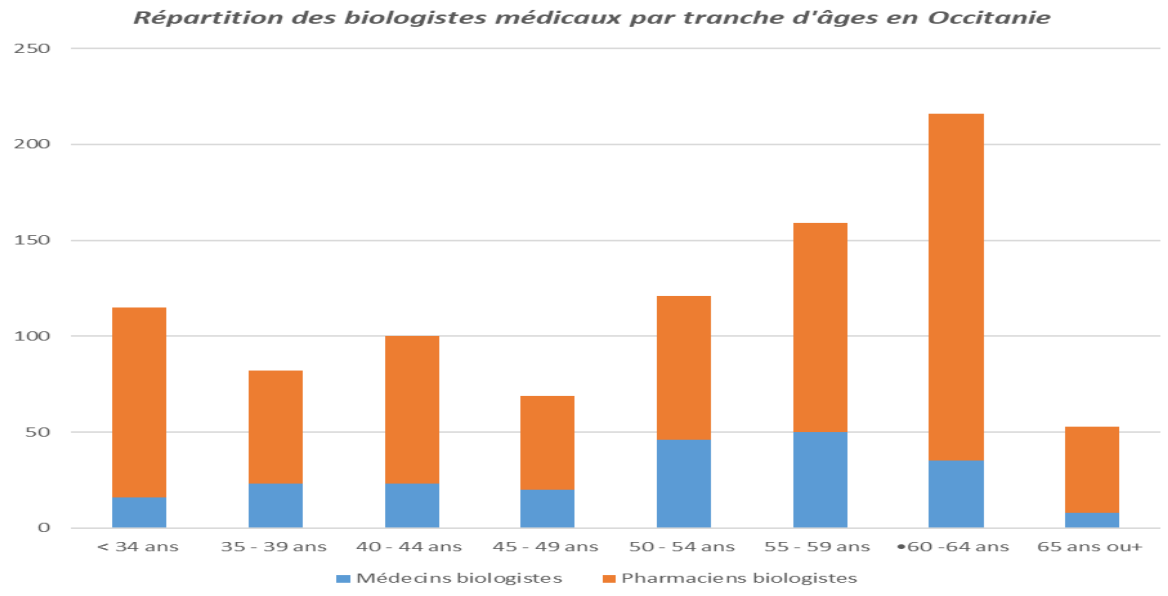
Ressources humaines.

Le nombre de biologistes médicaux (qu'ils soient issus de la filière médicale ou pharmaceutique) a diminué. Règlementairement, il doit y avoir au minimum un biologiste médical par site.

La diminution des effectifs a été de 8% entre 2017 et 2021.

Le nombre de professionnels formés, ne compense pas le nombre de départs à la retraite dans un contexte de quasi-stabilité des ouvertures de postes aux épreuves classantes nationales (ECN) et au concours national d'internat de pharmacie.

Densité en biologistes (/100 000 hab.)		
Année	**2017**	**2021**
Biologistes médecins	236	221
Biologistes pharmaciens	756	694
Total	992	915
Population	5 774 185	5 993 185
Densité Biologistes médecins	4.08	3.72
Densité Biologistes pharmaciens	13.09	11.69
Densité globale Biologistes	17.17	15.42



L'attractivité professionnelle et l'attractivité territoriale constituent des domaines de vigilance.

Zonage

Les Agences Régionales de Santé délimitent les zones (territoires de santé) donnant lieu, pour les laboratoires de biologie médicale, à l'application des règles de territorialité issues du code de la santé publique :

- L'activité de prélèvements rattachée à la zone (article L 6211-16) ;
- La participation à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur la zone (L 6212-3) ;
- Les contrats de coopération entre LBM (L 6212-6) ;
- Les règles prudentielles (L 6222-2/L 6222-3/L 6223-4) ;
- L'implantation limitée à 3 zones limitrophes (L 6222-5).

La détermination de ces zones (R 1434-31 du CSP) vise à garantir l'absence d'atteinte à la continuité de l'offre, l'accessibilité géographique aux sites de prélèvement et le rendu des résultats des examens dans des délais compatibles avec l'urgence et les besoins.

La taille du territoire de santé définie dans le PRS 2 de la région Occitanie est le département et cette dernière est reconduite dans le cadre du PRS3.

Les objectifs du PRS3

Il s'agit de continuer d'accompagner la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale engagée en 2010 sur des objectifs d'efficience, de qualité et d'accès aux soins. Ce qui se décline en plusieurs points :

- Encadrer le regroupement des laboratoires de biologie médicale en veillant à la répartition de l'offre dans le but maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie, dans un délai compatible avec l'état de l'art et l'état clinique du patient, dont les urgences ;
- Veiller aux règles de répartition territoriale (articles L6222-2, L6222-3, L6222-5 du CSP) ;
- Définir les besoins en offre de biologie médicale de la population de façon à en garantir l'accès ;
- Garantir la qualité et la fiabilité des résultats : par l'accréditation des laboratoires, par le dialogue biologiste / clinicien ;
- Améliorer la pertinence de la prescription des examens dans les établissements de santé publics et privés ;
- Améliorer pour les prescripteurs (et notamment les médecins) l'accès aux examens de biologie médicale, en période de permanence des soins ambulatoires.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Depuis la loi du 17 juin 2020, l'accréditation se fait désormais par ligne de portée, laquelle est règlementairement considérée comme accréditée dès lors qu'un ou des examens représentatifs de ladite ligne de portée associant les compétences professionnelles communes sont accrédités par le Cofrac (Comité Français d'Accréditation). Un LBM est considéré comme accrédité à 100% (pour la totalité de son activité) lorsque l'ensemble des lignes de portée est accrédité et non plus lorsque l'ensemble des examens réalisés est accrédité.

Il est à noter que les dispositions de l'arrêté du 26 novembre 1999 relative à la bonne exécution des analyses de biologie médicale ont été abrogées par l'arrêté du 31 août 2022.

Impact éventuel des évolutions règlementaires

Essor de la biologie délocalisée
Activité liée aux examens réputés urgents et aux délais de rendu des résultats rapides nécessité par l'état clinique du patient (projets de texte non publiés, réglementation en attente de stabilisation).

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Le tableau suivant indique, pour chaque territoire de santé, le plafond d'examens de biologie médicale, au-delà duquel le droit d'opposition du Directeur Général de l'ARS à l'ouverture d'un laboratoire ou d'un site, et le taux de saturation de ce plafond pour l'offre existante.

Le schéma régional de santé définit les besoins quantitatifs en nombre d'examens de la population de chaque territoire.
Les besoins sont fixés au plus près de la consommation par habitant* :
- Pour les départements en dessous du nombre d'examens par habitant régional à partir du nombre d'examens par habitant départemental + 25% ;
- Pour les départements au-dessus du nombre d'examens par habitant régional à partir du nombre d'examens par habitant régional + 25%.
*nombre examens / habitant 2021 sans les examens relatifs au diagnostic COVID 19 par PCR

Ce tableau est élaboré à partir de la déclaration d'activité annuelle des laboratoires de biologie médicale. La population départementale est issue des recensements annuels de l'INSEE.

Une évolution possible de ce nombre d'examens par habitant pourrait être liée notamment :

- A l'augmentation de la population et au vieillissement de celle-ci ;
- A l'essor des maladies chroniques nécessitant un suivi biologique ;
- Au développement de l'approche théranostique des cancers (médecine personnalisée) favorisant une thérapie personnalisée mieux ciblée (biomarqueurs) sûre et efficace (tests compagnons) ;
- Au renforcement de l'automatisation et de la miniaturisation des technologies ;
- Au développement de la biologie délocalisée ;
- Au renforcement de la médicalisation de la biologie médicale ;
- Au développement des autotests, des tests d'orientation de diagnostic rapide (trod), et des automates d'autotests par les patients (« santé connectée ») ;
- A l'inscription à la nomenclature des actes de biologie des examens innovants.

Zone définie dans le PRS	11	30	34	48	66	9	12	31	32	46	65	81	82	SOMME
Examens prélevés 2016	6 598 117	12 570 942	23 876 931	1 192 833	7 723 475	2 570 333	5 410 808	27 586 198	2 865 001	2 942 059	5 643 862	6 256 912	3 164 634	108 402 105
Examens prélevés 2017	6 213 795	13 045 645	24 676 792	1 126 352	7 952 788	2 298 655	5 192 272	22 050 519	2 992 223	2 907 250	4 273 271	4 824 960	3 349 709	100 904 231
Examens prélevés 2018	6 284 682	13 514 616	25 500 453	1 253 676	8 250 255	2 389 968	1 952 577	19 959 697	2 309 761	2 437 111	4 636 791	4 557 029	1 818 330	94 864 946
Examens prélevés 2019	6 536 568	13 822 063	26 898 552	1 253 676	8 149 598	2 551 861	4 768 350	20 881 815	2 238 366	1 278 780	4 680 156	4 849 733	3093121	101 002 639
Examens prélevés 2020	8 013 942	17 165 296	30 741 286	1 601 845	8 945 593	2 782 318	4 983 512	30 618 966	3 416 953	3 182 034	6 303 092	7 070 483	3 548 778	128 374 098
Test covid 2020	180 599	392 048	695 720	2 939	243 824	64 825	154 295	939 629	62 612	58 034	100 379	110 117	104 986	3 110 007
Examens prélevés 2020 sans test covid	7 833 343	16 773 248	30 045 566	1 598 906	8 701 769	2 717 493	4 829 217	29 679 337	3 354 341	3 124 000	6 202 713	6 960 366	3 443 792	125 264 091
Examens prélevés 2021	8 712 881	17 691 599	34 586 171	1 115 885	10 427 993	3 071 891	5 441 809	30 665 460	3 635 414	3 135 439	5 927 586	6 912 970	3 945 711	135 270 809
Test covid 2021	595 386	1 061 006	1 753 234	27 366	773 455	237 027	362 857	2 096 087	169 427	166 740	296 090	393 108	292 724	8 224 507
Examens prélevés 2021 sans test covid	8 117 495	16 630 593	32 832 937	1 088 519	9 654 538	2 834 864	5 078 952	28 569 373	3 465 987	2 968 699	5 631 496	6 519 862	3 652 987	127 046 302
Population 2016	364 877	733 201	1 092 331	76 607	462 705	152 684	277 740	1 298 562	190 276	173 758	228 868	381 927	250 342	5 683 878
Population 2017	366 957	738 189	1 120 190	76 309	471 038	152 499	279 169	1 335 103	190 932	173 400	228 582	386 543	255 274	5 774 185
Population 2018	368 015	742 006	1 132 481	75 949	474 369	153 067	278 697	1 348 183	190 664	173 347	227 829	386 448	256 897	5 807 952
Population 2019	370 260	744 178	1 144 892	76 601	474 452	153 153	279 206	1 362 672	191 091	173 828	228 530	387 890	258 349	5 845 102
Population 2020	372 806	745 458	1 159 220	76 250	476 357	153 066	279 274	1 380 672	191 283	173 929	229 191	388 596	259 124	5 885 226
Population 2021	374 070	748 437	1 175 623	76 604	479 979	153 287	279 595	1 400 039	191 377	174 094	229 567	389 844	260 669	5 933 185
examens/habitant 2016	18,08	17,15	21,86	15,57	16,69	16,83	19,48	21,24	15,06	16,93	24,66	16,38	12,64	19,07
examens/habitant 2017	16,93	17,67	22,03	14,76	16,88	15,07	18,60	16,52	15,67	16,77	18,69	12,48	13,12	17,48
examens/habitant 2018	17,08	18,21	22,52	16,51	17,39	15,61	7,01	14,80	12,11	14,06	20,35	11,79	7,08	16,33
examens/habitant 2019	17,65	18,57	23,49	16,37	17,18	16,66	17,08	15,32	11,71	7,36	20,48	12,50	11,97	17,28
examens/habitant 2020	21,50	23,03	26,52	21,01	18,78	18,18	**17,84**	22,18	17,86	18,30	27,50	18,19	13,70	21,81
examens/habitant 2021	23,29	23,64	29,42	14,57	21,73	20,04	19,46	21,90	19,00	18,01	25,82	17,73	15,14	22,80
examens/habitant 2020 sans test covid	21,01	22,50	25,92	20,97	18,27	17,75	17,29	21,50	17,54	17,96	27,06	17,91	13,29	21,28
examens/habitant 2021 sans test covid	21,70	22,22	27,93	14,21	20,11	18,49	18,17	20,41	18,11	17,05	24,53	16,72	14,01	21,41
Besoins SRS (exam/hab 2021)	23,29	23,64	29,42	14,57	21,73	20,04	19,46	21,90	19,00	18,01	25,82	17,73	15,14	22,80
Besoins SRS (exam/hab 2021) sans test covid	21,70	22,22	27,93	14,21	20,11	18,49	18,17	20,41	18,11	17,05	24,53	16,72	14,01	21,41
Besoins 2021+ 25% L6222-2 (seuil intervention ARS)	28,50	28,50	28,50	18,21	27,16	25,05	24,33	27,38	23,75	22,51	28,50	22,17	18,92	28,50
Besoins 2021+ 25% L6222-2 (seuil intervention ARS) sans test covid	26,76	26,76	26,76	17,76	25,14	23,12	22,71	25,51	22,64	21,32	26,76	20,91	17,52	26,77
Taux de Saturation de l'offre existante / 2021	82%	83%	103%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	91%	80%	80%	80%
Taux de Saturation de l'offre existante / 2021 sans test covid	81%	83%	104%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	92%	80%	80%	80%

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, trois priorités d'action ont été retenues :

- **Améliorer la pertinence de la prescription des examens de biologie médicale en établissements de santé**
- **Accès aux examens de biologie médicale en période de permanence des soins ambulatoires**
- **Adéquation de l'implantation des sites de LBM à la répartition de la population, maintenant les sites de proximité**

Transformations – regroupements – coopérations

Plusieurs groupements de coopérations sanitaires ont été constitués entre des établissement de santé pour l'exploitation en commun d'un laboratoire de biologie médicale.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales

Éléments de diagnostic

L'activité de soins relative aux examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales est une activité clinico-biologique exclusivement hospitalière. Elle s'inscrit dans le cadre de différentes filières de prises en charge spécialisées et notamment pour ce qui concerne les maladies rares, le diagnostic prénatal (DPN), l'aide médicale à la procréation (AMP) et le cancer.

Il convient de souligner que 300 000 personnes sont atteintes de maladies rares en Occitanie dont 80% sont d'origine génétique (source : Maladies rares Occitanie). En outre, près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques (source : INCA-rapport d'activité 2021).

Ces examens étant de plus en plus recommandés en soins courants, en particulier, pour le dépistage du cancer, une progression constante de cette activité est constatée selon les professionnels.

Parallèlement, une augmentation des consultations est rapportée par ces mêmes professionnels, avec des délais de prise en charge pouvant atteindre 12 mois.

Le délai d'obtention des résultats de ces examens, impacté par cette augmentation d'activité, est estimé à environ 9 mois, notamment dans le cadre du cancer alors que certaines prédispositions nécessitent des résultats rapides.

Sur le plan ressources humaines, des disparités territoriales sont relevées pour ce qui concerne les effectifs de médecins qualifiés en génétique. La perspective d'une insuffisance de biologistes médicaux qualifiés en raison du choix préférentiel de ces professionnels pour d'autres domaines d'exercice, se dessine.

Une tendance à la diminution du nombre de techniciens de laboratoire de biologie médicale est relevée en raison de leur réorientation vers d'autres secteurs ou d'une reconversion professionnelle. Une rotation des ingénieurs spécialisés dans ce domaine est rapportée par les professionnels.

Compte tenu de la petite taille des équipes, les professionnels s'interrogent sur la continuité des soins face à l'augmentation de la demande.

Un des facteurs identifiés, limitant la prescription et pouvant impacter l'acquisition d'équipements et le recrutement de personnels qualifiés, est le coût des examens.

Ainsi, les enjeux identifiés pour les années à venir pour cette activité de soins sont notamment de pouvoir répondre à cette demande croissante d'examens des caractéristiques génétiques afin de satisfaire les besoins en soins de la population en limitant, par ailleurs, l'errance diagnostique au travers d'une sensibilisation accrue des professionnels de santé afin de proposer un parcours de santé personnalisé.

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Des travaux portant sur la réforme des autorisations des activités de soins ont été entamés en 2018. Si l'activité de génétique est concernée, les nouveaux décrets encadrant cette activité n'ont pas été publiés à ce jour. Dans l'attente, au moment de la publication du PRS III, l'activité reste régie par les textes suivants :

- Les articles L. 6122-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP) ainsi que les articles R6122-23 et suivants du même code relatifs aux activités de soins ;
- Les articles L. 1131-2-1 à L. 1131-7 du CSP ainsi que les articles R. 1131-1 à R. 1131-20-5 du même code.

La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique met l'accent sur l'information des personnes concernées par ces examens et notamment les répercussions dans la prise en charge.

Par ailleurs, l'activité de génétique est également abordée dans de nombreux plans nationaux.

Le plan France Génomique 2022-2025 prévoit un développement important de cette activité compte-tenu des besoins de la médecine personnalisée.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a pour objectif de réduire significativement le poids des cancers dans le quotidien des Français et marque une volonté forte et partagée d'améliorer l'offre de santé et le service rendu à l'ensemble des concitoyens, sur les champs de la prévention primaire et du dépistage, aux personnes touchées par la maladie, dans leurs parcours de soins.

Le Plan National Maladies Rares 3 met en place une organisation plus efficiente de la prise en charge médicale et sociale tout en permettant à une personne malade et à sa famille d'accéder plus facilement aux avancées de la science.

Le Plan ministériel 2022-2026 pour la procréation, la génétique et l'embryologie humaine (PEGh) développe 5 axes qui visent dans ces domaines à :

- Promouvoir une offre de soins équitable
- Développer la qualité des soins et la sécurité sanitaire
- Suivre les activités et les résultats et développer les actions d'évaluation
- Assurer la veille médicale et scientifique afin d'anticiper et participer aux transitions technologiques
- Communiquer sur l'offre de soins.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Zones d'implantation	Modalités	Existant au 01/06/2023	Cible
09	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
11	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire		
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
12	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
30	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	1	1
	Analyses de génétique moléculaire	1	1
31	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2
	Analyses de génétique moléculaire	2	2
32	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
34	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	2	2
	Analyses de génétique moléculaire	2	1
46	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
48	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
65	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
66	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
81	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0
82	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus, deux grandes priorités d'action ont été identifiées :

Répondre à la demande croissante d'examens des caractéristiques génétiques afin de satisfaire les besoins en soins de la population dans le cadre d'une filière de soins et d'une prise en charge spécialisée, en :

- Réalisant un suivi périodique, par territoire de santé, des effectifs en médecins qualifiés en génétique, en praticiens agréés, en conseiller(e)s en génétique, en psychologues afin d'identifier de potentiels déficits de ces ressources liés, entre autres, aux départs en retraite ;
- Favorisant l'orientation des internes (médecins et biologistes) en proposant des perspectives professionnelles et en promouvant la spécialité ;
- Soutenant les projets innovants des acteurs régionaux en lien avec les opportunités nationales.

Limiter l'errance diagnostique en sensibilisant les professionnels de santé aux maladies génétiques/maladies rares dans la perspective de proposer un parcours de santé personnalisé en :

- Favorisant l'accès à l'ensemble des consultations spécialisées et en soutenant notamment les établissements qui réalisent une activité en oncogénétique ;
- Optimisant l'accès aux diagnostics de précision afin d'améliorer le parcours de soins ;
- Complétant les outils existants afin d'optimiser le parcours de soins (fiche d'adressage, n° unique maladies rares, portail internet…) ;
- Développant la télé-expertise pour l'activité de génétique et plus particulièrement pour les maladies rares ;
- Renforçant notamment la formation/information des praticiens du premier recours.

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Santé des personnes détenues

Éléments de diagnostic

L'Occitanie compte actuellement 16 établissements pénitentiaires pour un total de 4277 places théoriques et 5921 personnes réellement écrouées et hébergées (12 avril 2023) dont plus de 340 matelas au sol.

Ces places se répartissent actuellement sur 12 Maisons d'Arrêt et 9 établissements pour peines (5 centres de détention, 1 maison centrale, 1 établissement pour mineurs et 2 centres de semi-liberté).

L'ARS a pour mission d'accompagner chaque création d'établissement pénitentiaire (EP) en dotant chacun d'entre eux, à minima, d'une unité sanitaire « intra-muros » chargée de la prise en charge sanitaire et de l'organisation des soins somatiques et psychiatriques de niveau 1 des personnes détenues.

L'Occitanie compte aujourd'hui **16 Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaires** (USMP, niveau 1) auxquelles s'ajoutent **2 SAS** (Structure d'Accompagnement à la Sortie) :

- Seysses dans le département de la Haute-Garonne (réhabilitation de 59 places, ouverture totale en mars 2022)
- Montpellier (150 places, ouverture prévue en juin 2023).

Ce parcours gradué de prise en charge psychiatrique est complété par **2 unités de niveau 2 type Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)/Hospitalisation de Jour (HDJ)**. Ces unités, en charge des soins psychiatriques en hospitalisation partielle, sont situées au sein de l'EP de Seysses avec un capacitaire de 18 places ainsi qu'au sein de l'EP de Perpignan avec 13 places théoriques.

Le **niveau 3** de recours régional est assuré, en modalité hospitalisation complète, sur le plan somatique par l'**Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)** de 16 lits portés par le CHU de Toulouse et l'**Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)** de 40 places au centre Hospitalier Gérard Marchant pour les soins psychiatriques y compris en soins libres.

Le dispositif de soins psychiatriques régional va être complété, lors de la 2nde tranche nationale des UHSA, par une UHSA de 40 places portée par le centre hospitalier de Béziers (Hérault) et reposant sur une équipe médicale territoriale en lien étroit avec le CHU de Montpellier.

Les USMP peuvent aussi s'appuyer sur des filières et prises en charge spécialisées pour les auteurs de violences sexuelles à travers 3 antennes DSAVS (Dispositif de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles) - CRIAVS (Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles) sur Toulouse, Montpellier, Thuir ainsi que les questions de radicalisation par le CRESAM (centre ressource en santé mentale pour la prévention des processus de radicalisation).

En termes de capacitaire, l'état de sur-occupation des établissements pénitentiaires de la région reste majeur. Avec une moyenne régionale situé à 140%, l'Occitanie se caractérise par une large fourchette allant de 75% à 205 % en particulier au sein des Maisons d'Arrêt, pour prendre exemple sur celle de Nîmes parmi l'une des premières surpeuplées de France.
Ce surnombre de détenus est la première cause de la saturation de l'offre de soins en milieu pénitentiaire, financée et calibrée uniquement sur la base d'un effectif théorique. Les structures de l'administration pénitentiaire sont aussi impactées notamment sur leur capacité d'escortes et d'accompagnement des mouvements internes des détenus.

Ce constat partagé par un grand nombre d'établissements pénitentiaires sur le territoire national a été le socle d'une nouvelle planification de la part de la Direction centrale de l'Administration Pénitentiaire (DAP) à travers la formalisation du programme national des 15 000 (représentant l'engagement en termes de places de détention supplémentaires).

A ce jour il est prévu pour l'Occitanie, la création de 2130 nouvelles places en détention qui verront le jour au cours de la temporalité du PRS3 (2023-2028) découpées comme suit :

- 150 places déjà citées ci-dessus au sein des 2 SAS ;
- La création de 150 places supplémentaires à travers un Dispositif Accroissement Capacitaire (DAC livraison prévue courant 2024) ;
- La création d'un Centre Pénitentiaire (CP) de 615 places sur le département de la Haute Garonne dont la livraison est prévue en 2026 ;
- La création d'un Centre Pénitentiaire de 515 places dans le département des Pyrénées-Orientales dont la livraison est également prévue en 2026 ;
- La création d'un Centre Pénitentiaire de 700 places dans le Gard dont la livraison est prévue pour 2027.

Cette planification intégralement initiée par le ministère de la Justice n'est, bien évidemment, pas sans conséquence sur l'offre de soins.
L'ARS Occitanie s'est donné pour ambition d'accompagner ce mouvement en adaptant l'offre de soins et de prévention aux évolutions connues à date. Il s'agit prioritairement de mettre en place des canaux de concertation entre l'administration pénitentiaire et celle de la santé, le plus précocement possible, pour anticiper ces évolutions de façon concertée.

L'offre de soin doit pouvoir s'adapter, tant dans la structuration de sa gradation que dans le calibrage des équipes soignantes en adéquation des forfaits financiers attribués.
A ce jour la création de nouvelles Unités Sanitaires, le réajustement d'Unités Sanitaires existantes et l'ajustement du capacitaire des HDJ/SMPR sont en attente de l'avancée des projets pénitentiaires et dépendantes du calendrier géré par la DAP.

En termes d'état des lieux, il est possible de constater une grande hétérogénéité dans les profils d'établissements pénitentiaires du fait de leur nature (peines de courte ou longue durée), de leur taille (de 42 à 800 places), de leur ancienneté et de leur taux d'occupation, ceci expliquant qu'ils rencontrent à fortiori des problématiques assez différentes.

Pour autant, les données issues du diagnostic consolidées des échanges tenus lors des groupes de travail PRS ont tout de même permis d'identifier différents besoins et enjeux partagés régionalement autour de quatre problématiques de santé :

- Un **vieillissement constaté** de la population carcérale augmentant le niveau de dépendance et nécessitant une prise en charge conjointe sanitaire/ pénitentiaire et adaptée ;
- Un poids croissant des **maladies chroniques** soulevant un enjeu d'amélioration de la prise en charge en accentuant les actions de prévention, de dépistage et de suivi ;
- Une problématique autour des **addictions** ne cessant de s'amplifier ;
- Une prévalence de plus en plus élevée des **pathologies psychiatriques** au sein de la prise en charge en soins, accompagnée d'une mortalité par suicide qui reste élevée.

Cette étape d'état des lieux régional a également permis de dresser des freins organisationnels et fonctionnels rencontrés communément à travers 6 constats majeurs :

— **Une surpopulation carcérale structurelle** ne permettant plus à l'administration pénitentiaire d'assurer l'intégralité des flux vers l'USMP ni l'intégralité des besoins en extractions médicales vers l'extérieur.
— **Une méthode de calcul de l'enveloppe des USMP** basée sur un volume théorique de population, conduisant les USMP à être sous dotées en termes de moyens humains et matériels en fonction du nombre réel de détenus.
— **Une architecture et une taille des locaux des USMP** parfois limitée ne permettant pas le renfort en professionnels ou imposant des contraintes d'agenda (indisponibilité de bureaux, impossibilité d'installer un nouvel appareil de radiologie et limitation de la capacité d'augmentation des flux de détenus-patients).
— **Des ressources humaines fragiles** avec une inquiétude croissante des équipes sur leur capacité à remplacer les départs (volontaires ou retraites) sur des professions en tension : psychiatres, infirmiers, addictologues, psychologues ou sur des métiers spécifiques (dentistes, ophtalmologues, kinésithérapeutes)…
— **Des difficultés techniques de mise en œuvre de la télémédecine**, téléconsultation et validation instantanée de la délivrance médicamenteuse en lien avec des impératifs de sécurité des réseaux numériques.
— **Une accessibilité encore trop faible au niveau 3** UHSI et UHSA.
— **Un frein à la logique de la remobilisation autour de sa santé comme outil de réinsertion** : le manque de travailleurs sociaux au sein des USMP.

L'ensemble de ces constats et enjeux identifiés ont permis de structurer une stratégie régionale autour de **4 grandes priorités d'actions qui seront déclinées dans un plan d'actions ultérieur** :

- **Déploiement et renforcement des actions de promotion et prévention de la santé**
- **Actualisation des pratiques et rôle de chacun**
- **Transformation et modernisation de l'offre**
- **Soutien et renforcement de l'attractivité des professionnels**

Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

4 grandes évolutions contextuelles ou règlementaires sont à prendre en compte pour les 5 années à venir :

1. Une évolution conséquente du capacitaire (+ 2130 places en OCCITANIE à venir sous 7 ans) due à la mise en œuvre du programme des 15 000 de la Direction de l'Administration Pénitentiaire.
2. L'actualisation du guide méthodologique Personnes Placées Sous-Main de Justice et des forfaits financiers accompagnant l'action sanitaire est en cours de réflexion au niveau national.
3. L'actualisation du cahier des charges des Unités Hospitalisation en Soins Aménagés de 2011 pour accompagner le lancement de la seconde tranche (dont Occitanie) est également en cours.
4. Les impacts de la réforme des autorisations et du financement de la psychiatrie sanctuarisant les activités et financements « santé justice » dans le compartiment « activités spécifiques nationales » rattachées à une autorisation globale de psychiatrie adulte et/ou enfant.

Etat des lieux au 01/06/2023

En santé des détenus les USMP ne sont pas individuellement soumises à autorisation, ces unités se raccrochent aux autorisations "Médecine Chirurgie et Obstétrique" et/ ou de psychiatrie et donc aux bilans des Objectifs Quantitatifs de l'Offre de Soin des activités précitées.

Zones d'implantation	Modalités	Unités existantes au 01/06/2023	Création d'unités
09	MA de Foix	1 USMP	
11	MA de Carcassonne	1 USMP	
12	MA de Rodez	1 USMP	
30	MA de Nîmes	1 USMP	1 USMP 1 HDJ/SMPR
31	CD de Muret	1 USMP	1 USMP 1 HDJ/SMPR
	MA de Seysses ½ liberté Seysses SAS	2 USMP 1 HDJ/SMPR	
	CHU de Toulouse	1 UHSI	
	CH Marchant	1 UHSA	
32	Pas d'établissement pénitentiaire		
34	MA de Villeneuve les Maguelone ½ liberté Montpellier	1 USMP	1 USMP (SAS) 1 UHSA
	MA+CD de Béziers	1 USMP	
46	Pas d'établissement pénitentiaire		
48	MA de Mende	1 USMP	
65	Centrale de Lannemezan	1 USMP	
	MA de Tarbes	1 USMP	
66	MA+CD de Perpignan	1 USMP 1 HDJ/SMPR	1 USMP
81	MA d'Albi	3 USMP	
	EPM de Lavaur		
	CD de Saint Sulpice la Pointe		
82	MA de Montauban	1 USMP	

Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Parallèlement, l'ARS Occitanie s'est engagée dans un processus d'amélioration permanent de la qualité des soins et incite les unités sanitaires à diversifier leur offre de soins et de prévention.

En effet, la santé, n'apparait pas toujours pour les personnes détenues comme une préoccupation immédiate, envahies par d'autres questions existentielles et une difficulté à se projeter à long terme. Cette « ressource de la vie quotidienne » est identifiée comme un **outil de réinsertion**, doit permettre d'utiliser la période d'incarcération pour **remobiliser les personnes autour de leur santé : promotion de la santé, réduction des risques, accès au dépistage et diagnostic, accès aux soins**.

Le PRS3 doit être l'occasion de réaffirmer l'importance de porter une politique régionale en matière de réduction des risques et des dommages.

L'ensemble de cette prise en charge contribue à l'**accompagnement et à la préparation à la sortie**.
La réflexion régionale doit permettre une consolidation de la préparation des sorties de détention en articulant mieux les actions des USMP et de la pénitentiaire et en soutenant les temps de travailleur sociaux au sein des USMP, dans l'attente éventuelle d'une évolution nationale du forfait USMP permettant de pérenniser ce type de poste et fonction.
Le bilan de l'expérimentation de l'Equipe Mobile de Transition EMOT de Toulouse, doit permettre d'apporter des éléments éventuellement transférables et généralisables en termes de prise en charge psychiatrique sur les autres territoires. Cette équipe a été financée dans le cadre d'un Appel A Projets national « Fonds d'innovation Organisationnel en Psychiatrie » en 2020 sur 3 ans.

Enfin l'hôpital ne pouvant pas se déplacer dans son ensemble en détention, le recours aux extractions agit comme un goulot d'étranglement pour l'accès aux soins. Il est donc important de développer des organisations permettant une meilleure fluidité : développement de la **télémédecine** adaptée aux impératifs sécuritaires, organisation des **extractions groupées**, usage des **permissions** pour accompagner les « soins en dehors ».

D'autres services doivent pouvoir participer à la prise en charge des problématiques de santé en détention en agissant en complémentarité de l'activité de l'USMP : **HAD, SSIAD, dispositifs mobiles (par exemple : bus dentaire, bus dialyse)**.

L'offre psychiatrique en détention doit évoluer pour améliorer l'accès aux soins pendant l'incarcération, tout en ayant une vigilance particulière afin que l'amélioration de cette offre ne diminue pas le frein à l'incarcération que constituaient les troubles psychiques pour certains magistrats.

Les priorités identifiées sont :

- de créer une offre de niveau 2 HDJ accessible aux femmes détenues
- de poursuivre et amplifier les actions de prévention du suicide en détention du fait d'une prévalence 20 fois supérieure à la population générale.
- de maintenir un regard attentif sur les pratiques de recours aux actes d'isolement et de contention sur les détenus nécessitant une prise en charge en psychiatrie, parfois motivées par d'autres facteurs que les facteurs cliniques dans le cadre de l'accueil des L6111-45 (jusqu'à récemment identifié comme D398).

L'ensemble de ces objectifs qualitatifs impliquent une articulation étroite avec l'administration pénitentiaire, éventuellement la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les autres acteurs de soins et les très nombreux acteurs de la prévention et une nécessaire réflexion sur l'**Attractivité de l'exercice en milieu pénitentiaire**.

Transformations – regroupements – coopérations

Pour finir il est important de préciser que les propositions de planification DAP dans le cadre de la mise en place du programme des 15 000 ont pu être validées par la Direction Générale de l'ARS Occitanie et sont considérées comme réalisables et soutenables sur le plan médical par les équipes des établissements concernés modulo certains ajustements.

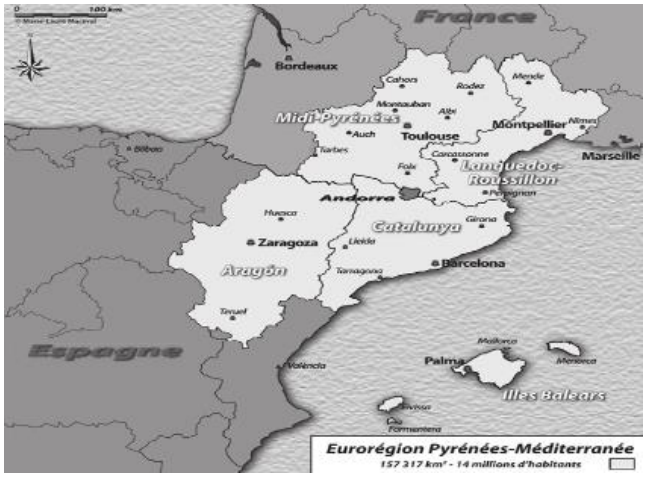
Occitanie SANTÉ 2023 2028

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Synergies et coopérations régionales et transfrontalières

Le contexte géographique et historique



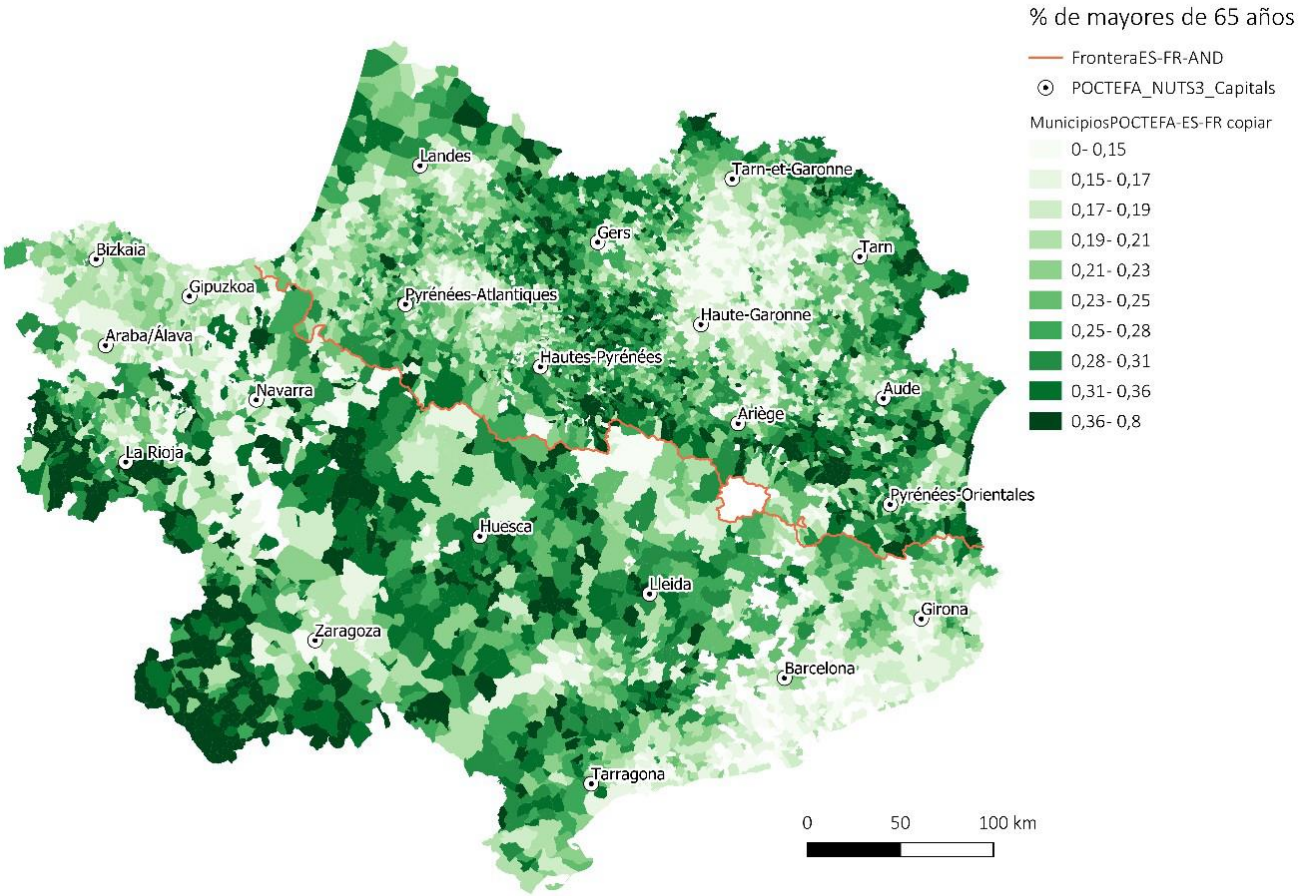
*(*) **Eurorégion Pyrénées-Méditerranée** : organisation de coopération politique née le 29 octobre 2004 entre la Generalitat de Catalogne, le Gouvernement des Iles Baléares et la Région Occitanie, devenue un Groupement Européen de Coopération Territoriale (GECT) en 2009, et reconnue depuis en tant qu'institution de coopération interrégionale de dimension européenne.*
L'Occitanie compte actuellement 16 établissements pénitentiaires pour un total de 4277 places théoriques et 5921 personnes réellement écrouées et hébergées (12 avril 2023) dont plus de 340 matelas au sol.

La région Occitanie est frontalière de deux communautés autonomes de la République d'Espagne (la Catalogne et l'Aragon) et de la Principauté d'Andorre. 4 départements, les Pyrénées Orientales, l'Ariège, la Haute-Garonne et les Hautes-Pyrénées sont frontaliers de l'Espagne et d'Andorre. Ces territoires ont en commun de connaître un vieillissement de la population, une attractivité démographique des centres urbains, des zones au pied des montagnes en renouveau démographique depuis 20 ans. Ces évolutions créent des thèmes d'échanges et de rencontre entre les professionnels de santé d'un territoire ayant un PIB global équivalent à celui de l'Autriche.

	Catalogne	Région Occitanie
Population (2021)	**7758615**	**5 986 000**
Superficie en Km2	32 108	72 724
densité	**242**	**82**
IDH	0,897	0,917
PIB en MEUR	**244172**	**173500**
PIB par habitant	**31471**	**28984**
Taux chômage	10,23%	8,80%
Inflation (1T2022)	6,40%	5,80%

La distribution territoriale du vieillissement correspond presque mimétiquement à la densité de la population, car les pourcentages les plus élevés de population âgée sont concentrés dans les montagnes et dans certaines zones rurales. Ainsi, le pourcentage de la population de plus de 65 ans dans les communes de moins de 500 habitants est de 25,10%, tandis que, dans les communes de plus de 500 habitants, ce chiffre est de 22,15%.

En France, les zones à plus faible pourcentage de population de plus de 65 ans sont situées à proximité des principaux centres urbains, principalement dans les banlieues de Toulouse et Pau-Tarbes, tandis que les zones rurales du Gers, des Hautes-Pyrénées, de l'Ariège et l'Aude, ainsi que certaines zones côtières, concentrent les communes avec des pourcentages plus élevés. De même, en Espagne, les zones les plus éloignées des principaux centres urbains, au sud du territoire ou dans les zones rurales éloignées des Pyrénées, sont celles qui présentent le plus de vieillissement. En revanche, les zones côtières et celles plus proches de la frontière ont des pourcentages plus faibles de personnes âgées.



La barrière naturelle géographique ainsi que les différences linguistiques constituent des **obstacles** à la coopération sanitaire transfrontalière. On peut également y ajouter, deux organisations du système sanitaire différentes, avec en Espagne, une compétence décentralisée de la Santé aux communautés autonomes, un système principalement public, avec des salariés (personnels médicaux et non médicaux) dans les « centres d'attention primaire » (médecine de ville) et les établissements de santé, ce qui constitue une barrière institutionnelle aux coopérations territoriales.

Néanmoins, depuis plusieurs années, unis par l'appartenance à l'Union Européenne, nos deux pays ont renforcé progressivement leurs **coopérations**. En 2008, une convention de coopération sanitaire France/Espagne a été signée, prévoyant la possibilité pour les institutions régionales et nationales de signer des accords visant à faciliter le franchissement de la frontière dans le cadre des activités de soins et de médecine d'urgence.

En 2010, la République Française et la Généralité de Catalogne ont signé un accord visant à créer un hôpital transfrontalier en Cerdagne. Ouvert en Septembre 2014, cet établissement, seul exemple en Europe d'un service public hospitalier transfrontalier, assure la couverture d'un territoire binational composé de 55 communes, avec une activité d'urgences significative (28000 passages par an) et des services spécialisés (dialyse, Maternité, Chirurgies notamment).

Depuis, d'autres coopérations territoriales se sont organisées, avec la signature d'une convention de coopération sanitaire entre la France et la Principauté d'Andorre en 2023.
Sur les Urgences, une convention de franchissement de la frontière par les véhicules du SAMU et du SEM en Cerdagne (« Sistema d'Emergències Mèdiques » : antenne du SAMU, dépendant du centre de régulation de Perpignan) est en cours de préparation afin mieux couvrir le territoire dans un contexte de démographie médicale en tension. Les véhicules du SEM de Barcelone et du SMUR du Centre Hospitalier de Perpignan positionnés à Puigcerdá, au sein de l'hôpital de Cerdagne pourront franchir la frontière en routine dans le cadre d'un protocole de coopération sanitaire. Plus globalement, cette convention a vocation à servir d'exemple sur d'autres zones transfrontalières sur l'ensemble de la frontière avec l'Occitanie, en Catalogne et en Aragon.
Une convention sur les Urgences a également été négociée et signée avec l'hôpital du Vall d'Aran, avec une intervention du SMUR de Saint-Gaudens en territoire espagnol ainsi que des transferts par hélicoptère par les équipes du SAMU du CHU de Toulouse dans la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. L'accès à l'IRM du Centre hospitalier de Saint-Gaudens pour les patients du Vall d'Aran sera facilité, dans le cadre des urgences et pour l'activité programmée.
En coopération avec le SEM de Barcelone et les urgences du Pays Basque espagnol et français, un programme européen dénommé « Egal-Urg » a permis de renforcer les liens entre les équipes d'urgences sur l'ensemble de la frontière, mais aussi de développer une innovation d'hôpital itinérant pour la Médecine de catastrophe.

Par ailleurs, lors de la crise sanitaire de la COVID, des transferts de patients ont pu être organisées via des cellules de crise binationales en coopération avec les administrations sanitaires respectives.
Le récent traité d'amitié France-Espagne de Barcelone du 19 janvier 2023 est venu renforcer dans son article 28 la volonté d'**approfondir la coopération sanitaire** entre les deux pays, en réaffirmant leur engagement sur l'hôpital de Cerdagne, mais aussi sur le développement de la coopération sanitaire autour de la frontière. C'est une étape marquante, qui réaffirme les objectifs initiaux, avec des coopérations non seulement locales (pour les territoires concernés), mais également au niveau régional.
Par ailleurs, la **loi 3DS** n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, a mis en exergue la nécessité de coopérations transfrontalières sanitaires renforcées (continuité des soins, accès aux soins urgents et coordination en cas de crise sanitaire) et proposé des avancées (ex. : les CPTS pourront associer des PS étrangers frontaliers, sous réserve du respect des conditions d'exercice en vigueur ; développement de l'apprentissage transfrontalier ; possibilité de service public d'intérêt commun co-porté par des collectivités françaises et étrangères).

Les attendus du nouveau Projet Régional de Santé : une coopération élargie

Soucieux d'approfondir les coopérations initiées, **le PRS 2023-2028 souhaite poursuivre et conforter cette politique de coopération, et ainsi dépasser le simple cadre national, notamment pour résoudre des difficultés d'intérêt commun** :

- Concernant la démographie médicale, en lien avec les instances européennes, le Ministère français de la Santé et de la prévention, le Ministère espagnol de la Santé, la Principauté d'Andorre et les communautés autonomes de Catalogne et d'Aragon, simplifier les recrutements médicaux transfrontaliers par des formalités administratives réduites de reconnaissance mutuelle de diplômes ; reconnaître et favoriser l'émergence d'équipes médicales et soignantes territoriales transfrontalières ;
- Concernant l'offre de soins de premiers recours, promouvoir un exercice mixte de la médecine de ville et orienter des financements nationaux et européens sur des maisons et centres de soins primaires, notamment dans les zones sous-denses de la frontière des Pyrénées ;
- Concernant la prévention, monter des programmes communs de promotion et d'éducation à la santé, d'adaptation et de lutte contre les effets du réchauffement climatique sur la santé, y compris avec des financements européens (plan Horizon UE) ;
- Développer une interculturalité sanitaire sur la frontière, avec la promotion de tiers-lieux, de programmes de formations initiales et continues sur les métiers de la santé, en liaison avec les Universités et Facultés de Médecine de Barcelone, Montpellier et Toulouse ;
- Bâtir des programmes communs d'attractivité des professions de santé sur la frontière des Pyrénées, via des équipes territoriales transfrontalières, mais aussi en liaison avec les collectivités locales préparer un ensemble de mesures visant à améliorer l'accès à l'éducation, au logement et au numérique et plus globalement la qualité de vie au travail, la conciliation vie professionnelle/vie familiale ;
- Mettre en réseau les établissements sanitaires du territoire transfrontalier, tant par des initiatives de gouvernance (label hôpital européen soutenu par la République Française devant les instances de l'Union Européenne), que par la promotion des échanges sécurisés de données numériques du patient pour un parcours de soins transfrontaliers, en fonction de l'organisation sanitaire et des disponibilités, en lits, places et plateaux techniques ;
- Préparer une organisation en commun en cas de crise sanitaire, afin d'améliorer l'accès aux services de soins critiques aux populations transfrontalières, en incluant dans le levier que constitue le plan ORSAN AMAVI (accueil massif de victimes non contaminées) un volet transfrontalier ; partager et communiquer sur les données épidémiologiques et sanitaires des deux côtés de la frontière.

Sur le territoire de la Cerdagne, tant sur l'hôpital transfrontalier mais aussi côté français dans les filières pédiatriques et gériatriques, proposer un droit à la dérogation sur l'application de la réglementation administrative, sociale, sanitaire, afin de créer un **territoire de santé transfrontalier** respectant l'autonomie des établissements, tout en améliorant le parcours du patient quel que soit la localisation de la structure sanitaire.

Les attendus du nouveau Projet Régional de Santé : une coopération élargie

Le Schéma Régional de Santé du nouveau PRS se décline en une présentation régionale, mais également par départements (13 **Schémas Territoriaux de Santé (STS)**), qui cible des objectifs opérationnels prioritaires, en partant des besoins des territoires, en fonction de leurs caractéristiques et de leurs ressources.

Les futurs **plans d'actions** (régionaux et/ou territoriaux) déclinant de manière concrète les objectifs opérationnels priorisés au niveau régional ou dans les territoires, auront chaque fois que nécessaire, en fonction des défis préalablement identifiés, une composante transfrontalière. Cela vaut pour les 4 départements concernés par des coopérations transfrontalières ciblées (66, 09, 31 et 65), ainsi que pour les coopérations d'ordre régional.

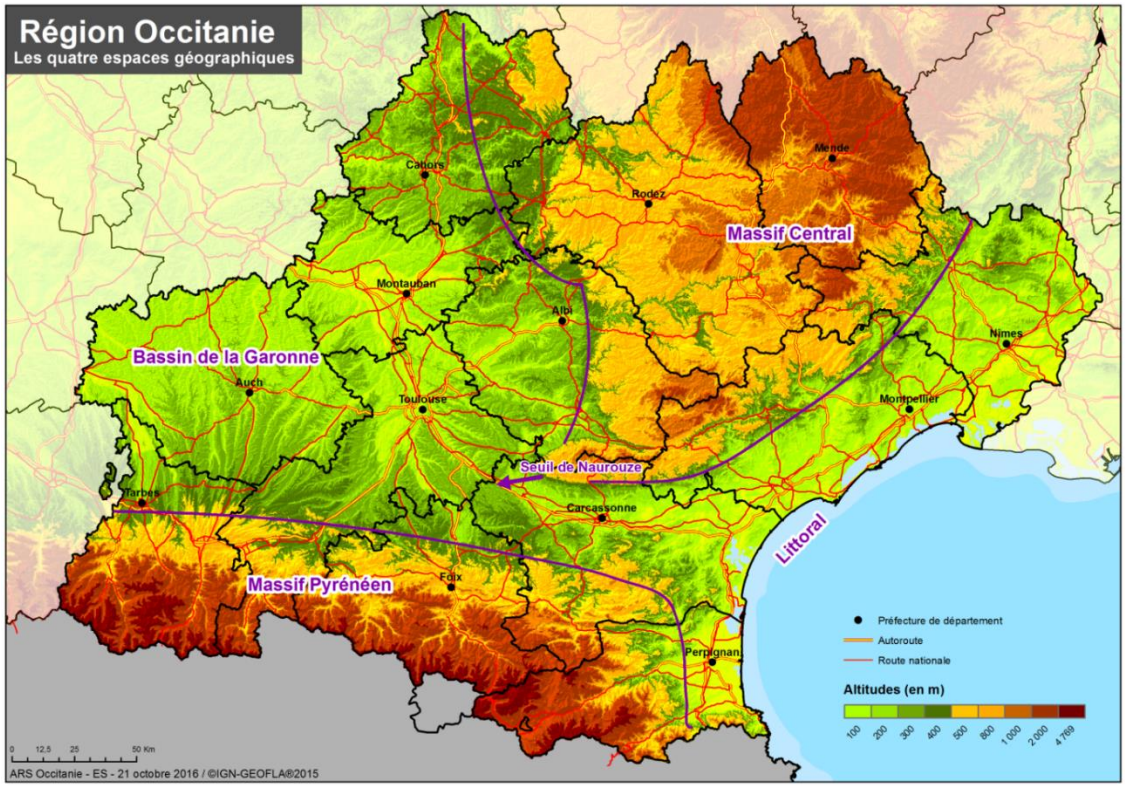
Tableau des défis concernés par les enjeux transfrontaliers

Engagements du Cadre d'Orientation Stratégique	**Défis (par engagements)**
E1 : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	E1-D2 Renforcer la visibilité, la lisibilité et l'attractivité des programmes et actions de prévention, de promotion de la santé et de santé environnementale
E1 : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	E1-D5 Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique
E3 : Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires	E3-D3 Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences
E4 :Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements	E4-D2 Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social
E4 :Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements	E4-D4 Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours
E5 : Promouvoir et garantir la qualité la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	E5-D1 Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles
E6 :Soutenir l'attractivité des métiers de la santé	E6-D2 Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels
E6 :Soutenir l'attractivité des métiers de la santé	E6-D4 Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires

Objectifs quantitatifs de l'offre de soins

ACTIVITÉ DE SOINS / FILIÈRE DE SOINS

Populations en zone montagne



Les spécificités et contraintes des zones de montagne

La prise en compte des **territoires spécifiques** (zones rurales versus zones urbaines, territoires de la politique de la ville, zones de montagne, zones à forte activité saisonnière …), était l'une des préoccupations de la loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016), avec une territorialisation adaptée et partagée par les acteurs du territoire concerné, lors du déploiement accompagné de la politique régionale.

Compte tenu de l'importance des zones de montagne en région Occitanie **(36% des communes, 14 % de la population et 45 % de la superficie, la quasi-totalité des départements concernés)**, l'ARS porte toujours comme ambition de :
– privilégier pour ces zones les dispositifs existants, en les confortant si besoin ;
– prévoir des dispositifs spécifiques - éventuellement par l'apport d'innovations -, lorsque la réponse aux besoins connus ou émergents n'est pas satisfaisante dans les conditions actuelles.

L'ARS s'astreint à une vigilance à la hauteur des contraintes de ces territoires et aux besoins correspondants, au regard de l'offre existante, éventuellement à renforcer ou à développer, souvent à mieux coordonner. Cette attention particulière ne s'impose pas que pour les zones de montagne, mais elle est primordiale pour celles-ci compte tenu des **enjeux** repérés, que ce soit en terme de services, d'accessibilité, de mobilité (avec la question des transports sanitaires notamment), de prise en charge des urgences, mais également de ressources humaines disponibles. Parmi les contraintes propres à ces territoires, les temps d'accès, les conditions climatiques, les infrastructures notamment numériques, … nécessitent en effet des réponses adaptées. Ces territoires ne sont pas pour autant homogènes et présentent une grande diversité physique et socioéconomique.

Les défis et les objectifs prioritaires du PRS ne se fondent pas uniquement sur le **critère géographique**. Mais la territorialisation promue et facilitée par l'élaboration des Schémas Territoriaux de Santé, va permettre de réduire les inégalités territoriales de santé, en fonction des contraintes locales et de la maturité des acteurs, des leviers disponibles et des ressources mobilisables.

Pour certains des territoires de montagne (ex. : ceux situés dans les Pyrénées le long de la frontière avec l'Espagne ou Andorre), les réponses peuvent être améliorées et enrichies par des coopérations sanitaires transfrontalières globales ou thématiques, qui sont décrites dans le chapitre dédié du Schéma Régional de Santé.

Le cadre réglementaire (loi Montagne)

La loi Montagne (n° 2016-1888 du 28 décembre 2016) de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, insiste sur la nécessaire prise en compte dans les Projets Régionaux de Santé des caractéristiques et des contraintes de ces territoires bien identifiés (*).
Son article 18 stipule que le Schéma Régional de Santé *« comporte, le cas échéant, un volet consacré aux besoins de santé spécifiques des populations des zones de montagne, notamment en termes d'accès aux soins urgents et d'évacuation des blessés, et tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires. »*

(*) Le classement des communes en « zone de montagne » repose sur les dispositions du règlement européen n°1257/1999 du Conseil du 17 mai 1999 concernant le soutien au développement rural et plus particulièrement sur son article 18 pour la montagne, et la directive 76/401/CEE du Conseil du 6 avril 1976 (détermination précise des critères pour le classement en France en zone de montagne).
La zone de montagne est définie, par l'article 18 du règlement 1257/99, comme se caractérisant par des handicaps liés à l'altitude, à la pente, et/ou au climat, qui ont pour effet de restreindre de façon conséquente les possibilités d'utilisation des terres et d'augmenter de manière générale le coût de tous les travaux.

Le plan Montagne en Occitanie (2018-2025) : un accélérateur

Fruit d'une concertation dans le cadre du Parlement de la Montagne, le **Plan Montagnes d'Occitanie, Terres de vie 2018-2025** a été adopté par l'Assemblée régionale le 20 déc. 2018, après publication du PRS II le 3 août 2018. Co-élaboré avec l'État et la Caisse des Dépôts, il formalise l'ambition de la Région pour accompagner et soutenir le développement des territoires de montagne en Occitanie, en visant une meilleure **attractivité** de ces territoires, pour pérenniser leur potentiel, tout en levant certains freins et en relevant de multiples défis.

Le Plan Montagnes d'Occitanie est décliné en **8 axes stratégiques** et 40 mesures opérationnelles.
Il s'articule autour de 4 enjeux identifiés lors de la concertation avec les acteurs locaux : une montagne attractive, une montagne multi-usages, une montagne ouverte et une montagne innovante, en articulation avec la préoccupation transversale d'une transition écologique et énergétique, ce qui rejoint le défi du PRS sur le réchauffement climatique.
Les 8 axes d'intervention du Plan Montagnes d'Occitanie sont les suivants :

- Axe I : une Montagne fière de sa culture, accueillante et inclusive (dont la mesure 3 Améliorer l'accès aux soins en zone montagne et la mesure 5 Innover et expérimenter pour la santé en montagne)
- Axe II : une Montagne qui éduque, forme et emploie (dont la mesure 6 Organiser l'offre de formation de proximité)
- Axe III : une Montagne qui produit
- Axe IV : une Montagne qui protège et valorise ses ressources
- Axe V : une Montagne qui encourage la mobilité et ses connexions
- Axe VI : une Montagne qui conforte son potentiel touristique et son attractivité
- Axe VII : Une Montagne qui rayonne, ouverte au monde
- Axe VIII : une montagne qui s'appuie sur ses territoires pour l'innovation

Tableau des défis particulièrement concernés par les zones de montagne

Une préoccupation montagne sera intégrée chaque fois que nécessaire dans les futurs plans d'actions, qui déclineront les objectifs opérationnels régionaux et/ou territoriaux.

Engagements du Cadre d'Orientation Stratégique	Défis (par engagements)
E1 : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	E1-D1 Prendre en compte la santé environnementale dans les politiques de santé au titre d'une seule santé (« One health »)
E1 : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	E1-D3 Adapter la stratégie de prévention et de promotion de la santé aux besoins des publics prioritaires dont les publics vulnérables (focus « aller vers » …)
E1 : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie	E1-D5 Prévenir et s'adapter aux répercussions en santé du réchauffement climatique
E3 : Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires	E3-D2 Développer et structurer une offre de soins non programmée alternative des urgences
E3 : Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires	E3-D3 Organiser la réponse dans la prise en charge des urgences
E4 : Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements	E4-D2 Garantir le continuum des prises en charges et des accompagnements entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social
E4 : Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements	E4-D3 Soutenir l'usage du numérique en santé comme levier de la coordination entre les professionnels
E4 : Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements	E4-D4 Améliorer les pratiques et les rôles dans une logique de parcours
E5 : Promouvoir et garantir la qualité la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	E5-D1 Anticiper, se préparer et gérer les situations sanitaires exceptionnelles
E6 : Soutenir l'attractivité des métiers de la santé	E6-D2 Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

ARS Occitanie

26-28 Parc club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
34067 MONTPELLIER
04 67 07 20 07

occitanie-sante.fr

CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION
Occitanie
SANTÉ

© @ARS_OC #COM, 09_2023

Occitanie SANTÉ 2023 2028