Schéma Régional d'Organisation des Soins

(SROS)

Volet ambulatoire

Volet hospitalier

Agence Régionale de Santé Picardie

psrs schémas programmes

Projet Régional de Santé 2012-2017 . ARS de Picardie

Sommaire

PREAMBULE COMMUN 5

Volet Ambulatoire

DIAGNOSTIC 9

Analyse quantitative _____ 10
Analyse qualitative _____ 27

OBJECTIFS 30

Enjeu n°1 : rendre la région attractive pour les professionnels _____ 31
Enjeu n°2 : Accompagner l'adaptation de l'offre de premier recours _____ 45

DETERMINATION DES TERRITOIRES FRAGILES 66

Territoires de Proximité _____ 67
Détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire _____ 69

BIOLOGIE MEDICALE 88

PREAMBULE _____ 89
DIAGNOSTIC _____ 90
OBJECTIFS _____ 94
INDICATEURS D'EVALUATION _____ 95

ANNEXES 96

ANNEXE 1 – Les différents modes conventionnels pour les médecins au 1er octobre 2012 _____ 97
ANNEXE 2 – Les différents zonages _____ 98
ANNEXE 3 – Méthodologie nationale de détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des infirmiers _____ 112
ANNEXE 4 - Méthodologie de la classification des zones _____ 115
ANNEXE 5 – Méthodologie nationale de détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des sages femmes _____ 118
ANNEXE 6 – Méthodologie nationale de détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des orthophonistes _____ 120
ANNEXE 7 – Liste des communes et classement par type de zone _____ 121
ANNEXE 8 – Contribution des groupes de travail _____ 175
ANNEXE 9 – Cartographies _____ 177

Volet Hospitalier

I. PREAMBULE 183

II. UNE OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE CONSOLIDEE, DES CENTRES DE RECOURS RENFORCES 190

VOLET MEDECINE D'URGENCE 191
VOLET MEDECINE 201
VOLET CHIRURGIE 211
VOLET REANIMATION – SURVEILLANCE CONTINUE- SOINS INTENSIFS 225
VOLET CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE 238
VOLET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION 249
VOLET HAD 273
VOLET IMAGERIE ET MEDECINE NUCLEAIRE 283
VOLET TRANSFUSION 297
VOLET SOINS PALLIATIFS 305
VOLET DOULEUR 316
VOLET INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS (IAS) 327
VOLET GENETIQUE 335

III UNE APPROCHE PAR FILIERES DE SOINS SPECIALISEES AUTOUR D'UNE PATHOLOGIE 338

FILIERE ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC) 339
FILIERE CANCER 351
VOLET INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) 367
VOLET SANTE MENTALE 383

IV L'ORGANISATION DE FILIERES DE SOINS POPULATIONNELLES 409

FILIERE FEMME-MERE-ENFANT 410
FILIERE GERIATRIE 436
FILIERE MEDECINE DES DETENUS 451

V DES ENGAGEMENTS DE SERVICE PUBLIC 463

ORGANISATION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC 464

GLOSSAIRE 482

Nota : les différents volets hospitaliers suivent la trame suivante :

1. **Diagnostic**
2. **Objectifs**
3. **Déclinaison des axes stratégiques du PSRS**
4. **Indicateurs d'évaluation**
5. **Déclinaison territoriale**

PREAMBULE

PREAMBULE COMMUN AU VOLET HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) tel que prévu à l'article R 1434-4 du code de la santé publique comporte :

- Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L.1434-9 qui fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
3°Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 ;
5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

Cette partie est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

- Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, de maisons de santé, …

Le schéma régional d'organisation de soins :

- Détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient ;
- Précise les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé ;
- Détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- Prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficience de l'offre de soins ;
- Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins.

PREAMBULE VOLET AMBULATOIRE

Le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins est une nouveauté prévue par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires.

Sans être opposable, il est étroitement articulé avec le volet hospitalier du SROS comme avec les autres schémas dans le cadre plus large du Projet Régional de Santé. Il concerne l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

L'élaboration de ce volet ambulatoire constitue un enjeu majeur tout particulièrement en Picardie compte tenu des indicateurs de santé et des données démographiques.

Ce volet répond ainsi à trois ambitions:

- il détermine la stratégie régionale des soins ambulatoires en définissant des priorités d'actions en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours ;
- il constitue un outil central pour permettre aux ARS de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et de les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale ;
- il contribue à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné.

La notion de soins de premier recours est issue des Etats Généraux de l'organisation de la santé. Elle a été consacrée par la loi qui la définit au travers de ses trois fonctions :

1) Entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,
2) Suivi du patient et coordination de son parcours,
3) Relais des politiques de santé publique : prévention, dépistage, éducation thérapeutique, éducation à la santé.

Le premier recours et les professionnels qui y participent, médecins généralistes, notamment mais aussi pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, sages femmes, orthophonistes sont donc au centre des parcours de santé, au travers de la coordination des soins, de leur continuité et de l'amélioration des trajectoires de santé des usagers du système.

A l'issue des travaux d'élaboration de ce volet ambulatoire du SROS sur la Picardie, les trois enjeux majeurs auxquels il convient d'apporter des réponses sont les suivants :

- **Garantir l'attractivité de la région auprès de l'ensemble des professionnels de santé,**
- **Conforter l'accès aux soins de premier recours en les organisant progressivement,**
- **Améliorer la qualité des prises en charge, par la coordination des soins et des accompagnements, et par la coopération des professionnels.**

Pour répondre à ces enjeux, l'action sur la démographie de l'ensemble des professions de santé est essentielle. Cette action concerne tant le volet ambulatoire que le volet hospitalier du SROS et les autres schémas.

C'est dans le volet ambulatoire qu'il a été décidé de traiter de la question des professions de santé dans sa globalité (tant en terme de diagnostic quantitatif et qualitatif).

S'agissant de sujets plus spécifiques aux professions de santé exerçant dans les activités hospitalières et médico-sociales, des « zooms » seront effectués respectivement dans le SROS volet hospitalier ou dans les autres schémas.

Au regard de ce diagnostic, des actions sont impulsées et conduites pour rendre la région attractive pour les professionnels et pour accompagner l'adaptation de l'offre de premier recours.

Le volet ambulatoire détermine aussi les zones prioritaires de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé. Ces zones fragiles ont fait l'objet de concertations conventionnelles nationales et/ou d'échanges en région.

Les travaux préparatoires à l'élaboration de ce volet ambulatoire ont été alimentés par les contributions d'ateliers associant l'ensemble des acteurs et professionnels concernés.

Une fois adopté, le déploiement des actions sera favorisé par la création d'un comité technique régional « soins de premier recours » et la réunion des premières assises régionales du premier recours.

DIAGNOSTIC

ANALYSE QUANTITATIVE

Le travail conduit dans le Projet Stratégique Régional de Santé constitue la base du diagnostic des différents schémas du PRS. Il convient, dans le volet ambulatoire du SROS, de revenir sur certains éléments de ce diagnotic.

1-1 Approche des besoins de santé

La notion de besoins de santé est une notion difficilement observable de manière directe. Elle peut néanmoins être approchée par un ensemble de facteurs, comme l'évolution démographique des populations, la morbi-mortalité, le vieillissement et la dépendance.

1-1-1-1 Evolution démographique de la Picardie

Au 1er janvier 2008, la population régionale picarde s'élève à 1 906 601 habitants. Les territoires de santé de la Somme et d'Oise-Est regroupent plus de la moitié (51%) de la population régionale. Les territoires d'Aisne Nord – Haute Somme, Aisne-Sud et Oise-Ouest regroupent, de manière homogène, chacun près de 16% de la population picarde.

47% de la population picarde résident dans une commune de moins de 2 000 habitants.

Entre 1999 et 2008, la Picardie a vu sa population augmenter de +2,67%, plus fortement dans le département de l'Oise (+4,36%), contre respectivement +0,6% et +2,3% dans l'Aisne et la Somme. Toutefois la population picarde augmente moins rapidement que la population française. Ainsi l'accroissement annuel de la population entre les recensements de 1999 et 2007 était de + 0, 3 % pour la Picardie contre +0, 7 % pour la France.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la région Picardie devrait augmenter de façon constante d'ici à l'horizon 2032, soit une hausse globale de +5,9%. En 2040, la population picarde pourrait avoir augmenté de + 6 %, contre une augmentation au niveau national de + 13 %.

Le territoire Aisne Nord – Haute Somme devrait être le seul territoire à connaître une évolution négative de sa population, avec une baisse globale de -1% d'ici 2017 à -2.8% jusqu'en 2032. La plus forte croissance devrait concerner le territoire Oise-Ouest (+5,4% d'ici 2017).

1-1-1-2 Situation de la morbi-mortalité en Picardie

Entre 1999 et 2008, la Picardie présente un taux de mortalité de 8,86‰, plus élevé dans les territoires Somme, Aisne Nord – Haute Somme et Aisne-Sud (respectivement 9.43, 10.83 et 9.29 ‰) que les territoires d'Oise-Ouest et Oise-Est (7.70 et 7.47‰).

Sur la période 2006-2008 avec 16 650 décès en moyenne annuelle dont 3 900 chez les moins de 65 ans, la Picardie présente le deuxième taux de mortalité le plus important des régions de France hexagonale (après le Nord - Pas-de-Calais).

L'écart entre le niveau régional et national s'est accru : +11 % de surmortalité* au début des années 1990 et +16 % en 2006-2008.

Par rapport à la France, bien qu'une surmortalité soit constatée dans les cinq territoires de santé, celle-ci varie (entre +11 % pour le territoire de santé Oise Est et +29 % pour le territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme).

Les écarts entre les territoires de santé sont encore plus marqués pour la mortalité prématurée évitable par facteurs de risque individuels : de +4 % (territoire de santé Oise Est) à +43 % (territoire de santé Aisne Nord - Haute-Somme) avec un écart régional de +22 %.

La morbidité peut être approchée par les nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) et par les séjours hospitaliers.

Pour les personnes âgées de moins de 65 ans, la Picardie se situe sur la période 2004-2007 au huitième rang des régions de l'Hexagone avec un taux d'admissions en ALD supérieur à la France. Cette réalité globale masque des disparités au niveau des territoires de santé : certains territoires ont un taux d'admissions inférieur au niveau national mais présentent pourtant une surmortalité.

1-1-1-3 Le vieillissement et la dépendance en Picardie

Le vieillissement de la population picarde est moins important que celui observé sur l'ensemble du pays : 74 personnes de 60 ans et plus, pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre 88 pour la France hexagonale. Des disparités sont constatées entre les territoires, l'indice de vieillissement est bien inférieur à la moyenne régionale dans les deux territoires de santé de l'Oise (environ 65) et proche du niveau national pour Aisne Nord Haute Somme (86)

La Picardie compte 382 348 habitants âgés de plus de 60 ans en 2008, soit 20,1% de la population picarde dont 29% vivent au sein du territoire de santé Somme ; 22% dans le territoire Oise-Est.

Territoires de Santé	60 ans et plus	Part régionale	Part des 60 ans et plus dans le TS
Somme	110 869	29%	21,2%
Aisne Nord - Haute-Somme	67 568	18%	22,6%
Aisne Sud	59 965	16%	21,0%
Oise Est	84 189	22%	18,0%
Oise Ouest	59 757	16%	18,0%
Total	**382 348**	**100%**	**20,1%**

Source : INSEE 2008

Au 1er janvier 2008, 82 756 personnes âgées de plus de 80 ans vivent en Picardie. La part des plus de 80 ans varie de 3,6% pour les territoires de l'Oise à 5,1% pour le territoire Aisne Nord – Haute Somme.

Les estimations effectuées par l'INSEE à l'horizon 2040 prévoient un doublement de la population âgée de 75 ans et plus, soit un peu plus de 280 000 personnes +/- 25 000.

1-1-1-4 Indicateur synthétique d'intensité des besoins

En associant quatre facteurs significatifs et représentatifs de ces trois dimensions (taux de natalité, recours à l'hospitalisation tous âges confondus, personnes âgées de 75 ans et plus vivant seule dans la population, mortalité prématurée), le laboratoire de recherche Politiques Sociales Santé et Habitat de l'Université Catholique de Lille a élaboré dans le cadre de la réflexion engagée par la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à

l'Attractivité Régionale (DATAR) un indicateur synthétique d'intensité des besoins applicables à un niveau géographique fin (zones 1000)[1], et des éléments de prospective à moyen terme[2].

L'indicateur d'intensité des besoins de sante s'interprète comme le niveau d'intensité des besoins d'un résidant type dans la zone géographique considérée (par rapport à la moyenne nationale).

INTENSITE DES BESOINS EN 2010

Source : Etude DATAR, Stratégie territoriale d'accessibilité aux services de santé, 2011.

Une forte concentration des zones en tension sur les besoins de santé peut être observée dans **le Nord Pas de Calais, en Picardie, en Bretagne, en Lorraine et dans les régions du centre.** Plus de 40% de la population de ces régions se situe dans les zones caractérisées par le plus élevé des niveaux de besoin.

La carte de l'intensité des besoins estimés pour 2020 par le biais du modèle développé dans le cadre de ces travaux conserve les grands traits de la carte des besoins de 2010. Le vieillissement de la population augmente mécaniquement les niveaux moyens d'intensité relative des besoins.

---

[1] Zones 1000 : ce zonage est un zonage de niveau intermédiaire entre la commune et les regroupements usuels en matière d'analyse sanitaire (canton INSEE, niveau PMSI). Au total, il s'agit de 12 242 zones :

1. 2 840 zones regroupant exclusivement des communes d'une taille inferieure à 999 habitants,
2. 790 zones regroupant une commune de petite taille avec une commune comportant au moins 1 000 habitants,
3. 8 503 zones correspondant à des communes de 1 000 habitants et plus,
4. 109 zones pour la Corse.

2 Les différentes classes représentées sont établies en se référant au niveau moyen national qui est, par construction de l'indicateur, égal à 0. La valeur de cet indicateur exprime donc l'écart à la situation moyenne nationale, de signe positif pour les zones où la situation se caractérise par des niveaux de besoin supérieurs à la moyenne nationale et de signe négatif dans le cas contraire.

PROSPECTIVE : INTENSITE DES BESOINS EN 2020

Source : DATAR (2011).

Source : Etude DATAR, Stratégie territoriale d'accessibilité aux services de santé, 2011.

En termes d'évolution des besoins entre 2010 et 2020, et ceci en grande partie en raison du contexte démographique, on observe **une augmentation moins importante dans les régions les plus jeunes telles que le Nord Pas de Calais, la Picardie et les territoires agglomérées des grandes villes.** L'augmentation de l'intensité relative des besoins devrait être plus importante dans les zones rurales de la Bourgogne jusqu'au quart Sud-Ouest.

Mais, l'enseignement majeur à tirer de ces travaux pour l'action en région, au niveau en particulier des soins de premier recours, est le constat confirmé d'une grande hétérogénéité des situations infrarégionales qui justifie de travailler sur des territoires de proximité pertinents adaptés.

1-2 Analyse de l'offre de santé en Picardie

Concernant l'offre de santé en Picardie, l'analyse des densités des différentes professions laisse apparaître une situation régionale défavorable par rapport à la situation moyenne française.

1-1-2-1 Constat global

Comme le montre le tableau ci-dessous, la région se situe aux derniers rangs de la France Métropolitaine pour la densité de la plupart des professionnels de santé.

DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE EN PICARDIE EN 2011
CONSTAT GLOBAL

Profession	Effectif	Densité Régionale pour 100 000 hab.	France Métropolitaine	Rang de classement de la Picardie
Médecin	2 703	142	186	22
Médecin généraliste	1 646	86	98	20
Chirurgiens dentiste	697	37	58	20
Infirmier	1 309	69	103	18
Masseur Kinésithérapeute	934	49	82	22
Sage Femmes	42	2	5	22
Orthophoniste	303	16	24	16

Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2011), RGP (01/01/2011).

Des inégalités infra-régionales dans la répartition des professionnels de santé sur le territoire picard : si la plupart des grandes villes et surtout la capitale régionale semblent correctement dotées bien qu'y apparaissent des déserts médicaux, en particulier dans les zones urbaines sensibles, le milieu rural, est en grandes difficultés surtout les zones les plus isolées comme l'ouest de l'Oise, et la Thiérache.

- **Un vieillissement accéléré des professionnels de santé en activité en Picardie comme ailleurs.** Plusieurs facteurs de ce vieillissement peuvent être identifiés : les cohortes importantes issues de l'après-guerre installées dans les années 70-80 ; l'insuffisance de renouvellement des effectifs qui ne permet pas de ralentir l'élévation de l'âge moyen des professionnels ; les variations des numerus clausus...

Créé en 1971, le numerus clausus a été assez élevé jusqu'en 1983 (environ 8 000 places), puis a diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places). C'est notamment la baisse du numerus clausus dans les années 1990 qui explique le faible nombre des nouvelles installations de médecins aujourd'hui.

Le vieillissement touche différemment les différentes professions et au sein d'une même profession les spécialités, les métiers et spécialités d'apparition récente étant moins touchés. Ainsi, seuls 20% des 1 400 pharmaciens d'officine ont plus de 50 ans, contre 50% des médecins généralistes, et un tiers des infirmiers libéraux sur un tiers du territoire ont plus de 55 ans.

- **Des évolutions sociologiques :**

Les aspirations et modes de vie des jeunes professionnels évoluent depuis de nombreuses années.

La féminisation croissante, la recherche d'une meilleure qualité de vie et de nouvelles pratiques professionnelles, … font que les jeunes professionnels privilégient de nouveaux modes d'exercices, en particulier regroupés et coordonnés, voire à temps partiel.

Comme pour d'autres catégories socioprofessionnelles aisées, ou de cadres, les professions médicales ou paramédicales ont des fortes attentes en matière de services et d'équipements qu'ils trouvent plus facilement en habitant et travaillant dans les aires urbaines.

Cependant, on assiste aussi à des choix de vie personnelle et professionnelle, que des mesures incitatives relevant des conventions de l'assurance maladie, des initiatives de collectivités territoriales peuvent favoriser vers des zones fragiles, qui constituent des freins à ces tendances majoritaires, tout comme la déconnexion géographique entre lieu de vie personnel et lieu(x) de vie professionnelle.

- **Un renouvellement difficile des effectifs** :

L'essentiel du renouvellement provient du dispositif de formation initiale.

La plupart des effectifs d'étudiants formés sont encadrés par des quotas régionaux : numerus clausus de la PACES (1ère année commune de médecine, kinésithérapie, sage femmes, dentiste et pharmacien), quotas des écoles paramédicales, effectifs d'internes en médecine…

Ces quotas régionaux s'inscrivent pour les principales professions en nombre comme les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pharmaciens…, à l'intérieur de quotas nationaux répartis entre les régions.

Cependant leur détermination est difficile à calquer sur les besoins dont l'évaluation est peu aisée à moyen terme, et reste aussi contrainte par les capacités de l'appareil de formation : financements, encadrement, locaux, lieux de stage … De plus, un taux d'abandon, parfois élevé dans certaines formations (infirmier...), en partie lié probablement à la baisse du niveau de recrutement issu des augmentations de quotas, peut être observé et fausse les prévisions initiales ayant servi à établir ces seuils.

Parmi les professionnels formés dans la région, les fuites extra-régionales peuvent être importantes, surtout si les personnes ne sont pas originaires de la région : plus de 90% des

étudiants de l'école régionale d'orthophonie ne sont pas picards ; seulement ¼ des internes en médecine envisagent une installation à long terme dans la région, bien que 2/3 soient originaires de Picardie ou des régions limitrophes.

De plus, un certain nombre de professionnels, s'ils restent dans la région, ne s'installent pas. Des périodes de remplacements sur de longues périodes peuvent être observées, c'est notamment le cas des jeunes généralistes libéraux avec un âge moyen d'installation se rapprochant de 40 ans. Le remplacement ne serait plus vu comme une transition entre les études et la vie active mais comme un véritable mode d'exercice, au moins pendant plusieurs années.

En Picardie, lors de la première inscription au tableau de l'ordre, en moyenne 14, 9 % des médecins choisissent le statut de remplaçant contre 20, 5 % en moyenne en France. Et la part des médecins salariés est plus importante en Picardie 76,6 % contre 68, 8 %.

LES MODES D'EXERCICE – PREMIERE INSCRIPTION ORDINALE EN 2011

Source : Démographie Médicale en région Picardie, de l'observé à l'inattendu, CNOM, 2012.

Si la région Picardie semble attractive pour les primo-inscriptions incluant les chefs de clinique, comme le note le Conseil National de l'Ordre des Médecins, cette attractivité est toute relative. Elle se justifie, entre autre, par sa position géographique entre les régions Nord-Pas-de-Calais et Ile-de-France, biaisée par les résultats de l'ECN qui déterminent les lieux de formation des futurs médecins en fonction de leur rang de classement.

Diplômées, ces primo-inscriptions vont rester en moyenne trois ans dans leur région de formation. À titre d'exemple, les médecins remplaçants (1ère inscription) vont exercer en moyenne trois ans. Une fois qu'ils auront déterminé leur mode d'exercice en activité régulière (libéral/salarié/hospitalier/remplaçant…), ils quitteront la Picardie pour exercer de façon préférentielle en Ile-de-France ou dans le Nord-Pas-de-Calais.

Concernant les chefs de clinique, dès qu'ils ont obtenu leur diplôme de spécialiste, ils quittent également leur région de formation.

Des échappements vers des spécialisations permettant de s'extraire de son métier ou de son exercice de base peuvent également être constatés : alors qu'on prévoit que la moitié des internes en médecine d'une génération seront orientés essentiellement vers la médecine libérale de 1er recours, nombre d'entre eux s'orientent vers des exercices hospitaliers avec des compétences telles que soins palliatifs, urgences, addictologie, gériatrie ou libéral sur des modes d'exercice particulier : ostéopathie, homéopathie…

- Par ailleurs, certaines formations se font hors région et nombre de picards ainsi formés ne reviennent pas systématiquement en Picardie *:* chirurgiens dentistes, radiophysiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes…

Ce déficit est compensé partiellement par l'installation importante de professionnels diplômés à l'étranger (CEE, hors CEE) : 79 % des nouveaux médecins installés dans l'Aisne sont à diplômes étrangers, majoritairement de Roumanie, 50 % (CNOM, 2011).

Toutefois ces professionnels diplômés à l'étranger ont tendance à se concentrer sur certains statuts (exemple des médecins pour les postes hospitaliers) ou métiers : orthophonie, kinésithérapie….Et au-delà des démarches administratives, les problèmes prédominants demeurent la maîtrise de la langue, des techniques propres à chaque métier et l'insertion socioculturelle. Ainsi si la plupart de ces professionnels s'intègrent bien, des échecs aussi bien en secteur libéral qu'hospitalier, peuvent être notés.

1-1-2-2 Offre de soins de 1er recours

La notion de soins de premier recours est issue des états généraux de l'organisation de la santé. Elle a été consacrée par la loi hôpital, patients, santé et territoires, qui la définit au travers de ses trois fonctions :

1) entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,
2) suivi du patient et coordination de son parcours,
3) relais des politiques de santé publique : prévention, dépistage, éducation thérapeutique, éducation à la santé.

Le premier recours et les professionnels qui y participent, médecins généralistes, notamment, mais aussi pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, sages femmes, orthophonistes sont donc au centre de la cohérence des parcours de santé, au travers de la coordination des soins, de leur continuité et de la qualité des prises en charge.

France entière, la répartition des généralistes et des pharmaciens est en adéquation avec celle de la population en France métropolitaine. Selon une étude publiée par la DREES en 2010, les médecins généralistes libéraux constituent le 3ème des 137 équipements et services pour lesquels l'adéquation avec la population est actuellement la meilleure, après les pharmacies (1er rang) et les salons de coiffure (2ème rang) et avant les boulangeries (4ème rang). Cette étude relève que 90 % des inégalités de répartition s'observent entre les bassins de vie d'une même région.

LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

Au 1er janvier 2011, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins recensent 5 870 médecins, 4 883 actifs et 987 retraités. Avec une densité médicale de 237, 1 médecin pour 100 000 habitants, la région comptabilise la plus faible densité médicale en France métropolitaine.

LES DENSITES MEDICALES REGIONALES AU 1ER JANVIER 2011

Source : Démographie Médicale en région Picardie, de l'observé à l'inattendu, CNOM, 2012.

Moyenne nationale en 2012 : 306,2/100 000 habitants
Moyenne nationale en 1979 : 240/100 000 habitants

Les projections démographiques réalisées par le CNOM montrent que le nombre d'actifs a baissé de 0, 85 % entre 2007 et 2012. Cette tendance devrait se poursuivre ; en 2017 le nombre d'actifs devrait avoir diminué de – 1, 6 % alors que le nombre de retraités devrait croitre de façon exponentielle (+ 85, 8 %). La Picardie comme le montre le tableau figurant ci-après n'échappe pas à cette tendance.

La situation de la démographie des médecins généralistes libéraux de Picardie n'est pas homogène sur l'ensemble de la région. Chaque département présente des caractéristiques qui conduisent à des problématiques propres.

Ainsi, en 2011, la densité de l'Aisne est meilleure que celle de l'Oise, mais les perspectives d'évolution sont plus sombres. La part des 55 ans et plus, 53 % contre 45 % dans l'Oise, laisse présager une chute des effectifs plus précoce que dans le reste de la région.

Le manque d'installation de médecins en début de carrière se traduit par une élévation de l'âge moyen de 3 ans en 5 ans. La Somme est moins concernée, ses médecins vieillissant de 2 ans et demi en moyenne entre 2006 et 2011.

EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE EN MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX EN PICARDIE ENTRE 2006 ET 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	440	620	586	1 646	60 974
évolution 2006-2011 (en %)	-3,3	0,2	-2,3	-1,7	0,0
Densité (pour 100 000 hab.)	81	76	102	85	96
évolution 2006-2011 (en %)	-4,2	-2,2	-3,8	-3,3	-2,9
Part des 55 ans et plus (en %)	52,5	44,5	38,9	44,7	45,2
Âge moyen (en années)	53,9	52,7	50,6	52,3	52,4
évolution 2006-2011 (en années)	3,2	3,2	2,5	3,0	2,9
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

L'effectif des médecins généralistes libéraux n'a pas évolué en France métropolitaine entre 2006 et 2011. En Picardie, en revanche, ce nombre a diminué de 1,7 %. Le département de l'Aisne est le plus touché avec une diminution des effectifs de 3,3 % sur 5 ans. Tandis que dans l'Oise, une légère croissance est observée.

Rapporté à la population qui, elle, évolue positivement, le constat est plus marqué. Au niveau national, la stabilité des effectifs de médecins généralistes libéraux face à la croissance démographique conduit à une baisse de la densité de près de 3 %.

La densité picarde est 10 points en deçà de la densité nationale. Seul le département de la Somme, avec le chef-lieu de région, présente une densité supérieure à la densité nationale.
Si la part des médecins de plus de 55 ans est similaire en Picardie et en France métropolitaine (45 %), cette tranche d'âge compte plus de la moitié des médecins de l'Aisne contre moins de 40 % des médecins généralistes libéraux de la Somme.

Mais il est plus intéressant d'évaluer l'accessibilité géographique aux médecins généralistes.

Les mesures de l'accessibilité spatiale aux médecins qui sont classiquement utilisées sont la densité médicale et la distance d'accès aux soins, à savoir la distance d'accès au médecin le plus proche. Toutefois, la densité médicale, en tant qu'indicateur de l'accessibilité spatiale de la population aux médecins, présente l'inconvénient majeur de ne pas tenir compte de l'interaction avec les unités géographiques voisines, et de donner une image uniforme de l'offre pour un ensemble de communes de la même zone, qu'elles soient bien ou mal desservies. La densité médicale ignore ainsi les déplacements des populations à travers les frontières administratives alors que ceux-ci sont nombreux pour des zones de petites tailles comme les communes.

Afin de pallier ces limites, des travaux récents ont été conduits par l'IRDES et la DREES[3]. Ils proposent un nouvel indicateur original et enrichi de l'accessibilité spatiale aux soins : l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). La première application a été faite aux médecins généralistes libéraux.

Cet indicateur tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

[3] L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, Question d'Economie de la Santé n°174, Mars 2012.

En 2010, l'Accessibilité potentielle localisée (APL) est, en moyenne, de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes pour 100 000 habitants en France, mais elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus élevée.

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux

D'une manière générale, l'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux est, en moyenne, plus élevée pour les habitants des communes urbaines. Au sein de ces communes, les habitants des moyens ou petits pôles ont une meilleure accessibilité (81 ETP pour 100 000 habitants) que ceux des grands pôles (75 ETP pour 100 000 habitants). Au sein des communes rurales, les communes rurales isolées ont une accessibilité plus élevée (63 ETP pour 100 000 habitants) que les communes rurales situées en périphérie des pôles (52 ETP pour 100 000 habitants).

En Picardie, 7, 5 % de la population picarde répartie dans 407 communes, soit 142 184 habitants, ont une accessibilité inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants

Afin d'avoir une approche globale de l'accessibilité de la population aux services de santé, la notion d'accessibilité géographique aux services de santé doit être complétée par celle **d'accessibilité sociale et financière.**

La Commission Spécialisée des Droits des Usagers du système de santé de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie a d'ailleurs souhaité disposer, dans son rapport 2011, d'analyses concernant les dépassements d'honoraires en Picardie.

Selon une étude de la Cnamts[4], le montant des dépassements des honoraires libres pratiqués en France représente en 2010, 2,5 milliards d'euros (350 millions d'euros pour les généralistes, 2,1 milliards d'euros pour les spécialistes), contre 900 millions d'euros en 1990.

[4] « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système » - Point d'information du 17 mai 2011

Cette étude, qui a consisté à analyser l'évolution du secteur 2[5] depuis 1985 et sa situation en 2010, montre que pour certaines spécialités ou dans certaines zones géographiques, il existe d'importants dépassements d'honoraires qui peuvent générer des difficultés d'accès aux soins ou d'importants restes à charge pour les assurés, notamment les plus modestes.
Ainsi, il apparait que plus de 4 médecins spécialistes sur 10 installés exercent en secteur 2 en 2010.

En France, 1 médecin sur 4 peut facturer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs conventionnels fixés. Il s'agit dans la quasi-totalité des cas de médecins exerçant en secteur 2 et, de manière marginale (300 médecins, moins de 1% des effectifs) de praticiens installés en secteur 1 avec droit permanent à dépasser.
Ce taux moyen recouvre néanmoins des différences importantes d'une spécialité à l'autre :

S'agissant des Médecins généralistes, seuls 11% des médecins omnipraticiens exercent en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent (DP). Cette proportion est même plus faible (7%) si l'on considère uniquement ceux qui exercent effectivement la médecine générale (hors mode d'exercice particulier : acupuncteur, homéopathe, angiologue…). Pour les généralistes ayant un mode d'exercice particulier (MEP), l'exercice en secteur 2 est nettement plus développé avec 38% de ces médecins concernés.

POIDS DU SECTEURS 2 ET DU SECTEUR 1 EN DEPASSEMENT SELON LES SPECIALITES

	France		Picardie	
	Part des effectifs en secteur 2 ou secteur 1 DP - année 2010	Effectifs concernés	Part des effectifs en secteur 2	Effectifs secteur 2
Généralistes	**11%**	6000	**7%**	120
Généralistes sans mode d'exercice particulier	7%	3400		
Médecins à exercice particulier	38%	2600		
Autres spécialistes	**41%**	18400	**30%**	335
Chirurgiens	85%	3850	60%	92
Anesthésistes	34%	1000	29%	18
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	66%	700	35%	31
Gynécologues médicaux	49%	1650	15%	5
ORL	56%	1050	55%	26
Ophtalmologues	53%	2200	58%	63
Dermatologues	40%	1200	36%	20
Gastro-entérologues	40%	700	16%	8
Pédiatres	32%	700	9%	5
Total médecins	**24%**	24400		455

Source : SNIR - Médecins libéraux actifs à part entière (médecins libéraux de moins de 65 ans, ayant exercé sur l'ensemble de l'année et hors hospitaliers
temps plein ayant un secteur privé) - France Métropolitaine

De manière globale, la proportion de médecins en secteur 2 ou en secteur 1 DP est stable depuis une dizaine d'années, après avoir atteint un pic en 1990 avec un taux de 31% des médecins. La situation est contrastée entre médecins généralistes et les autres spécialistes.

[5] Cf Annexe 1

La part des médecins généralistes pouvant facturer des dépassements d'honoraires a diminué de 22% en 1990 à 11% en 2010.

Pour les généralistes exerçant la médecine générale sans mode d'exercice particulier, le nombre de médecins en secteur 2 ou 1 DP diminue régulièrement (-3% par an). Ils représentent aujourd'hui 7 % de l'ensemble de ces professionnels contre 10 % en 2000 et 16 % en 2010.

Evolution sur longue période de la part des effectifs en secteur 2 et secteur 1 avec DP

	France							Picardie		
	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2004	2009	2010
Généralistes	**16%**	**22%**	**18%**	**14%**	**13%**	**11%**	**11%**	**8%**	**7%**	**7%**
Généralistes sans mode d'exercice particulier	12%	16%	13%	10%	9%	7%	7%			
Médecins à exercice particulier	49%	61	55%	49%	44%	38%	38%			
Autres spécialistes	**30%**	**42%**	**38%**	**37%**	**38%**	**40%**	**41%**	**25%**	**29%**	**30%**
Chirurgiens	55%	73%	74%	79%	79%	85%	85%	53%	57%	60%
Anesthésistes	12%	28%	23%	22%	26%	33%	34%	14%	26%	29%
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	36%	56%	52%	51%	53%	54%	66%	33%	30%	35%
Gynécologues médicaux							49%	13%	14%	15%
ORL	41%	56%	52%	52%	55%	55%	56%	42%	51%	55%
Ophtalmologues	35%	52%	49%	49%	51%	53%	53%	53%	54%	58%
Dermatologues	32%	51%	45%	41%	41%	40%	40%	30%	32%	36%
Gastro-enterologues	28%	44%	39%	37%	38%	40%	40%	14%	16%	16%
Pédiatres	31%	42%	36%	34%	33%	32%	32%	12%	9%	9%
Total médecins	**22%**	**31%**	**27%**	**25%**	**24%**	**24%**	**24%**			

Source : SNIR - Médecins libéraux - Actifs à part entière - France Métropolitaine

Au 1er mars 2011, la Picardie comptait 2 759 médecins libéraux (1 649 généralistes et 1 110 spécialistes) parmi lesquels 16 % exercent en secteur 2.

En Picardie, l'exercice en secteur à honoraires libres est plus contenu en médecine générale (7% des effectifs libéraux) et se retrouve essentiellement parmi les médecins exerçant une activité particulière (acupuncteurs, angiologues et homéopathes).

Une pratique en secteur 2 moins présente en Picardie qu'en France métropolitaine

En France, la proportion de praticiens exerçant en secteur à honoraires libres était en 2009 de 11% pour les médecins généralistes et 40% pour les spécialistes. La même année, la Picardie présentait des taux plus faibles avec 7% des médecins généralistes et 29% des spécialistes concernés, et l'écart avec le niveau national était très important pour certaines spécialités, notamment, la gynécologie (27% en Picardie contre 54% en France), la chirurgie (57% contre 83%), la pédiatrie (9% contre 33%), la gastro-entérologie (16% contre 39%), la pneumologie (3% contre 18%), la psychiatrie (19% contre 30%) et la dermatologie (32% contre 43%).

L'étude nationale montre par ailleurs que si la proportion de médecins spécialistes en secteur 2 est équivalente entre 2010 et 1990, le niveau des dépassements n'a, quant à lui, cessé de progresser depuis la création du secteur 2, et ce, à un rythme soutenu.

Par rapport au tarif opposable, le dépassement facturé moyen était de 23% en 1985, 29% en 1995, 37% en 2000, 49% en 2005 et s'élève à 54% en 2010.
A titre d'exemple, pour un acte dont le tarif de remboursement est fixé à 100 euros, le dépassement moyen atteint 54 euros, soit un total de 154 euros facturé à l'assuré.

L'augmentation des dépassements est particulièrement marquante entre 1995 et 2005, avec un léger ralentissement observé depuis. Cependant, de manière générale, les dépassements d'honoraires progressent année après année.

Evolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2

	France								Picardie
	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010		2010
Généralistes	35%	41%	40%	43%	43%	45%	44%		39%
Généralistes sans mode d'exercice particulier	16%	22%	18%	37%	34%	37%	38%		
Médecins à exercice particulier				54%	49%	56%	53%		
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	49%	52%	54%		44%
Chirurgiens	21%	20%	24%	32%	52%	53%	56%		51%
Anesthésistes	22%	18%	23%	36%	50%	49%	51%		30%
Gynécologues chirurgicaux et obstétriciens	27%	34%	40%	50%	64%	73%	76%	83%	42%
Gynécologues médicaux								58%	101%
ORL	20%	25%	28%	35%	44%	46%	48%		45%
Ophtalmologues	21%	29%	33%	41%	55%	59%	60%		61%
Pédiatres	23%	31%	24%	43%	49%	61%	64%		36%

Source : SNIR - Médecins libéraux - Actifs à part entière - France Métropolitaine

En Picardie, les médecins généralistes en secteur à honoraires libres pratiquent un taux moyen de dépassement égal à 39% contre 44 % en moyenne.

PHARMACIENS

Avec 42 pharmaciens titulaires d'officine (donc pharmacies) pour 100 000 habitants, l'équipement de la Picardie est inférieur de 5 points à celui de la France métropolitaine. La répartition est inégale sur le territoire régional. L'Oise ne compte que 37 pharmacies pour 100 000 habitants contre 48 dans la Somme.

Le nombre de détenteurs augmente plus vite que la population en Picardie, alors que le rapport est négatif pour la France (densité de pharmacies en baisse de 0,6 % au niveau national contre +2,2 % en Picardie).

Les créations de pharmacies étant limitées, ce sont les effectifs d'adjoints qui augmentent fortement (16 % en 5 ans). En suivant cette tendance, il y aura rapidement plus d'adjoints que de titulaires.
Dans l'ensemble, le nombre de pharmaciens libéraux a cru de plus de 8 % entre 2006 et 2011.

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif des titulaires d'officine	237	301	273	811	29 953
évolution 2006-2011 (en %)	4,9	3,4	3,8	4,0	2,4
Densité (pour 100 000 hab.)	44	37	48	42	47
évolution 2006-2011 (en %)	3,9	1,0	2,2	2,2	-0,6
Effectif des adjoints d'officine	184	261	274	719	24 977
évolution 2006-2011 (en %)	15,0	15,5	10,5	13,4	16,3
Densité (pour 100 000 hab.)	34	32	48	37	40
évolution 2006-2011 (en %)	14,0	12,8	8,8	11,5	13,0
Effectif total	421	562	547	1 530	54 930
évolution 2006-2011 (en %)	9,1	8,7	7,0	8,2	8,3
Densité (pour 100 000 hab.)	78	69	95	79	87
évolution 2006-2011 (en %)	8,1	6,2	5,4	6,4	5,2

Sources : EcoSanté, Insee. Données : ADELI (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).

CHIRURGIENS DENTISTES

La situation démographique des chirurgiens-dentistes est la plus dégradée. La chute des effectifs est aigüe, la région a perdu 6 % de ses praticiens en 5 ans, contre 2 % dans l'ensemble de la France métropolitaine.
Les perspectives sont également négatives avec un âge moyen de 50 ans, accompagné d'un vieillissement plus rapide que dans le reste du pays.
Pourtant, la densité régionale est déjà fortement éloignée de la densité nationale, avec 36 dentistes pour 100 000 picards contre 57 pour 100 000 métropolitains.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX EN PICARDIE AU 1ER JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	211	294	192	697	36 102
évolution 2006-2011 (en %)	-7,5	-6,1	-3,5	-5,8	-1,8
Densité (pour 100 000 hab.)	39	36	34	36	57
évolution 2006-2011 (en %)	-8,3	-8,3	-5,0	-7,4	-4,6
Part des 55 ans et plus (en %)	37,4	38,4	38,5	38,2	33,5
Âge moyen (en années)	49,0	49,8	50,8	49,9	48,5
évolution 2006-2011 (en années)	49,0	49,8	50,8	49,9	48,5
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

INFIRMIER

En revanche, la démographie des infirmiers libéraux est très dynamique. Entre 2006 et 2011, les effectifs ont cru de près de 25 %, sur la France métropolitaine. Elle a été plus faible en Picardie avec une croissance de 21 %. Les effectifs d'infirmiers libéraux ont cru trois fois plus dans l'Aisne que dans l'Oise.

La densité en infirmiers libéraux dans l'Oise est égale à la moitié de la valeur nationale. Cette faible offre n'est pas compensée par des places de structures de soins infirmiers à domicile. L'Oise est le département qui compte le moins de places de SIAD par habitant (16 places pour 10 000 habitants contre 20 en moyenne pour la région et 24 pour l'Aisne).

L'augmentation des quotas d'entrée dans les écoles de formation a permis de stabiliser et même, en Picardie, de diminuer l'âge moyen des infirmiers libéraux. Ce dernier reste élevé, autour de 45 ans en moyenne. En partie, du fait du parcours professionnel des infirmiers qui ont tendance à s'installer en libéral après une longue période de salariat.

LES INFIRMIERS LIBERAUX EN PICARDIE AU 1ER JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	466	405	438	1 309	63 753
évolution 2006-2011 (en %)	33,5	9,5	20,3	20,9	24,1
Densité (pour 100 000 hab.)	86	50	76	68	101
évolution 2006-2011 (en %)	32,3	6,9	18,5	18,8	20,5
Part des 55 ans et plus (en %)	16,1	15,8	18,3	16,7	17,6
Âge moyen (en années)	43,7	45,2	44,6	44,5	44,9
évolution 2006-2011 (en années)	-0,5	0,8	-1,2	-0,3	0,2
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

MASSEURS KINSETHERAPEUTES

Les Masseurs-kinésithérapeutes connaissent une croissance de leur effectif supérieure à celle de la population générale. Ainsi, leur densité dans la population a-t-elle augmenté de 11 % au niveau national. La tendance est beaucoup plus faible pour la Picardie avec une évolution de seulement 4 %.

Les départements de l'Aisne et de l'Oise ont un profil démographique très proche, à ceci près que la part des 55 ans et plus est de 10 points inférieure à celle de l'Aisne.

Le département de la Somme suit la tendance nationale en entretenant un retard sur la densité avec 61 masseurs pour 100 000 habitants contre 80 en moyenne sur le territoire métropolitain.

LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX EN PICARDIE AU 1ER JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	235	348	351	934	50 670
évolution 2006-2011 (en %)	0,4	3,6	12,9	6,0	14,5
Densité (pour 100 000 hab.)	43	43	61	48	80
évolution 2006-2011 (en %)	-0,5	1,1	11,2	4,2	11,2
Part des 55 ans et plus (en %)	28,1	19,8	17,1	20,9	20,4
Âge moyen (en années)	43,9	43,9	40,9	42,8	42,2
évolution 2006-2011 (en années)	-0,2	0,9	-1,3	-0,2	-0,3
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

SAGES FEMMES

L'effectif des sages-femmes étant faible, les évolutions ne peuvent être commentées qu'au niveau régional, voire national.

L'écart entre la densité nationale (5 sages femmes pour 100 000 habitants) et celle régionale (2) est important. Cependant, la région est dans une dynamique de rattrapage.

LES SAGES-FEMMES LIBERALES EN PICARDIE AU 1ER JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	14	18	10	42	3 097
évolution 2006-2011 (en %)	250,0	20,0	100,0	75,0	43,7
Densité (pour 100 000 hab.)	3	2	2	2	5
évolution 2006-2011 (en %)	246,8	17,2	97,0	72,0	39,6
Part des 55 ans et plus (en %)	14,3	16,7	10,0	14,3	16,6
Âge moyen (en années)	43,1	48,9	42,7	45,5	44,8
évolution 2006-2011 (en années)	-7,9	3,9	-1,7	-0,4	0,4
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

ORTHOPHONISTES

L'orthophonie est la seule profession paramédicale étudiée ici qui a connu une croissance de son effectif (27,3 %) plus forte qu'au niveau national (22,7 %).

Cette augmentation des effectifs est mal répartie entre les départements. Les effectifs d'orthophonistes libéraux ont cru de plus de 50 % dans la Somme pour seulement 13 % dans l'Oise.

L'écart entre la densité nationale d'orthophonistes (24 pour 100 000 habitants) et celle de Picardie (16) est donc pour autant loin d'être comblé.

Les professionnels libéraux ont un âge moyen peu élevé entre 37 et 44 ans en Picardie. Les plus de 55 ans représentent concomitamment une faible proportion des effectifs. 12 % des orthophonistes ont ainsi plus de 55 ans et même moins de 6 % dans la Somme.

LES ORTHOPHONISTES LIBERAUX EN PICARDIE AU 1ER JANVIER 2011

Indicateur	Aisne	Oise	Somme	Picardie	France métro.
Effectif	78	121	104	303	14 899
évolution 2006-2011 (en %)	23,8	13,1	52,9	27,3	22,7
Densité (pour 100 000 hab.)	14	15	18	16	24
évolution 2006-2011 (en %)	22,7	10,4	50,6	25,2	19,1
Part des 55 ans et plus (en %)	10,3	18,2	5,8	11,9	18,8
Âge moyen (en années)	39,8	44,0	36,8	40,4	41,6
évolution 2006-2011 (en années)	1,1	1,2	-0,2	0,4	0,2
Sources : EcoSanté, Insee. Données : SNIR (01/01/2006, 01/01/2011), RGP (01/01/2006), Omphale (01/01/2011).					

ANALYSE QUALITATIVE

Cet état des lieux quantitatif est à confronter avec une analyse qualitative et en particulier les évolutions structurelles de notre système de santé depuis ces dix dernières années, et celles d'ores et déjà annoncées.
Plusieurs constats illustrent la transition en cours de notre système de santé :

- En 2004 déjà, l'Observatoire européen de l'OMS indiquait qu'une des faiblesses du système de santé français était le manque voire l'absence de coordination et de continuité des soins entre des intervenants exerçant isolément, qui pouvait se traduire par des processus de soins non-adéquats mais aussi par des redondances d'actes et des gaspillages.

Une étude récente de ce même Observatoire indique que ces problème persistent et qu'ils résident également dans le manque de coordination entre l'hôpital et l'ambulatoire, entre le public et le privé et entre soins et santé publique.

- Le patient et les usagers sont de plus présents dans le fonctionnement du système de santé, et ils contribuent à l'évolution du « colloque singulier ».

Une revue de la littérature permet d'identifier trois principales évolutions :

1. la satisfaction des besoins de santé est devenue progressivement un objectif en soi des réformes visant à améliorer la qualité des soins, notamment en milieu hospitalier.

2. l'incidence croissante des maladies de longue durée ou maladies chroniques participe à l'émergence et au renforcement de nouveaux besoins notamment en termes de coordination des recours au système de santé (cf paragraphe suivant), de prévention des complications ou encore d'implication du patient dans la prise en charge de son ou de ses problèmes de santé.

3. dans certaines situations cliniques caractérisées par un niveau relativement élevé d'incertitude au regard du rapport bénéfice risque des différentes options thérapeutiques, il est recommandé d'associer le patient à la prise de décision médicale. Il s'agit par exemple des domaines du Cancer, du VIH

La prise de décision médicale constitue un processus complexe et le dialogue entre patients et professionnels de santé devient essentiel afin que la prise de décision intègre les préférences, éclairées, du patient.

Dans le cas de pathologies chroniques qui s'inscrivent de fait dans la durée, le patient doit presque toujours participer activement à son traitement, et de ce fait acquérir des connaissances non seulement sur sa pathologie mais également sur les thérapeutiques associées. Le patient dès lors n'est plus passif, mais contribue activement à sa prise en charge.

Les bénéfices attendus d'une plus grande prise en compte du point de vue des patients, et de sa plus grande implication sont multiples. Il s'agit en premier lieu d'obtenir de meilleurs résultats de santé via l'observance thérapeutique, mais également de contribuer à une meilleure utilisation des ressources médicales et paramédicales (utilisation appropriée, temps et en volume, des différentes offres de soins, etc.) et une perception améliorée de la qualité du système de santé. Ainsi, une plus grande prise en compte des préférences des patients est un facteur potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des systèmes de santé.

- Dans ce contexte, placer le patient au sein d'un continuum, et lui garantir une prise en charge globale, continue et pluridisciplinaire dans ses différentes dimensions apparaît dès lors comme une idée force.

L'hyper-spécialisation et la complexité de l'activité médicale suppose ainsi une coordination des différents intervenants dans le processus de production de soins et une coopération entre professionnels de santé, qu'il s'agisse d'une activité de ville ou en établissement de santé.

La notion de parcours de soins s'impose progressivement comme une réponse adaptée en particulier pour les personnes âgées et les patients atteints de pathologies chroniques, mais aussi pour les financeurs.

Cette notion de parcours intégrera demain plus qu'aujourd'hui, une dimension « santé publique » (prévention, éducation, suivi) et de coordination dans l'activité des acteurs ambulatoires du premier recours.

Ces parcours de soins doivent aussi intégrer une dimension « soins et vie à domicile » (réseaux de santé, services de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile, centres de soins infirmiers…) en développant si nécessaire des programmes personnalisés d'accompagnement des malades.

Dès lors que ces modalités de travail sont appelées à se développer à côté des prises en charge ponctuelles classiques pour chaque acteur du premier recours, les tâches de chacun

de ces acteurs évoluent et évolueront de plus en plus et avec eux, les référentiels métiers et les répartitions des tâches de chacun.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) en intégrant désormais un volet ambulatoire, devient un véritable levier pour accompagner et favoriser l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et de premier recours, entre les acteurs de ce premier recours et dans leurs relations avec les usagers, les établissements de santé et le médico-social.

OBJECTIFS

L'ARS dispose de plusieurs outils et leviers pour permettre d'améliorer l'attractivité de la région et d'accompagner l'évolution des prises en charge de soins primaires. Certains outils et leviers sont communs et ont l'ambition d'apporter des réponses à ces deux enjeux.

ENJEU N°1 : RENDRE LA REGION ATTRACTIVE POUR LES PROFESSIONNELS

La formation, l'accompagnement de l'installation et la fidélisation des professionnels de santé sont des clés essentielles de la réussite pour rendre la région attractive envers les professionnels.

2.1 Accroitre les effectifs au travers des capacités de formation

L'objectif est de développer une gestion prospective des ressources et des compétences des professionnels de santé et de leur présence sur les différents territoires.
Dans cette perspective, il convient d'anticiper les évolutions de la démographie des professionnels afin de prévenir les déficits de certaines professions, d'analyser et d'adapter les besoins de formations, d'identifier les métiers sensibles (sanitaires, médico-sociaux), de faire évoluer l'offre de stage en fonction des besoins identifiés, en particulier en ambulatoire.

2.1.1 Rendre attractive la région comme terrain de formation

Contribuer à renforcer l'attractivité de la région, renforcer la coordination entre les institutions (Conseil Régional, Université, …), favoriser l'installation des professionnels, … tels sont les nombreux objectifs poursuivis par l'ARS et partagés avec les autres institutions publiques et les représentants régionaux des professionnels.

Dans cette perspective, plusieurs actions développées par l'ARS en lien avec ses partenaires doivent être poursuivies et amplifiées :

1. Faire du **Comité Régional de l'Observatoire National des Professions de Santé** une réelle instance de propositions. Concernant les propositions pluriannuelles sur les effectifs à former, pour lesquels l'ARS est sollicitée par le niveau ministériel, elles doivent être bien coordonnées en particulier avec la Région Picardie compte-tenu de ses compétences en matière de formations paramédicales. Ce comité doit aussi être une instance de dialogue sur les enjeux et les réponses à apporter aux évolutions des pratiques professionnelles, aux problématiques des territoires isolés notamment.

2. **Le Séminaire d'accueil des internes** : le 1er séminaire a eu lieu en octobre 2005, la Picardie étant alors parmi les 1ères régions en France à mettre en place cette initiative. Organisé notamment avec le Conseil Régional, l'UFR de médecine, l'URPS représentant les médecins, ce séminaire a pour objectif d'officialiser l'arrivée de ces jeunes médecins en formation dans notre région, leur reconnaître une place importante dans le dispositif de soins, leur donner les outils pour commencer au mieux leur internat et contribuer à renforcer une cohésion de groupe. Il permet aux étudiants de mieux connaître la région et ses établissements ainsi que le dispositif de l'internat et l'enseignement des spécialités. A cette occasion, le guide de l'interne en médecine de Picardie, actualisé chaque année, est remis à chaque étudiant.

La Picardie accueille actuellement près de 750 internes. Ce chiffre a quasiment doublé en 5 ans, notre région figurant parmi celles qui ont connu la plus forte augmentation. En 2011, sur 218 postes d'internes proposés en région picarde à l'issu de l'Examen Classant National, 80 % ont ainsi été pourvus : 69 en médecine générale, ce qui représente 62 % des postes proposés en Picardie, 105 pour les autres spécialités.

3. **Le séminaire des carrières :** il s'agit de proposer aux internes susceptibles de sortir du dispositif de l'internat, dans un intervalle plus ou moins rapproché, des informations et un accompagnement afin de faciliter leur installation en secteur libéral ou salarié, de préférence en Picardie. Dans cette perspective, une information détaillée relative aux dispositifs existants de post internat (dispositif assistant partagé) pourra être fournie aux internes ainsi qu'une information complète relative aux aides et accompagnement à l'installation existants (PAPS, Carto-santé….).

4. Accompagner la réforme Licence Master Doctorat (LMD) des formations paramédicales :

L'intégration des formations paramédicales dans le schéma LMD est un engagement européen qui vise à améliorer la visibilité des formations, la mobilité des étudiants et des professionnels, à faciliter les parcours de formation et à développer la recherche.

Cette démarche doit répondre à de fortes attentes, en particulier améliorer la qualité des soins, tenir compte des évolutions des métiers de la santé, offrir des déroulements de carrière rénovés et des changements d'orientations en cours. Elle constitue donc un enjeu majeur pour la Picardie, et l'ARS.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Faire du Comité Régional de l'ONDPS une réelle instance de propositions	Propositions pluri-annuelles des effectifs de professionnels de santé à former	Remontées des propositions à l'ONDPS : - Médecins : mars - Pharmaciens : septembre	100 %
		Taux d'adéquation des professionnels formés aux places de formation ouvertes	90%
	Analyse du devenir des étudiants et internes picards et identification des leviers d'actions	Rapport du CRONDPS	2014
	Professionnels à diplômes étrangers : réflexion pour accompagner leur installation et favoriser leur intégration en Picardie	Rapport du CRONDPS	2015
Améliorer l'accueil des internes en Picardie	Organisation du séminaire d'accueil des internes au regard des évaluations antérieurs	- Taux de participation - Recueil du taux de satisfaction des internes (questionnaire d'évaluation)	100% 90%
	Actualisation annuelle du Guide de l'interne		100%
	Informer les internes des dispositifs financiers d'accompagnement		100%
Accompagner les internes en formation en Picardie	Mettre en place le séminaire des carrières	-Taux de participation - Recueil du taux de satisfaction des internes	50% 90%
Accompagner la réforme LMD	Amélioration de la visibilité des formations : campagne de communication	Conduite de la campagne de communication Organisation de rencontres dans les IFSI pour sensibiliser les jeunes sur les métiers de la santé Participation à une journée d'accueil au sein d'un institut de formation	2013

2.1.2 Augmenter les stages en ambulatoire et rechercher des collaborations avec les universités voisines

STAGES EN AMBULATOIRE

Les stages d'internes en médecine générale dans les établissements de santé autre que le CHU, les stages chez le praticien ainsi que les stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) sont autant de leviers potentiels pour amener les jeunes médecins à s'installer dans les zones autres qu'urbaines.

L'objectif de l'ARS est d'augmenter le nombre d'enseignants cliniciens ambulatoires (maître de stage en médecine générale de secteur libéral) afin d'optimiser leur formation pratique en médecine générale.

Actuellement, 110 médecins généralistes sont maîtres de stages en Picardie. Ce nombre est insuffisant. Les besoins en maîtres de stage croissent du fait non seulement de l'augmentation du nombre d'internes ayant choisi la spécialité de Médecine Générale (69 en 2009 pour 128 postes proposés, 106 en 2010 pour 138, 69 en 2011 pour 112) mais aussi par la mise en place de stage en 2ème cycle des études médicales. La découverte de l'exercice libéral est indispensable, quelque soit le mode d'exercice ultérieur.

De nombreuses motivations sont avancées par les médecins généralistes qui accueillent des internes et des externes : faire connaitre la médecine générale, partager, échanger transmettre un savoir, être en lien avec de futurs remplaçants ... Mais peu de médecins généralistes deviennent spontanément maître de stage. Seuls 4 % des médecins généralistes libéraux sont maîtres de stage en Picardie contre 6 % en moyenne au niveau national. Le manque d'information semble être un facteur expliquant ce constat.

Pour les étudiants, l'importance d'une formation pratique au contact des réalités de l'exercice de la médecine générale n'est plus à démontrer. En découvrant l'exercice réel de la médecine générale, les futurs médecins vont pouvoir faire leur choix professionnel de manière éclairée. Ces stages sont susceptibles de susciter des vocations en médecine générale, de recourir au renouvellement des générations de médecins généralistes et ainsi de contribuer au maintien et à l'amélioration de la couverture de la répartition de l'offre de soins de premier recours.

Plusieurs actions pourraient être menées afin de compléter ce vivier :

- Identifier, via une cartographie, les lieux de stage en médecine générale, ainsi que ceux qui disposent d'un lieu d'hébergement ;
- sensibiliser les professionnels de santé à devenir maître de stage, au travers d'une campagne d'information et de sensibilisation des médecins généralistes. En 2011 et 2012, des réunions d'information et de sensibilisation ont été organisées par l'Agence, l'UFR et l'URPS représentant les médecins.
- plus globalement faire évoluer l'offre de stage en fonction des besoins identifiés…

mettre en place pour les grades master des instituts de formations paramédicales d'un stage de recherche clinique

- mettre en place de stages inter-professionnels,

en particulier entre la médecine générale
et les formations paramédicales

COLLABORATION AVEC LES UNIVERSITES ET ARS VOISINES

La réalité des liens naturels entre la faculté de médecine de Reims et le département de l'Aisne interroge les modalités actuelles de gestion de l'internat et plus largement des stages des étudiants et du recrutement des maîtres de stage, inscrites dans les frontières administratives régionales.

Les établissements de l'Aisne et les praticiens de médecine libérale accueillent moins d'internes ou de stagiaires du fait de leur éloignement de la faculté de médecine d'Amiens.

L'objectif poursuivi par l'Agence est double :

- Définir les conditions d'une collaboration entre les facultés pour l'accueil des internes dans le département de l'Aisne

- Signer un accord entre les ARS, les Doyens des facultés de médecine de Picardie et Champagne Ardennes, et les Présidents des universités pour l'accueil des internes et le recrutement de maître de stage aux frontières des régions.

Cette démarche sera initiée avec la région Champagne Ardennes puis proposées aux régions Nord Pas de Calais et Haute Normandie.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Augmenter les stages en ambulatoire	Identification les lieux de stage en médecine générale, en particulier ceux disposant d'un lieu d'hébergement	Nombre de maîtres de stage (2e cycle et 3e cycle) Proportion d'étudiants ayant réalisé un stage en ambulatoire	A déterminer
	Sensibilisation les Professionnels de santé à devenir maître de stage	Campagne de sensibilisation	Tous les 2 ans
	Faire évoluer l'offre de stage en fonction des besoins identifiés	Taux de d'adéquation	90%
	Mettre en place pour les grades master des instituts de formations paramédicales d'un stage de recherche clinique		2016
	Faisabilité de stages inter-professionnels et mise en place éventuelle		2016
Collaboration avec les Universités et les ARS voisines	Définir les conditions d'une collaboration entre les facultés pour l'accueil des internes dans les établissements de l'Aisne	Note de cadrage	2013
	Signer un accord entre les ARS, les Doyens des facultés de médecine de Picardie et Champagne Ardennes, et les Présidents des universités	Signature de l'accord avec la région Champagnes Ardennes	2014
	Proposer aux autres régions voisines	Signature accord	2016

2.2 Favoriser l'installation des professionnels de santé en Picardie, notamment dans les zones fragiles

Afin de favoriser l'installation des professionnels de santé en région Picardie, les institutions publiques mobilisent les dispositifs existants en particulier :

- le contrat d'engagement de service public (CESP),
- le déploiement de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS),
- le développement des tutorats,

et développent plusieurs initiatives locales.

2.2.1 Favoriser l'installation des étudiants et internes en médecine au travers notamment des CESP

Le contrat d'engagement de service public prévoit que les étudiants en médecine pourront se voir accorder une allocation mensuelle de 1200 € bruts à partir de la 2ème année des études médicales.

En contrepartie, ils s'engageront à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation.

L'objectif principal est de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

L'ARS organise auprès des étudiants de médecine et des internes un dispositif de communication en lien avec l'UFR de médecine et les représentants des internes.
Ce contrat est présenté aux étudiants lors des pré-rentrées de septembre.
Une présentation est également faite lors du séminaire d'accueil des internes au mois d'octobre puis lors des choix de stage.

Un référent CESP au niveau de l'ARS répond aux demandes d'information, aux différentes questions facilitant ainsi la communication.

Plus généralement, une information est disponible sur le site internet de l'ARS et sur le site internet de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS).

Le CESP constitue un des leviers au problème de la démographie médicale. Dans le cadre de l'élaboration du SROS, la réflexion sur le dispositif du CESP doit être menée en lien étroit avec la détermination des zones prioritaires.

Dans cette perspective, il est proposé d'engager un travail partenarial avec l'UFR de médecine, l'URPS représentant les médecins et les représentants des internes pour cibler des lieux d'exercice attractifs et répondant à des besoins médicaux identifiés à court et moyen terme, des étudiants pouvant sortir d'études plusieurs années après la souscription du contrat. Un partenariat avec l'Ordre des Médecins est également envisagé pour la mise en œuvre effective de ce dispositif.

Enfin, un accompagnement individualisé des signataires va être mis en place par l'ARS en lien avec l'UFR de médecine afin de suivre l'évolution du projet professionnel de chacun d'entre eux tout au long de leur cursus. L'objectif de ces moments d'échange est, d'une part, de guider les étudiants et internes dans leur formation et leurs choix professionnels au regard des perspectives démographiques locales, et d'autre part, d'anticiper et d'accompagner une installation dans la région.

Au 31 août 2012, la région Picardie compte 28 signataires d'un CESP au total sur les années 2010- 2012.
Au titre de l'année universitaire 2012-2013, 18 contrats sont proposés aux étudiants et internes.

D'autres dispositifs régionaux incitant les étudiants en médecine à s'installer en Picardie existent.

Le Conseil Régional de Picardie propose deux dispositifs accessibles aux étudiants de 3e cycle de médecine. D'une part, l'allocation « déplacement » est réservée aux internes de 2e année qui, par convention, s'engagent à effectuer leur stage de médecine générale en milieu rural ou zones sensibles. D'autre part, l'allocation d'études permet aux internes de médecine générale de se voir attribuer une indemnité mensuelle de 400 € en contrepartie de laquelle ils s'engagent à exercer la médecine générale en milieu rural picard sur une durée équivalente à la durée d'allocation financière.

Dans le cadre du post internat, l'Agence Régionale de Santé contribue à développer les postes d'assistants spécialistes. Depuis 2008, la création de postes hospitaliers régionaux « à temps partagé » permet d'accompagner les internes, titulaires d'un D.E.S, ayant fait leurs études médicales en Picardie, désirant effectuer un post-internat de deux ans dans un des établissements publics de santé de Picardie de leur choix, avant de s'y installer sur un poste de praticien hospitalier. Le jeune médecin partage son temps d'activité entre le CHU d'Amiens et le centre hospitalier où il est affecté. Ce dispositif régional permet la création de 8 postes par an. Il complète le dispositif d'assistants spécialistes d'initiative nationale qui offre depuis 2009 un accompagnement financier lié à l'ouverture règlementaire du recrutement d'assistants par les CHU. Grâce à une enveloppe nationale, la Picardie se voit dotée de 12 postes pour 2012-2014 et 12 postes pour 2013-2015.

Par ailleurs, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux de Picardie propose aux étudiants en médecine une aide financière pour les thèses. Lors de la nécessité d'enquête sur la médecine libérale en Picardie, l'URPS prend en charge la logistique (impression, envoi, réception de questionnaires, possibilité d'utiliser un logiciel d'analyse) si le sujet de la thèse se rapporte à la prévention et au dépistage, l'organisation des soins, ou l'amélioration des pratiques médicales.

Parallèlement, le développement des nouvelles initiatives locales serait utile. Dans cette perspective, l'ARS souhaite proposer aux collectivités territoriales et aux services de l'Etat une réflexion pour développer en Picardie à l'instar d'autres types de formation (Sciences Politiques) des **filières d'excellence** pour les métiers de la santé. L'objectif serait d'attribuer, sur dossier scolaire, des bourses à des lycéens issus de zones sensibles, souhaitant intégrer une filière de formation aux métiers de la santé et s'installer en Picardie.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'installation des étudiants et internes en médecine au travers des CESP	Promouvoir le CESP dans le cadre d'une campagne de communication annuelle	- Nombre de candidatures - Nombre de signataires	90%
	Cibler et définir les lieux d'exercice dans les zones fragiles	- Nombre de lieux d'exercice publiés sur la liste nationale - Nombre de médecins signataires d'un CESP s'installant en Picardie	100% 75%
	Analyser les ruptures de contrats éventuels	Rapport d'étude annuel	100%
	Assurer l'accompagnement et le suivi individualisé des signataires	Tableau de bord de suivi	
Engager un travail de réflexion dans un souci de cohérence et de lisibilité des aides à l'installation des étudiants	Articuler l'ensemble des mesures et favoriser une communication auprès des étudiants	Rapport annuel	100%
Initiatives locales : développer une filière d'excellence des professions de santé en Picardie	Proposer aux collectivités territoriales et aux services de l'Etat un travail de réflexion pour développer à l'instar d'autre type de formation (Science Politique) des filières d'excellence avec attribution de bourse à des lycéens issus de zones urbaines sensibles, sur dossier scolaire et sous réserve d'un engagement d'une installation en Picardie.	Bilan de la réflexion	2015

2.2.2 Améliorer l'information et l'accompagnement des Professionnels de Santé

Dans chaque région a été lancé au 1er juillet 2011, le déploiement d'une plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ayant pour finalité d'informer et faciliter l'orientation des professionnels, en formation et en exercice, sur les services proposés par les différents acteurs et de les accompagner dans leurs projets.

Un outil de mise en réseau d'informations est ainsi mis à la disposition des partenaires régionaux sous la forme d'un site internet spécialement dédié à la plate-forme, qui a vocation à s'enrichir progressivement au cours des prochains mois. Ce site internet, dont la gestion est confiée aux ARS, est accessible à l'adresse suivante : www.picardie.paps.sante.fr.

La création de cette plate-forme destinée aux professionnels de santé répond aux attentes exprimées par les professionnels de santé en exercice et en formation. De nombreuses enquêtes et rapports soulignent un manque de connaissance et d'information sur les conditions d'exercice en libéral ou les aides à l'installation existantes, une offre de services éclatée entre de nombreux acteurs (CDOM, CPAM, URPS, ARS…). Ils relèvent également la difficulté à identifier le bon interlocuteur.

La PAPS doit permettre de répondre aux missions suivantes :

1- **Préparer l'installation des professionnels** en promouvant la médecine générale, en sensibilisant les étudiants de médecine générale à l'exercice en ambulatoire et aux modes d'exercice coordonné ainsi qu'aux besoins régionaux, en informant sur les outils et les acteurs de la régulation de l'offre de soins (PRS, SROS, programme télémédecine,…), en augmentant le nombre de maîtres de stage et de stagiaires en médecine générale, en promouvant le contrat d'engagement de service public

2- **Aider à l'installation**, en particulier dans les zones identifiées comme fragiles et/ou prioritaires, en présentant les conditions d'éligibilité aux aides et en instruisant les demandes, en promouvant l'exercice coordonné et en valorisant les actions déjà réalisées, en organisant des rencontres entre professionnels

3- **Faire émerger et accompagner les porteurs** de projet notamment en vue de finaliser leur projet de santé, en envisageant des études de faisabilité/diagnostic, en étudiant les différentes sources de financement, en organisant des rencontres avec des professionnels travaillant déjà de façon pluridisciplinaire, en contractualisant avec les offreurs de services, en accompagnant les projets de protocoles de coopération entre professionnels

4- **Suivre le développement des professionnels et leurs projets** en organisant des temps de formation et d'échanges des personnels des maisons/pôles/centres/réseaux de santé, en suivant la mise en œuvre des contrats d'objectifs, en informant les professionnels des évolutions règlementaires ainsi que de l'offre et de la demande de santé.

Les clés de réussite de cette plateforme reposent sur un partenariat entre tous les acteurs de santé qui ont vocation à délivrer de l'information et proposer des services à destination des professionnels de santé, en formation et en exercice.

Un Comité de Pilotage PAPS réunissant ces acteurs a pour rôle de piloter et animer le dispositif. Ses missions :
- définir le contenu régional de la plate-forme
- veiller à la bonne articulation des services proposés par les différents acteurs
- suivre et évaluer le fonctionnement de la plate-forme
- communiquer auprès des professionnels de santé

Dans cette perspective, l'ARS proposera aux partenaires de s'engager via une charte.

Cette charte aura pour objet de formaliser l'engagement des divers partenaires dans la mise en place et l'alimentation de la PAPS.
Elle permettra en particulier de :
- Rassembler les acteurs de santé autour d'un projet commun et le faire évoluer de manière partenariale
- Fixer les objectifs et les finalités de la mise en place de la PAPS
- Asseoir le cadre organisationnel du dispositif et définir les modalités de fonctionnement.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Améliorer l'information et l'accompagnement des PS (PAPS)	Structuration et déploiement de la PAPS (site internet) par niveau et par métier : => 3 bouquets de services à partir du 1e juillet 2011 portant sur : - l'information des professionnels en formation	- Nombre d'internautes différents ayant visité le site internet par trimestre (Google Analytics)	4000
	- l'accompagnement des professionnels de santé autour des projets d'exercices coordonnés - l'aide à l'installation des professionnels de santé => à partir du 1e juillet 2011: médecins et infirmiers	- Nombre de réunions de l'instance de gouvernance (comité de pilotage)	1 à 2 par an
	Elaboration d'une charte partenariale	Signature	2014
	Communication auprès des professionnels de santé	Lancement d'une campagne	2014

2.2.3 Faciliter les démarches d'installation

Les démarches d'installation nécessite de multiplier les contacts entre différents interlocuteurs. En complément de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (cf.2.2.2.), l'Agence souhaite mettre en place, en lien avec ses partenaires (CPAM, Ordre, URSSAF, …), un « guichet unique » sur chaque département au sein de chacune des délégations territoriales de l'Agence.

Ce guichet constitue un outil permettant d'assurer aux professionnels de santé désireux de s'installer en Picardie, en premier lieux aux médecins généralistes, une gestion administrative simplifiée en les orientant dans les dispositifs, en coordonnant les acteurs institutionnels impliqués, ...

L'Agence est prête à expérimenter la mise en œuvre du guichet unique dans un premier temps sur le département de l'Aisne, et à destination des médecins généralistes avant d'envisager son déploiement dans les autres départements picards.

L'objectif est de poursuivre cette action et de l'étendre à d'autres catégories de professionnels.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Faciliter les démarches d'installation des professionnels de santé	Mettre en place un guichet unique piloté par l'Agence en lien avec les partenaires.	Note de cadrage Etude de faisabilité	1er semestre 2013 2nd semestre 2013
	Expérimentation sur le département de l'Aisne d'abord pour l'installation des médecins généralistes	Lancement du dispositif Nombre de professionnels accompagnés/nombre de nouvelles installations	1er semestre 2014 50%

2.2.4 Mobilisation des outils conventionnels

Afin d'améliorer l'accessibilité de la population Picarde aux soins de 1er recours, l'ARS s'emploiera, en lien avec ses partenaires, à faciliter le déploiement et la mise en œuvre des outils conventionnels existants.
Des négociations sont ou vont être lancées, à la demande du gouvernement, pour adapter et compléter les dispositifs conventionnels. Ils seront pleinement mobilisés par l'ARS et ses partenaires de l'Assurance Maladie au service de la mise en œuvre du présent volet du SROS-PRS de la Picardie.

POUR LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX :

Pourront plus particulièrement être mobilisés les dispositifs suivants issues de la Convention médicale du 26 juillet 2011[6] :

- **L'option « démographie »** qui reconduit, dans les zones fragiles définies par l'ARS (cf partie 3) les aides promues précédemment par l'avenant 20 dans les zones déficitaires.
Cette option pourra être proposée à tous les médecins libéraux exerçant en groupe ou coordonnés dans un pôle de santé, de secteur 1 ou 2, et s'engageant à appliquer les tarifs opposables dans les zones fragiles. Le médecin adhérent à l'option s'engagera à s'installer dans la zone pour une durée de 3 ans et contribuera à la continuité et à la permanence des soins. Pour bénéficier des aides conventionnelles, le médecin devra réaliser les 2/3 de son activité sur des zones fragiles.
Le médecin adhérant à cette option bénéficiera :
o d'une aide à l'investissement 5 000€ pour les professionnels exerçant en groupe, 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé
o d'une aide à l'activité 10% (consultation et visite) de son activité dans la zone pour les professionnels exerçant en groupe dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 € ; 5 % pour les professionnels membres d'un pôle de santé dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.

- **L'option « Santé Solidarité territoriale ». Cette option** est complémentaire de l'option « démographie ».

[6] Convention signée le 26 juillet 2011 entre l'Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats des médecins (publiée au JO du 25 septembre 2011)

Elle donne la possibilité aux médecins exerçant en zone déficitaire de se faire remplacer par des médecins installés dans une zone de proximité où les besoins de soins sont satisfaisants.
Toute option s'adresse à l'ensemble des médecins libéraux, exerçant en secteur 1 ou 2 et s'engageant d'une part à appliquer les tarifs opposables, d'autre part à exercer au minimum 28 jours par an dans une zone fragile pour une durée de 3 ans. En échange le médecin remplaçant bénéficie, dans la limite d'un plafond annuel, d'une rémunération complémentaire fixe équivalente à 10 % de son activité dans la zone.

Par ailleurs, il convient de noter que le texte conventionnel introduit la rémunération mixte : à côté du paiement à l'acte qui restera majoritaire, le médecin percevra une rémunération complémentaire calculée forfaitairement sur des indicateurs de performance portant[7] :

- Pour tous les médecins, sur l'organisation du cabinet et la qualité de service. Il s'agit de généraliser le paiement à la performance dénommé désormais « P4P » au 1er janvier 2012 (anciennement CAPI176)
- Pour les seuls médecins traitants sur la pratique clinique, la prévention et la santé publique et à l'efficience.

S'agissant de la problématique de l'accessibilité financière, **le tiers payant** est élargi en dehors des situations d'urgence.

POUR LES INFIRMIERS :

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des infirmiers libéraux ont conclu en 2008, un accord (avenant n°1 à la convention nationale) visant, pour la première fois, à améliorer la répartition géographique de la profession.

Expérimenté sur une durée de deux ans, ce dispositif de régulation de l'offre globale prévoyait une incitation financière à l'installation dans les zones « très sous dotées » et en parallèle régulait le conventionnement dans les zones « sur dotées ».

Une progression significative France entière des installations dans les zones « très sous dotées » avec un nombre d'infirmiers libéraux qui a progressé entre 2008 et 2011 de +33,5% a pu être constatée. A l'inverse dans les zones sur dotées, sur la même période, le nombre d'infirmiers libéraux a diminué de 2,9%, alors qu'il avait progressé de 8,5% entre 2006 et 2008 (source : CNAMTS).

Au regard du bilan de l'application de ces mesures, les partenaires conventionnels ont souhaité, à travers la signature de l'avenant n°3 conclu le 28 septembre 2011 et approuvé par arrêté du 25 novembre 2011, proroger, adapter et étendre le dispositif avec la nécessité de considérer l'offre globale de soins infirmiers, afin de favoriser la cohérence entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale.

A ce titre, il confirme le dispositif d'incitation financière à l'installation dans les zones très sous dotées, et en parallèle la régulation des installations dans les zones sur-dotées, en conditionnant toute nouvelle installation à un départ.

Par ailleurs, les parties signataires ont réaffirmé leur volonté de continuer à soumettre au même principe de régulation démographique les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), mais également que le développement des centres de soins infirmiers (CSI) et de

[7] Les médecins relevant de la convention sont considérés comme adhérent d'office à ce dispositif à moins de s'y être opposés auprès de leur caisse primaire dans les délais requis.

l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) soit mené en cohérence avec le dispositif de régulation des infirmières libérales.
La mise en place du dispositif de régulation est subordonnée à l'application de règles équivalentes pour l'offre de soins en SSIAD sauf besoins spécifiques examinées par la Commission Paritaire Régionale des Infirmiers.

POUR LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, SAGES FEMMES, ORTHOPHONISTES :

Les partenaires conventionnels ont par ailleurs souhaité étendre ce type de dispositif de régulation de l'offre à d'autres catégories de professionnels de santé libéraux : masseurs-kinésithérapeutes (avenant n°3 à la convention nati onale des masseurs kinésithérapeutes libéraux approuvé par arrêté en date du 10 janvier 2012), sages-femmes (avenant n°1 à la convention nationale des sages femmes libérales approuvé par arrêté en date du 12 mars 2012), orthophonistes (avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes, approuvé par arrêté du 4 mai 2012).

2.2.5 Développer des tutorats

Le tutorat peut être défini comme une relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail rendant ce dernier, formateur et l'organisation intégratrice. Cette relation entre pairs ou entre experts et novices a trouvé son essor dans le développement des formations en alternance. Aujourd'hui, avec le référentiel infirmier de 2009, le rôle du tuteur est défini. Il devient plus un facilitateur qu'un modèle.

Le tutorat permet de disposer d'une compétence pour accompagner les professionnels par le transfert des savoirs. Des modalités comme l'analyse de pratiques, l'auto-analyse du travail, les groupes métiers favorisent cette émergence de savoirs, il s'inscrit ainsi dans un lien intergénérationnel.

La professionnalisation des tuteurs peut devenir un élément d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La question de la transmission des savoirs devient un élément clé pour les organisations hospitalières et extra hospitalières.

Un exemple a été le plan psychiatrie santé mentale de 2005-2008 qui a permis la formation de 3000 professionnels.

En Picardie, depuis la mise en place du référentiel infirmier, des formations en partenariat avec l'ANFH ont été mise en place L'objectif est de poursuivre cette action et de l'étendre à d'autres catégories de professionnels.

ENJEU N°2 : ACCOMPAGNER L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE PREMIER RECOURS

La structuration des soins de 1er recours constitue un enjeu majeur pour l'avenir du système de santé français.

Dans le cadre du volet ambulatoire, l'ARS souhaite, en lien avec ses partenaires, accompagner l'adaptation de l'offre de soins de 1er recours et favoriser le développement de la télémédecine spécifiquement dans le cadre du 1er recours.
Pour réussir, l'ARS veut aller plus loin dans la mobilisation collective des acteurs concernés avec en particulier :

Un **comité technique régional (COTER) soins de Premier Recours (PR) sera mis en place**.

Il s'attachera à rassembler largement les acteurs qui concourent à l'offre de soins primaire. Ce comité technique a vocation à intensifier les synergies autour de cet axe et à concerter toutes ses composantes au sein d'un même comité.

Il s'agit d'une instance garante d'une réelle interface avec les acteurs de terrain, ses vocations premières seront de suivre la mise en œuvre du volet ambulatoire et d'alimenter les réflexions sur les territoires (zonages, priorités d'actions…) en valorisant les bonnes pratiques en région et hors région.
Si besoin, il pourra constituer des groupes techniques pour répondre à une commande précise.

Le COTER PR sera composé à la fois de membres désignés dans leurs instances et de personnes qualifiées : institutionnels, élus, professionnels de santé et représentants de patients...

Des **Assises régionales du Premier Recours** seront organisées au premier semestre 2014 pour faire partager les enjeux des évolutions en cours, capitaliser les acquis issus de bonnes pratiques innovantes en région et hors région, informer et mobiliser les acteurs…

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Faciliter les démarches d'installation des professionnels de santé et l'organisation des soins de Premier Recours	Mettre en place un COTER Premier Recours	Note de cadrage Installation	1er semestre 2013 2nd semestre 2013
	Réussir les premières Assises Régionales du Premier Recours	Tenue des Assises	1er semestre 2014

La structuration de l'offre de soins de 1er recours s'appuie non seulement sur le développement d'exercice coordonné et / ou regroupé (maison de santé pluri-professionnelle mais aussi centres de santé, pôles de santé) et sur la recherche d'une complémentarité entre les professionnels (notamment les protocoles de coopération), mais également sur l'évolution de la prise en charge vers une prise en charge globale des usagers, en repositionnant notamment le médecin traitant comme pivot de la prise en charge tant curative que préventive.

2.3.1 Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels

L'ARS soutient la création de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et accompagne les professionnels et élus dans la dynamique de leurs projets.

En lien avec ses partenaires, elle a mis en place un Comité Régional de Sélection des projets de MSP, co-présidé avec le Préfet de région.

Ce comité vise en tout premier lieu, la mise en cohérence des interventions respectives de l'Etat, des Fonds Européens, de l'ARS, de la Région, des Départements et des autres collectivités territoriales impliquées ainsi que des représentants des professionnels de santé (URPS).
La cohérence des politiques publiques en matière de développement des MSP sur le territoire régional est fondamentale pour permettre une meilleure accessibilité à l'offre de santé.

En ce sens, la démarche de coordination des acteurs locaux et la dynamique des professionnels eux-mêmes au sein de ce Comité de Sélection Régional est indispensable pour conduire à la politique de répartition des professionnels de santé la plus adaptée à notre problème de démographie médicale.

D'ici 2013, l'Agence a d'ores et déjà pour objectif de labelliser 13 MSP supplémentaires. A ce jour, 21 MSP sont labellisées et la Picardie compte 12 maisons de santé ouvertes dont 6 MSP labellisées.

Depuis 2007, une dynamique forte de projet a émergé en Picardie dans les territoires successivement identifiés en situation fragile et très fragile principalement au regard de la densité des médecins généralistes y exerçant.

L'objectif à 5 ans est de poursuivre ce développement quantitatif et qualitatif et de couvrir toutes les zones fragiles et très fragiles actualisées dans le SROS a minima d'une structure labellisée.

Les 6 MSP ouvertes à ce jour non labélisées seront accompagnées pour conduire à leur labellisation.

De la même manière une approche sera menée auprès des cabinets de groupe multi-professionnels déjà existants au sein de ces zones en difficultés pour qu'ils soient susceptibles d'être labellisés permettant ainsi l'émergence d'une offre plus qualitative (respect du cahier des charges des MSP) et visible pour les patients. Les initiatives des professionnels conformes au ciblage continueront à être encouragées, à la fois en zone rurale et en zones urbaines sensibles (à l'exemple du projet d'espace santé d'Amiens Nord).

Aujourd'hui, 32 projets de MSP sont à l'étude pour la Picardie.

Dans le cadre de la politique poursuivie, l'ARS s'attache, bien sûr, au respect du cahier des charges national des MSP mais également, à la qualité du projet de santé et à la dynamique entre les professionnels ainsi qu' à l'organisation de la continuité des soins, à la participation des professionnels à la permanence des soins ambulatoires, à la mise en place d'une coopération interne, à la participation des professionnels dans la formation des étudiants (maître de stage en médecine générale, notamment), à la participation des professionnels à des actions de prévention, d'éducation thérapeutique telles que développées dans le cadre du schéma régional de prévention.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Promouvoir les modes d'exercice regroupé – Réunions d'information	Taux de territoires fragiles sans projet ayant fait l'objet de réunions d'informations	100%
	Incitation à la labellisation des MSP ouvertes non encore labellisées & des cabinets de groupe multi-professionnels	Nombre de MSP/zones fragiles ou très fragiles	A minima 1 MSP

CRITERES REGIONAUX DE LABELLISATION

Le retour d'expérience des premières maisons de santé ouvertes, l'étude de l'aboutissement des projets au regard des besoins identifiés pour la région a permis de définir un cahier des charges comportant des critères de sélection spécifiques à la Picardie :

1- Les MSP se doivent d'être un vivier pour les maîtres de stage en Picardie.
Une MSP ne pourra prétendre à la labellisation que si a minima un médecin généraliste a entrepris une inscription effective à la faculté de médecine pour être maître de stage au sein de la MSP. Une vigilance toute particulière est accordée à ce sujet au sein du projet immobilier (capacité pour l'accueil effectif du stagiaire). L'Agence souhaite expérimenter des stages longs qualifiants en médecine générale en ouvrant des stages dans des MSP pilotes.
La plupart des MSP ont intégré dans leur projet immobilier un lieu d'hébergement pour des remplaçants ou des stagiaires. Renforcer l'attractivité des zones sous denses, répondre immédiatement aux besoins de professionnels de santé, mettre le médecin généraliste au cœur du dispositif de formation tels sont les trois grands axes d'une expérimentation de stages longs et validant en MSP. Exerçant réellement mais uniquement en cabinet avec la possibilité de faire appel à un "tuteur" durant les consultations qu'il réalise seul, le jeune médecin poursuivrait sa formation au plus proche de ses futures conditions d'exercice.

2- Le développement de structure avec un seuil critique de 6 à 7 professionnels est également préconisé. C'est un gage de longévité de la structure permettant de pallier les départs impromptus. Le projet professionnel doit être économiquement viable pour chacun des professionnels engagés.

3- Une attention toute particulière sera portée aux projets permettant l'installation de nouveaux professionnels sur les territoires couverts par ces structures (installation de remplaçants, jeunes diplômés,…).

4- L'accent sera mis également sur la nécessité d'un outil informatique de gestion et de partage des dossiers patients au sein d'une MSP. Il sera demandé un respect du cahier des charges de l'ASIP Santé qui a créé un label santé pour les logiciels médicaux des centres et maisons de santé valable 2 ans.

5- Le projet de santé devra être réfléchi au regard de l'évolution des diverses conventions et des mutations en cours du système de santé (cf supra).

Favoriser l'exercice regroupé et coordonné constitue une des priorités de l'agence en ce sens que ce mode d'exercice répond aux attentes des jeunes professionnels : mieux concilier vie professionnelle et vie familiale et sociale, faciliter la recherche d'emploi du conjoint, améliorer la rentabilité au travers de la réalisation d'économies d'échelle dans les investissements ou par la mutualisation des assistants….

Il convient de maintenir la dynamique mise en place dans la région. L'agence s'emploiera donc à favoriser le déploiement des projets répondant aux attentes des jeunes professionnels.

Par ailleurs, les MSP, et exercices regroupés constituent un terrain propice à la diffusion des bonnes pratiques et en particulier des premiers enseignements obtenus dans le cadre des Groupes Qualités menés en Picardie. La HAS reconnait que *« les maisons et les pôles de santé permettent d'assurer une continuité des soins et un travail collaboratif en équipe médicale pluridisciplinaire le plus souvent fondé sur des « protocoles » tenant compte à la fois des recommandations et des conditions locales ».*

En outre, la tenue régulière de réunions de suivi et de concertation sont « garantes de la qualité et de la sécurité des pratiques ».

Elle indique également que « *comme tous les programmes d'amélioration, l'exercice coordonné et protocolé permet, entre autres, d'analyser les pratiques en les comparant à des références actualisées, et de mettre en œuvre les améliorations possibles* ».

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Diffuser et mettre en en œuvre les Critères régionaux de labellisation des MSP en Picardie	Nombre de Médecin Généraliste exerçant au sein de MSP et maître de stage	50%
		Proportion des professionnels nouvellement installés en Picardie au sein des MSP	50 %
		Proportion des MSP respectant le seuil critique de PS	50 %
	Expérimenter des stages longs qualifiants en médecine générale en ouvrant des stages dans des MSP pilotes.	Note de cadrage	2014

GARANTIR L'ACCOMPAGNEMENT DES PORTEURS DE PROJETS

L'accompagnement des porteurs de projet est un facteur clé de réussite. A cet égard, l'ARS déploiera au sein de ses délégations territoriales des plateformes de soutien aux projets MSP intégrant des correspondants dédiés. A l'échelle d'un territoire, ces correspondants ont vocation à articuler les intervenants et dispositifs existants (collectivités, organismes d'assurance maladie, professionnels de santé)…

Cette plateforme de soutien sera expérimentée en premier lieu sur le département de l'Aisne avant d'être étendue aux autres départements picards.

Parallèlement, l'ARS s'engagera dans un partenariat avec la Mutualité Sociale Agricole très impliquée sur l'animation des territoires ruraux. Une convention permettant l'accompagnement de porteurs de projets sur des zones géographiques ciblées conjointement sera conclue avec la MSA de Picardie.

Outre l'importance de l'accompagnement amont de faisabilité et de maturation des projets, la réussite de ces structures d'exercice regroupé passe par la nécessité d'un accompagnement aval pour assurer la montée en puissance de l'organisation et sa pérennité. Des nouveaux métiers de la santé (coordonnateur d'appui, assistant santé, …) pourront être expérimentés au sein de MSP pilote.

Facilitateur de l'exercice collectif, la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) est également un levier pour la coordination entre professionnels libéraux. Le décret du 23 mars 2012 précise que les activités des SISA comprennent la coordination thérapeutique, l'éducation du patient ainsi que les coopérations entre les professionnels de santé. En Picardie, les porteurs de projet des MSP sont orientés vers ce type de personnalité morale en vue de la généralisation éventuelle des nouveaux modes de rémunération en cours d'expérimentation nationale.

La structure de type SISA permet en effet de facturer à l'assurance maladie les actions citées ci-dessus en sus de l'activité libérale des professionnels.

Une campagne de valorisation de l'offre des MSP sera menée auprès des professionnels de santé via notamment la PAPS (cf supra). Une journée régionale d'échange, de retour d'expérience, d'évaluation, de partage des bonnes pratiques, …, sera organisée annuellement.

Une campagne de valorisation sera également menée auprès des patients, en zones fragiles et très fragiles, en partenariat avec l'assurance maladie (via les feuilles de remboursements et autres « supports assurés »…).
Toutefois, l'exercice en MSP ne correspond pas aux attentes de tous les professionnels, d'autres type de structure d'exercice regroupé et coordonné existent : les pôles de santé, les centres de santé, mais également les cabinets de groupe. Et évidemment l'exercice d'une activité libérale « classique » demeure une modalité importante.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Mettre en place des plateformes de soutien au sein des délégations territoriales de l'Agence	Expérimenter sur le département de l'Aisne Extension aux autres délégations territoriales	2013 2016
	Accompagner les Porteurs de projets et suivre le développement des projets	Taux d'accompagnement des projets par les plateformes d'appui territoriales	100%
	Développer un partenariat avec la MSA de Picardie visant à l'accompagnement de projets sur des territoires ciblés	Signature d'une convention de partenariat relative à l'accompagnement de 2 projets par la MSA	2013
	Expérimenter les nouveaux métiers de la santé au sein de MSP Pilote	Nombre d'expérimentation, et évaluation médico-économique de chaque expérimentation conduite	2015
	Accompagnement des MSP ouvertes non encore labellisées dans la formalisation du projet de santé	Nombre de MSP ouvertes et labellisées/sur MSP ouvertes	100%
	Faire évoluer les personnalités morales support des MSP vers des SISA	Proportion de SISA dans les personnalités morales support du MSP	100 %
	Conduire une campagne de valorisation de l'offre MSP auprès des PS et des patients et organiser des journées régionales		

DEVELOPPEMENT DE POLES DE SANTE PAR SUBSIDIARITE

L'Agence souhaite d'une part développer en subsidiarité des pôles de santé qui, conformément à l'article L 6323-4 du code de la santé publique, *« sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »*

Il émerge en Picardie des pôles de santé reposant notamment sur une à 2 MSP au cœur du dispositif auquel pourront être rattachés des cabinets principaux ou secondaires. Certaines communes n'hésitent pas par ailleurs à mettre à disposition des locaux pour des

consultations avancées. C'est le début d'un vrai maillage de l'offre territoriale de soins de 1er recours qui s'articule dans un second temps avec l'offre hospitalière et l'offre médico-sociale.

Ces structures d'exercice coordonné doivent être aussi étroitement connectées avec les réseaux de santé du territoire, qui ont un rôle clé dans la coordination de l'ensemble de l'offre.
Promouvoir les pôles de santé, c'est fédérer l'ensemble des acteurs exerçant sur un territoire donné, notamment les pharmacies qui ont un rôle clé dans le système de santé : contribuer aux soins de 1er recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, participer à la mission de service public de la permanence des soins…..

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Favoriser le développement de pôles de santé par subsidiarité sur des territoires	Proportion moyenne de professionnels du territoire membres du pole de santé	50 %

ENGAGER UNE REFLEXION SUR LA PROMOTION DES CENTRES DE SANTE EN PICARDIE

L'agence souhaite qu'une réponse de proximité soit apportée systématiquement aux besoins de la population. Par conséquent, dans les zones dépourvues d'attractivité pour les professionnels attachés à l'exercice libéral, l'Agence souhaite engager avec ses partenaires, et en particulier les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les complémentaires, les établissements de santé, une réflexion pour la promotion des centres de santé existants, mais aussi examiner la création de nouveaux, en particulier en cas de carence manifeste ou attendue de l'offre de premier recours.

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.
Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

De par le mode d'exercice en salariat, les centres de santé se distinguent ainsi des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

La Picardie comptabilise 29 centres de santé : 16 dans l'Aisne, 8 dans l'Oise, 5 en Somme. Il s'agit principalement de centres de soins infirmiers et de centres de soins dentaires.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Engager une réflexion avec les partenaires de l'ARS relative à la promotion de centres de santé dans les zones dépourvues d'attractivité pour les professionnels attachés à l'exercice libéral	Bilan de la réflexion	2014
	Faire émerger de nouveaux centres de santé	Projet de Centre de santé	

PROMOUVOIR LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION, LA MISE EN PLACE DES PROTOCOLES DE COOPERATION, ET LES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS DE PREMIERS RECOURS

Dans le cadre des structures d'exercice coordonné, l'agence accompagnera les professionnels dans la conduite d'expérimentations, notamment des nouveaux modes de rémunération, ainsi que dans la mise en place et la reconnaissance des protocoles de coopérations entre professionnels en vue d'une optimisation du temps médical et des ressources.

Ces structures d'exercice coordonné sont de véritables creusets pour la mise en place de protocoles de coopération comme il en existe déjà dans les pays anglo-saxons et scandinaves, mais également d'expérimentations et de protocoles pluri-professionnels.

L'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de premier recours (PSPSPR) est à distinguer des protocoles de coopération selon l'article 51 de la loi HPST. L'élaboration d'un protocole de premier recours est une démarche collective d'amélioration des pratiques, sans cadre légal spécifique.

L'objectif de l'élaboration d'un protocole local est d'améliorer les soins et parcours de soins des patients en structures pluriprofessionnelles de premier recours.

L'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de premier recours vise à décrire la prise en charge idéale d'un patient consultant pour un motif donné dans une structure donnée.

Il s'agit de choisir un épisode de soins, dégager les questions posées localement par cet épisode de soins, chercher des réponses documentées à ces questions et proposer une conduite à tenir locale. Cette conduite à tenir doit permettre de respecter les recommandations disponibles tout en s'appuyant sur le fonctionnement et la composition de l'équipe.

La définition de protocoles pluriprofessionnels en soins de 1er recours permet :

- d'améliorer la qualité des soins
- de fluidifier le parcours du patient
- d'apporter de la cohérence entre les conseils délivrés par les différents professionnels auprès du patient
- de faciliter la désignation d'un coordonnateur.

La HAS a élaboré à la demande des professionnels de santé, organisés en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé une guide pour l'élaboration de protocoles pluri professionnels.

A ce jour, sept protocoles pluriprofessionnels sont recensés par la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) : Bronchiolite du nourrisson ; amélioration de la couverture vaccinale ; diabète de type 2 : amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient ; AVK : gestion quotidienne ; lombalgie commune à partir du deuxième épisode comment prévenir les récidives ; prise en charge des plaies chroniques et ulcères de jambe ; HTA : conduite à tenir devant une découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

L'ARS facilitera la diffusion des protocoles existants et accompagnera les professionnels souhaitant définir des PPSPR.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Favoriser l'exercice regroupé, coordonné et la complémentarité entre les professionnels	Accompagnement des structures inclues dans l'expérimentation nationale des nouveaux modes de rémunération	Evaluation nationale	2014
	Diffuser les protocoles de coopération agréés	Référencement et mise en ligne sur la PAPS – Actualisation annuelle	2013
	Accompagner les professionnels souhaitant développer des protocoles de coopérations	Taux de professionnels accompagnés / demandes	100%
	Diffuser les protocoles de soins de 1er recours existants à l'ensemble des structures d'exercices coordonnées de la région	Envoi d'un mailing	100 %
	Accompagner les professionnels souhaitant définir des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours	Taux de professionnels accompagnés / demandes	100 %

4. Accompagner l'évolution du premier recours vers une prise en charge globale

La loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (dépistage, diagnostic, traitement) ; de suivi du patient et de coordination de son parcours, y compris dans le secteur médico-social ; de relais des politiques de santé publique dont la prévention, l'éducation à la santé.

Plusieurs outils, dont l'exercice coordonné et regroupé explicité ci-dessus, favorisent la bonne conduite de cette fonction par le médecin généraliste.

Toutefois, pour les patients en situation complexe qui nécessitent le recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social, et médico-social), le médecin traitant peut avoir besoin d'un appui à cette fonction de coordination, afin de lui permettre de garantir au patient un parcours efficient.

Ainsi pour la prise en charge des personnes âgées, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie estime nécessaire de mettre à la disposition du médecin traitant un appui fonctionnel. Ce qui vaut pour les personnes âgées, peut valoir pour les malades chroniques notamment.

Les réseaux de santé constituent un des outils pouvant venir en appui du médecin généraliste.

4.1 L'articulation ville hôpital et les Réseaux de santé

Les réseaux de santé ont développé, pour les patients nécessitant une coordination fréquente et importante, une expertise en termes d'organisation de la prise en charge sur un territoire donné entre établissements sanitaires, médecine de ville, secteur social et médico-social.

L'enjeu de ces prochaines années sera d'optimiser les parcours de santé, les ressources et dispositifs existants en favorisant une prise en charge ambulatoire, moins coûteuse et synonyme d'une plus grande proximité pour l'usager.

L'articulation ville-hôpital est indispensable pour assurer un parcours de soins fluide aux patients, notamment lors des périodes de pré et post-hospitalisation. Les médecins en ville et en établissement partagent ce souci de continuité des soins pour leurs patients, mais ils ont souvent du mal à faire vivre ce souhait. Les principaux freins recensés sont le manque d'information des acteurs de santé, et une utilisation des ressources médicales existantes non efficientes dans le suivi des pathologies chroniques.

Ainsi, les liens entre, d'une part, réseaux de santé, filières gériatriques, CLIC, MAIA pour les personnes âgées ou les CAMPS pour les jeunes en situation de handicap et, d'autre part, les professionnels de santé libéraux relevant de l'offre ambulatoire doivent faire l'objet d'une attention particulière.

De part la compétence acquise au renforcement de la coordination, les réseaux de santé peuvent jouer ce rôle d'appui fonctionnel à la coordination du médecin traitant.

15 réseaux de santé financés par l'ARS au titre du Fonds d'Intervention Régional, dont trois réseaux ayant une couverture régionale (Pathologies respiratoires, Cancérologie, Périnatalité) peuvent être recensés.

Une première photographie de cette offre de santé montre une hétérogénéité des réseaux dans leur répartition géographique, thématiques et budgétaires.

Ces premiers résultats ont été présentés à l'occasion de la 1ère journée régionale des réseaux de santé picards organisée par l'ARS le 1er juin dernier.

LES RESEAUX DE SOINS PALLIATIFS PICARDS

Dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs en réseaux, à titre d'exemple, des zones géographiques apparaissent ainsi doublement couvertes alors que d'autres zones du territoire picard, nord est de l'Aisne et sud-ouest de l'Oise, ne disposent pas d'une telle offre.

De plus, l'ensemble des problématiques de santé publique nationale mais également régionale pour lesquelles une prise en charge en réseau est recommandée ne sont pas couvertes en Picardie.

Ainsi, à titre d'exemple, aucune prise en charge en réseau n'est développée en Picardie pour la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, alors que la Picardie, avec 4 520 décès en moyenne annuelle sur la période 2006-2008, présente le deuxième taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire le plus important des régions de France hexagonale après le Nord - Pas-de-Calais.

Il ressort, par ailleurs, de cette première photographie que les réseaux rencontrent des difficultés au sein des territoires à faire adhérer les professionnels de santé libéraux, en particulier le médecin traitant, alors même que leur mission première est d'organiser et de coordonner le parcours de santé du patient.

Deux arguments principaux sont avancés par les médecins traitants :

- impossibilité d'adhérer à plusieurs réseaux monothématiques, selon les affections dont sont atteints leurs patients
- difficulté de se conformer à des modes d'organisation différents selon le réseau, ce qui leur en rend l'accès difficile

Par définition les réseaux de santé apportent une réponse spécifique à une population spécifique sur un territoire donné. Ils ont un rôle interstitiel, leur action et leurs services se placent là où l'action et l'offre du territoire, et de chaque acteur isolé, est déficitaire ou absente. De même, parce qu'il n'existe pas un mode unique d'organisation de la coordination, les réseaux, même sur une thématique identique, peuvent être structurés différemment.
Ce mode d'inscription dans le paysage sanitaire rend plus difficile la lisibilité de leur action et leur visibilité vis-à-vis des professionnels de santé libéraux.

Dans les prochaines années, ces constats ainsi que les réalités économiques prégnantes incitent à une importante réorganisation des réseaux de santé financés à ce jour.

Dans un double objectif de simplification de l'accès des professionnels du sanitaire et du médico-social, qu'ils soient à l'hôpital ou en ville, à ce mode d'organisation et d'amélioration de la couverture géographique et thématique, il apparaît indispensable de rapprocher les réseaux existant afin de développer des réseaux territoriaux pluri-thématiques.

Le développement de réseaux de santé territoriaux et pluri-thématiques nécessite un partenariat étroit entre ARS et promoteurs.
Ce travail partenarial permettra :

- identification des territoires pertinents pour les réseaux territoriaux pluri-thématiques
- l'identification des réseaux mono-thématiques susceptibles de rapprochement
- l'accompagnement des réseaux concernés

La volonté de l'ARS est donc, dans ce cadre, de rendre plus visibles et attractifs les réseaux de santé pour les professionnels de santé ambulatoire et notamment pour ceux du 1er recours.

L'ARS accompagnera donc l'évolution des réseaux dans les prochaines années dans leur organisation à deux titres :

- sur le plan du champ de leur intervention : la polyvalence des réseaux sera renforcée, notamment par l'élargissement des critères d'inclusion, par un travail en multi-thématique entre les différents acteurs de santé, par une mutualisation des réseaux existants tout en respectant l'identité de chaque réseau (mutualisation de services mis à disposition, des fonctions supports telles que coordonnateur administratif, secrétariat, aspects comptables et financiers, communication…).

  Les réseaux de proximité constitués sur des thématiques proches (cancer et soins palliatifs les réseaux portant sur les maladies chroniques par exemple) seront incités à développer des réflexions et des pratiques communes.

- sur le plan de leur insertion dans les territoires : une insertion forte sera privilégiée. Les réseaux seront incités à intégrer l'ensemble des acteurs de leur territoire d'intervention.

Les réseaux de santé devront par ailleurs :

- veiller à la bonne mise en œuvre et au suivi d'un plan personnalisé de soins par patient
- veiller à la mise en place de protocole en fonction des recommandations de la HAS et des Sociétés Savantes.
- jouer un rôle d'appui à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- contribuer à la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP).

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Accompagner l'évolution vers une prise en charge globale	Réorienter les réseaux vers la mise en place d'un service d'appui aux effecteurs de soins	Part des réseaux plurithématiques par rapport à l'ensemble des réseaux de santé	50%
	Favoriser les mutualisations	Part des réseaux ayant des fonctions supports mutualisés	50%
	Assurer une couverture territoriale à la population	Augmenter la couverture territoriale des réseaux de santé	
		Développer les prises en charge en réseau pour les thématiques de santé publiques prioritaires en Picardie	
	Re-centrer les réseaux sur la fonction de coordination	Taux des prestations dérogatoires liées spécifiquement à la coordination	70%
		Développement d'un Plan personnalisé de soin par patient inclus	100%
	Améliorer la visibilité et l'attractivité des réseaux de santé, favoriser leur insertion dans les territoires	Augmenter le nombre de professionnels libéraux du territoire couvert adhérant aux réseaux	A déterminer par réseau
		Satisfaction des professionnels de santé libéraux adhérant aux réseaux	100 %

4.2 Education Thérapeutique du Patient et 1er Recours

S'agissant du rôle du médecin généraliste de 1er recours dans le relais des politiques publiques, celui-ci joue un rôle primordial en particulier en ce qui concerne l'intégration de l'Education Thérapeutique du Patient dans le parcours de vie. Le médecin généraliste pourra soit :

- prescrire l'ETP, et orienter son patient vers une structure adéquate
- initier la démarche éducative, prescrire l'ETP puis déléguer à d'autres professionnels sa réalisation
- prescrire l'ETP et participer à des ateliers collectifs au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ce scénario pourra être favorisé au sein des MSP, des réseaux de santé notamment
- intégrer l'ETP dans ses activités de soins au quotidien et accompagner son patient dans son parcours de vie.

D'autres professionnels du 1er recours pourront jouer un rôle important en matière d'ETP. C'est notamment le cas des infirmiers qui sont déjà fortement impliqués et des pharmaciens dont la mission de 1er recours est reconnue par la loi.

En Picardie l'offre en ETP s'est développée essentiellement à partir des hôpitaux, comme le montre la cartographie figurant ci-après.

Si l'analyse de la littérature scientifique montre que la situation française comporte des freins : insuffisance de formation en santé publique, à la relation soignant/soigné et à l'ETP, travail en équipe peu investi, paiement à l'acte quasi exclusif des professionnels de santé libéraux, des leviers existent cependant. Il s'agit notamment :

- du développement des exercices regroupés et coordonnés (maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé) qui rendent possible un travail en équipe, fondement indispensable à la promotion des pratiques cliniques préventives et de l'ETP. D'ores et déjà les programmes ETP des réseaux de santé RESOLADI et ADIAMMO de prise en charge du diabète sont agréés par l'Agence, le financement de l'ETP est pris en charge au titre du FIR dans le cadre notamment de prestations dérogatoires. En 2011, le financement alloué au titre des actions d'ETP dans le cadre du FIR s'élevait à 35 330 €.
- des nouveaux modes de rémunérations et notamment du module 2 sur l'éducation thérapeutique du patient mais aussi la volonté forte des auxiliaires médicaux d'investir ce champ avec notamment la possibilité de créer des protocoles de coopérations interprofessionnels (cf supra).

Le développement de l'ETP par les professionnels du 1er recours nécessite que ces derniers soient formés à l'éducation thérapeutique dans le cadre de la formation initiale et continue comme le recommande le Schéma Régional de Prévention (SRP). Il s'agit de mettre en place une démarche d'amélioration continue des programmes d'ETP qui s'inscriront dans un Développement Professionnel Continu (DPC).

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Accompagner l'évolution vers une prise en charge globale	Favoriser le développement d'une ETP de proximité réalisée par des professionnels de santé du 1er recours	Part des programmes autorisés promus par des professionnels du 1er recours.	25%

4.3 Développement Professionnel Continu et Amélioration de la Qualité

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le Développement Professionnel Continu (DPC) poursuit plusieurs objectifs. Il regroupe la Formation Médicale Continue (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Il a notamment pour objectifs l'évaluation par les professionnels de leurs pratiques, l'acquisition ou le perfectionnement de leurs connaissances.

Il constitue une obligation pour les professionnels quel que soit leur statut, libéral ou salarié.

Des orientations nationales seront définies par l'Organisme de Gestion (OGDPC), celles-ci pourront être complétées par des orientations régionales définies par les ARS. En lien avec ses partenaires et en particulier avec les Conseils de l'ordre et les représentants des URPS, l'agence s'attachera donc à élaborer des orientations adaptées aux spécificités de la région.

Dans cette perspective et dans le cadre d'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, l'ARS soutient la démarche des Groupes Qualité en Picardie qui s'inscrit en cohérence avec le déploiement du DPC.

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Accompagner l'évolution vers une prise en charge globale	Mise en place du DPC	Diffusion des orientations nationales et Elaboration, le cas échéant, des orientations régionales.	2013

AMELIORATION DE LA QUALITE : LES GROUPES QUALITES EN PICARDIE

Les Groupes Qualité réunissent, au niveau national, 9 régions, dont la Picardie : Basse Normandie, Bretagne, Centre, Guadeloupe, Haute Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire et Provence Alpes Cotes d'Azur.

Ces régions ont constitué un conseil inter régional chargé d'assurer la cohésion et la pérennité des **Groupes Qualité qui ont été reconnus par la HAS comme correspondant à une démarche permettant de répondre à l'obligation d'EPP en ambulatoire**, et plus particulièrement pour les médecins généralistes.

Les groupes qualité sont des groupes d'échange de pratiques, basés sur un engagement collectif, au sein d'une zone géographique limitée, permettant aux médecins généralistes de se rencontrer régulièrement, avec une démarche réflexive sur leur pratique, soutenue par la mise à disposition régulière par l'assurance maladie de profils de prescription et d'outils d'évaluation.

Comme toutes les méthodes d'amélioration, la démarche d'un groupe d'analyse de pratiques entre pairs revient à comparer une pratique clinique à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique. Elle s'effectue en 4 étapes :

1. Planifier :
   - choisir le thème ;
   - savoir où rechercher les données référencées pertinentes (rôle de l'animateur) ;
   - prévoir la sélection (aléatoire)
   - des dossiers à discuter.

2. Faire : c'est l'étape de mise en œuvre de la démarche : les participants présentent leurs dossiers.

3. Analyser :
   - les problèmes sont présentés et analysés ;
   - les références consultées ;
   - chacun argumente son point de vue ;
   - des pistes d'amélioration consensuelles, référencées, sont éventuellement définies et proposées (circuits de soins ++, alertes dans dossiers, changement de prescription, achat et / ou utilisation de matériel, …).

4. Améliorer : c'est l'étape essentielle d'appropriation au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leurs pratiques, l'organisation de l'exercice clinique quotidien et le circuit de soins du patient, de manière à réduire les écarts observés. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

ROUE DE LA QUALITE

Source : Haute Autorité de Santé 2006.

Le 1er juin 2012, les neuf Groupes Qualité ont créé l'Organisme Enregistré Groupe Qualité (OEGQ) dans le but de présenter un dossier auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) afin de faire enregistrer leur programme de formation (sous réserve de validation du Comité Scientifique Indépendant (CSI)).

Les choix des thèmes de formation devant être soumis en comité technique du Groupe Qualité Picardie sont élaborés en partenariat afin de garantir leur cohérence avec les orientations nationales et régionales du DPC.

Au regard des premiers résultats de l'évaluation des Groupes qualité et en particulier de leur impact en termes d'amélioration des pratiques professionnelles, l'ARS continuera d'accompagner le développement des Groupes Qualité en Picardie, en tenant compte de ses disponibilités budgétaires.

D'autres actions sont développées afin d'améliorer la qualité des soins en médecine de ville, notamment s'agissant des infections associées aux soins (IAS).

OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTIONS	INDICATEURS	VALEURS CIBLE A 5 ANS ECHEANCES
Accompagner l'évolution vers une prise en charge globale	Continuité des Groupes Qualité en Picardie	Rapport d'activité annuel et rapport d'évaluation.	2013

AMELIORATION DE LA QUALITE : PREVENTION DES IAS EN MEDECINE DE VILLE

Le plan stratégique national de prévention des IAS recommande d'élargir la prévention des IAS aux soins de ville.
Au niveau régional, un certain nombre d'actions ont été initiées :

5. Mise en place d'un « Groupe de Travail Régional HAD » dont l'objectif est d'organiser l'état des lieux de la prévention des IAS dans les établissements HAD et de mettre à disposition des outils de prévention des IAS.
6. Des contacts ont été établis avec l'URPS médecins et l'RPS infirmiers pour initier une action sensibilisation à la prévention de l'IAS

Objectif	Actions	Transversalité	Partenaires	Leviers	Indicateurs	Échéance
Initier la prévention des IAS dans le secteur Ambulatoire	A) Identifier les secteurs les plus à risque et proposer un programme d'amélioration dans ces secteurs B) Renforcer la mise en œuvre des précautions standard lors des soins dans le secteur Ambulatoire C) Sensibiliser les professionnels de santé libéraux au bon usage des antibiotiques	SROMS	URPS ARLIN Ordre des Médecins OMEDIT ARLIN URPS Ordre des Médecins	- Plan national stratégique de prévention des IAS 2009-2013 - Programme régional de prévention des IAS Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016	Rapport de l'état des lieux fait Nombre de professionnels libéraux audités Nombre de professionnels sensibilisés et formés	2013-2017
Promouvoir la juste utilisation des antibiotiques	Informer et former le personnel médical sur les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques dans le cadre de la formation continue		OMEDIT CCLIN ARLIN	- Plan national stratégique de prévention des IAS - Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016	Nombre de formation organisés	2012-2017

.

5. Développer des outils informatiques communiquant entre professionnels de santé et l'usage de la télémédecine

Le développement de l'exercice coordonné entre médecine de ville, établissements hospitaliers et médico-sociaux passe en premier lieu par l'échange d'informations et la communication entre ces différents acteurs. Ce besoin existe également entre les acteurs d'un même secteur, même si la fréquence des contacts favorise des relations plus fluides.

Dans une maison de santé pluri professionnelle, dans un centre de santé polyvalent et plus encore dans un pôle de santé en raison de l'éclatement géographique des acteurs ou dans un réseaux de santé, le système d'information tient une place primordiale pour répondre aux besoins de gestion de la structure et, surtout, d'échanges d'informations médicales et de coordination interdisciplinaire liés à la continuité des soins, aux nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé ou à des actions de prévention et d'éducation thérapeutique prévues dans un projet de santé.

La mise en œuvre du système d'information (agenda partagé, dossier médical partagé, …) représente un investissement significatif pour les porteurs de projets, en particulier pour les professionnels de santé libéraux gestionnaires de leur propre structure, qui vient s'ajouter aux autres « chantiers » de mise en place d'une maison ou d'un pôle de santé (montage juridique, organisationnel, immobilier, financier…).

La communication entre les acteurs doit d'abord s'appuyer sur le **développement des messageries sécurisées,** favorisant de façon efficace les échanges intra et interprofessionnels sécurisés entre les différents intervenants du parcours de soins, qu'ils relèvent de l'ambulatoire ou des différents types d'établissements.

L'ARS dans le cadre de son document de politique transversale de télésanté développera principalement deux projets :

1- La démarche d'informatisation des réseaux de santé « logireso » initiée depuis 4 ans sera poursuivie
2- Développement de la télémédecine en MSP

La télémédecine constitue un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé.

Son usage dans les territoires donne en effet une réponse technique aux organisations en place, pour relever de nombreux défis épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

En permettant son développement dans le cadre des soins primaires, la télémédecine contribuera à :

1. Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.
2. Mieux articuler le premier et le second recours pour notamment offrir une meilleure lisibilité et visibilité du parcours de santé en facilitant le recours aux avis spécialisés de second recours ;
3. Répondre à l'isolement d'un médecin généraliste de premier recours exerçant dans un territoire, ou encore dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire exerçant dans une structure regroupée (MSP, Pôle de santé…) ;
4. Acquérir de nouvelles connaissances et renforcer les collaborations interprofessionnelles ;
5. Optimiser du temps médical et paramédical.

Compte tenu du contexte démographique de la Picardie - raréfaction des professionnels de santé, disparité et vieillissement de ses habitants – l'ARS a souhaité faire partie des premières régions à inscrire la télésanté au cœur du **Projet Régional de Santé** (PRS) au travers d'un document de politique transversale de télésanté.

Détermination des territoires fragiles

Le maintien d'une accessibilité géographique équitable aux soins, et en particulier aux soins de premiers recours, constitue une préoccupation majeure en région Picardie.

Le volet ambulatoire s'attache à déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et de définir des priorités d'actions autour d'organisations cibles (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, …) orientées sur des points d'implantation dans ces zones (objet des ateliers du 12 juillet 2012 que l'ARS a organisés)**.**

A cet effet, sont déterminés pour la région picarde des « territoires de proximité » qui serviront de base à la mise en œuvre opérationnelle des actions définies dans le présent schéma.

Les territoires de proximité qui sont arrêtés comme fragiles, sous-dotés, voire, très sous-dotés, feront l'objet d'actions prioritaires. Néanmoins, la politique de l'ARS définie précedemment ne concernera pas exclusivement ces territoires fragiles sous-dotés, voire très sous-dotés, compte-tenu de la situation de la démographie médicale ou paramédicale sur l'ensemble de la région.

TERRITOIRES DE PROXIMITE

Pour être au plus près de l'usager et de ses problématiques de santé, l'ARS a déterminé, en fonction des caractéristiques socio-sanitaires de la population, cinq territoires de santé :

Pour la partie ambulatoire, les territoires pertinents sont évidemment des territoires «infra» territoires de santé.
Dans cette perspective, l'ensemble des zonages existants (pays, cantons, EPCI, bassins de vie, zones de recours aux soins ambulatoires, zones d'emploi)[8] ont été expertisés afin de retenir le zonage le plus pertinent pour la Picardie pour la détermination des zones de mises

[8] Cf annexe Fiche par découpage

en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire.

ZONAGES	CRITERE POPULATIONNEL	SUPERFICIE MOYENNE PAR TERRITOIRE	OBSERVATIONS
LES PAYS	Près de 110 000 habitants		
LES CANTONS		En moyenne 150 km² par territoire	Tracés infra-communaux
LES EPCI		En moyenne 230 km² par territoire	Les communes n'appartiennent pas toutes à une EPCI
LES ZONES DE RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES			Méthodologie visant à identifier les bassins de consommation en actes de médecine libérale. Il n'apparaît pas pertinent de faire reposer la définition de la politique ambulatoire sur les manques que l'on cherche à combler
LES BASSINS DE VIE	80% des territoires ont moins de 30 000 habitants	En moyenne 230 km² par territoire	Recommandations du CNOM pour l'organisation des soins de premier recours : « semble être la plus appropriée pour répondre aux besoins d'accès aux soins de santé des populations, envisagée dans une zone d'organisation graduée et fonctionnelle de l'offre de soins correspondant à un exercice concerté – coordonné – collaboratif et interprofessionnel sur lequel peut s'organiser la continuité et la permanence des soins »

Le choix du bassin de vie, tel que l'INSEE le définit et les identifie, est apparu comme le zonage répondant le mieux au cadre des territoires de proximité. Il se définie comme la plus petite unité géographique où la population accède à l'emploi et aux principaux services.

Toutefois, un certain nombre de communes appartenant à des bassins de vie chef lieu de régions voisines, il a été procédé à une concertation inter-ARS (dans ce cas, se reporter aux zonages arrêtés par ces régions).

DETERMINATION DES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

L'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins.

La définition de ces zones revêt une grande importance puisque c'est sur leurs périmètres que s'appliqueront les diverses mesures tant régionales que nationales destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, et notamment :

- L'article L. 1434-8 du code de la santé publique (contrat de solidarité pour les médecins),
- Les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I er du code de la sécurité sociale : il s'agit des mesures conventionnelles (assurance maladie) d'aides au maintien et à l'installation des professionnels de santé ;

- L'article L. 631-1-1 du code de l'éducation : il s'agit des contrats d'engagement de service public ;
- L'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales : il s'agit des aides à l'installation à destination des professionnels de santé et aux étudiants en médecine ;
- L'article 151 ter du code général des impôts : il s'agit de l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins.

Les modalités de détermination de ces zones ont été précisées par arrêté ministériel en date du 21 décembre 2011. Il prévoit que dans le cadre du SROS soit défini un zonage pluri professionnel auquel peuvent s'ajouter par dérogation des zonages par profession dans le cadre des conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Ainsi par dérogation à l'article 2 dudit arrêté sont déterminés des zonages, qui font partie intégrante du volet ambulatoire du SROS pour les professions suivantes : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et sages-femmes.

3.1. Zonage pluriprofessionnel

Les critères de détermination des zones dites « fragiles » sont laissés à l'appréciation des ARS.

Toutefois, l'arrêté du 21 décembre 2011 prévoit que :

1. Les zones comprennent une part de la population régionale inférieure ou égale à 329 876 habitants pour la région Picardie, soit 17, 30 % de la population picarde,
2. Les zones soient constituées d'unités territoriales référencées par l'INSEE.

Selon ces modalités, une méthodologie de détermination des zones fragiles pluri professionnelles a été proposée par l'ARS (cf. description de la méthode en annexe). Cette méthodologie ainsi que les premiers résultats ont été présentés et discutés lors d'ateliers le 31 janvier 2012, puis les observations émises ont été recueillies et analysées.

3.1.1 Méthodologie de détermination des zones fragiles pluri-professionnelles

Le choix des critères concourant à la détermination des zones fragiles étant laissé à l'appréciation des ARS, une méthodologie spécifique a été élaborée afin d'identifier là où l'offre nécessitait d'être consolidée et susceptible d'accueillir un projet structurant pour l'organisation des soins.

Trois types d'indicateurs ont été retenus :

1. les indicateurs sur l'offre de soins :
   - La densité en médecins généralistes libéraux
   - La part des MG libéraux de 55 ans et plus : révélateur du besoin en remplacement à moyen terme en médecins généralistes libéraux.
   - Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux entre 2005 et 2011 : révélateur de l'attractivité de la zone.
   - La densité en paramédicaux (infirmiers, kinés) et spécialistes accessibles hors parcours de soin (dentistes, gynécos, ophtalmos et pédiatres)

2. les indicateurs sur la consommation de soins :

   - Approche "population"

i. Consommation sur production C&V : indicateur d'adéquation entre offre et demande.

ii. Évolution de la population entre 1999 et 2009 : permet d'approcher l'évolution du volume de la demande dans le futur. L'hypothèse étant que l'évolution de la population à l'avenir suivra la même tendance que sur les 10 dernières années (il n'y a pas de projection

de population à la commune, ni au bassin de vie de disponible, l'Insee considère que la taille de ces découpages est trop faible pour ce genre d'exercice). Une population qui croît aura tendance à avoir besoin d'un volume de soins plus important et donc de plus de praticiens pour les réaliser.

iii. La part des 75 ans et plus dans la population générale : le besoin en soins étant différent à chaque âge de la vie et particulièrement important aux grands âges, à effectif identique une population plus âgée aura besoin d'un volume de soins et donc d'un nombre de praticiens plus important.

iv. Nombre de places d'EHPAD par médecin : les médecins généralistes sont appelés à intervenir dans les maisons de retraite (convention ou non). Par définition dépendante, la population de ces établissements va demander un volume de soins important. On a rapporté le nombre de places de ces structures au nombre de médecins, car moins il y a de médecin, moins ces derniers seront au service de la population générale.

- Approche "état de santé"... :

i. Le taux d'hospitalisation (consommation PMSI 2010 / population) : approche de l'état de santé par la consommation réelle de soins hospitaliers de la population de la zone.

ii. Le taux de mortalité (non standardisé) : la mortalité est le plus souvent précédée de soins. On peut donc faire l'hypothèse qu'une population avec une plus forte mortalité a nécessité un volume de soins plus importants.

3. Autres indicateurs :
   - Alternatives : l'absence de premier recours peut être compensée par une alternative (présence d'urgences…).
   - Taux de population sous complémentaire CMU : révélateur de l'état social de la population.
   - Part des MG libéraux en secteur 2 : la présence de MG libéraux n'assure pas pour autant un accès aux plus démunis du fait des dépassements d'honoraires.

Les indicateurs ont ensuite été intégrés à un score suivant la pondération suivante :

- les indicateurs sur l'offre de soins : 0,4 (dont densité MG : 0,2 ; 55 ans et + : 0,05 ; évo MG : 0,05 ; densité para-spé : 0,1)
- les indicateurs sur la consommation de soins : 0,4 (dont Consultations & Visites : 0,1 ; évo pop : 0,05 ; part 75 ans : 0,1 ; places ehpad : 0,05 ; tx hospit : 0,05 ; tx morta : 0,05)
- les indicateurs sociaux et "politiques" : 0,2 (dont alternative 0,1 ; CMU 0,05 ; Secteur 2 : 0,05)

3.1.2 Résultats : ciblage issu de la méthodologie régionale

Chaque zone a été ensuite classée par le score obtenu.

Les zones présentant les scores les plus faibles ont été retenues jusqu'à concurrence de 329 876 habitants conformément à l'arrêté du 21 décembre 2011. La classification a alors été ajustée afin de tenir compte d'éléments micro-sociologiques caractérisant les territoires fragiles en termes de démographie médicale et de dynamiques portées par les professionnels.

Bassins de vie à fragilité pluriprofessionnelle en Picardie

Les communes appartenant à ces bassins de vie fragiles bénéficieront des mesures d'incitation destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé. Ces mesures sont celles prévues aujourd'hui par les textes mentionnés

précédemment (code de la santé publique, de la sécurité sociale, de l'éducation, des collectivités territoriales et général des impôts).

3.2. Zonage par profession

La répartition des professionnels de santé sur le territoire demeure très inégale, avec des disparités parfois importantes selon les professions concernées. Si, pour les médecins généralistes, la densité varie de 1 à 2 selon les départements, elle atteint des écarts allant de 1 à 4 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 1 à 9 s'agissant des infirmiers libéraux.

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des infirmiers libéraux ont conclu en 2008, un accord (avenant n°1 à la convention nationale) visant, pour la première fois, à améliorer la répartition géographique de la profession.

Expérimenté sur une durée de deux ans, ce dispositif de régulation de l'offre globale prévoyait une incitation financière à l'installation dans les zones « très sous dotées » et en parallèle régulait le conventionnement dans les zones « sur dotées ».

Une progression significative France entière des installations dans les zones « très sous dotées » avec un nombre d'infirmiers libéraux qui a progressé entre 2008 et 2011 de +33,5% a pu être constatée. A l'inverse dans les zones sur dotées, sur la même période, le nombre d'infirmiers libéraux a diminué de 2,9%, alors qu'il avait progressé de 8,5% entre 2006 et 2008 (source : CNAMTS).

Au regard du bilan de l'application de ces mesures, les partenaires conventionnels ont souhaité, à travers la signature de l'avenant n°3 conclu le 28 septembre 2011 et approuvé par arrêté du 25 novembre 2011, proroger, adapter et étendre le dispositif avec la nécessité de considérer l'offre globale de soins infirmiers, afin de favoriser la cohérence entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale.

A ce titre, il confirme le dispositif d'incitation financière à l'installation dans les zones très sous dotées, et en parallèle la régulation des installations dans les zones sur-dotées, en conditionnant toute nouvelle installation à un départ.

Les partenaires conventionnels ont par ailleurs souhaité étendre ce type de dispositif de régulation de l'offre à d'autres catégories de professionnels de santé libéraux : masseurs-kinésithérapeutes (avenant n°3 à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes libéraux approuvé par arrêté en date du 10 janvier 2012), sages-femmes (avenant n°1 à la convention nationale des sages femmes libérales approuvé par arrêté en date du 12 mars 2012), orthophonistes (avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes, approuvé par arrêté du 4 mai 2012).

Ces zonage professionnels doivent être arrêtés par le Directeur Général de l'ARS conformément à l'article L.1434-7 du code de la santé publique qui prévoit que le schéma régional d'organisation des soins détermine, dans sa partie ambulatoire, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

Les modalités de détermination de ces zones ont été précisées par arrêté ministériel en date du 21 décembre 2011, modifié par arrêté du 12 juin 2012, en particulier en ses articles 4 à 7. Ces articles définissent la méthodologie nationale classant en cinq catégories les zones infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes (très sous dotée, sous dotée, intermédiaire, très dotée, sur-dotée) et en six catégories les zones sages-femmes (sans sage femme, très sous dotées, sous dotées, intermédiaires, très dotées, sur-dotées).

Si les caractéristiques d'une zone tenant à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée, les ARS peuvent classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur.

3.2.1 Zonage Infimier

METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DU ZONAGE INFIRMIER :

La classification des zones relatives aux infirmiers libéraux a été élaborée selon une méthodologie nationale.

Unité géographique

L'unité géographique de base utilisée pour définir le zonage est la suivante :

- le bassin de vie tel que défini par l'INSEE ;
- le « canton ou ville » (pseudo canton) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

Critères de ciblage

La méthodologie nationale a utilisé les sources de données relatives à l'offre émise par les Infirmiers Diplômé d'Etat Libéraux (IDEL), les SSIAD et les centres de soins infirmiers (CSI). Les indicateurs pris en compte pour cibler les zones sont :

- deux indicateurs de besoins en soins :
  - les honoraires sans dépassements moyens des infirmiers (IDEL + SSIAD + CSI) ;
  - la part des personnes âgées de plus de 75 ans (INSEE, RP 2006) ;
- des indicateurs d'offre de soins :
  - la densité (standardisée par âge) pour 100 000 habitants des infirmiers (IDEL + SSIAD + CSI) ;
  - le nombre moyen d'indemnités kilométriques (IK) réalisé par les IDEL.

Un score est appliqué à la zone pour chacun de ces critères. La somme de ces scores permet de positionner la zone dans l'une des cinq catégories suivantes :

- les zones « très sous-dotées » ;
- les zones « sous-dotées » ;
- les zones « intermédiaires » ;
- les zones « très dotées » ;
- les zones « sur dotées ».

Les sources des données, la définition des indicateurs et la méthodologie des scores sont respectivement détaillées **en annexes 2 -3 et 4.**

RESULTAT DU CIBLAGE NATIONAL POUR LA REGION PICARDIE :

La mise en œuvre de cette méthodologie de classification nationale se traduit en Picardie par :

= mesures incitatives = mesures de régulation du conventionnement

1.Très sous doté	2.Sous doté	3.Intermédiaire	4.Très doté	5.Sur doté
9	7	86	9	8

NIVEAU DE DOTATION DES BASSINS DE VIE OU PSEUDO-CANTONS EN INFIRMIERS EXERÇANT EN LIBERAL, EN SSIAD, OU EN CENTRES DE SOINS INFIRMIERS (CSI) EN PICARDIE

Les résultats du ciblage pour chaque commune figurent en annexe.

UTILISATION DE LA MARGE D'APPRECIATION REGIONALE :

La marge d'adaptation ne peut conduire à augmenter ou à diminuer, conformément à l'arrêté du 21 décembre 2011 sus mentionné, le nombre de zones de l'une des catégories de plus de 5 %. Par dérogation et après avis de la commission paritaire régionale des infirmiers, elle peut être portée à 10 %.

1.Très sous doté	**Marge zone 1.**	2.Sous doté	Marge zone 2.	3.Intermé diaire	**Marge zone 3.**	4.Très doté	**Marge zone 4.**	5.Sur doté	**Marge zone 5.**
9	**8 à 10**	7	-	86	82 à 90	9	-	8	**7 à 9**

= mesures incitatives

= mesures coercitives

Au regard de la connaissance des territoires et des spécificités de ces derniers, en particulier de leurs caractéristiques en matière d'infrastructures de transports, et après avis favorable de la CPR Infirmiers en date du 10 décembre 2012, les bassins de vie/pseudos cantons identifiés initialement comme sous dotés, suivants, sont classés en zones très sous dotées :

- 02163 Charly
- 80798 Villers-Bocage
- 02789 Vervins

En contrepartie, sont reclassés:

1. les bassins de vie/pseudos cantons identifiés initialement comme très sous dotés, mais qui se situent à proximité d'une zone très urbaine avec un voisinage sur doté, dans une zone sous dotée. Ainsi, les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants :
   - 60589 Saint-Maximin,
   - 6039 Montataire,
   - 60360 Liancourt.

   sont classés en zones sous dotées,
2. les zones très dotées suivantes :
   - 6004 Beauvais sud-ouest hors Beauvais (commune la plus peuplée : Allonne)
   - 6009 Compiègne nord hors Compiègne (commune la plus peuplée : Margny lès Compiègne)

   sont classées en zones sur-dotées.

En effet, l'éclatement des bassins de vie possédant une unité urbaine de plus de 30 000 habitants provoque l'apparition de communes isolées qui cristallisent les valeurs extrêmes de l'agglomération.
Dans plusieurs cas, l'ensemble des communes rurales du bassin de vie éclaté sortent très sous dotées, tandis que l'équipement du pôle urbain est classé intermédiaire.
C'est pourquoi il est proposé de déclasser ces bassins de vie amputés de leur partie urbaine.
La méthodologie d'élaboration des bassins de vie repose sur les déplacements avérés des populations dans le cadre de leur travail et de leur consommation de biens et services. Il est normal que les habitants des communes rurales se déplacent vers son pôle urbain. Enlever les communes urbaines d'un bassin de vie rend caduc l'intérêt même du concept bassin de vie.

Dans le sens inverse, les bassins de vie/pseudos cantons identifiés initialement comme sur dotés suivants :

- 02558 Le Nouvion en Thiérache,
- 6011 Creil-Nogent-sur-Oise hors Creil (commune la plus peuplée : Nogent-sur-Oise)
- 8007 Amiens 1er (Ouest) hors Amiens (commune la plus peuplée : Dreuil-lès-Amiens)

sont classés en très dotés.

Cette carte est une illustration : seul le tableau en annexe 7 (Liste des communes et classement par type de zone) est opposable.

3.2.2 Zonage Masseurs Kinésithérapeutes

Au travers de la signature le 30 Novembre 2011 de l'avenant n°3 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, approuvé par l'arrêté en date du 25 Novembre 2011, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux se sont engagés dans un dispositif de régulation démographique analogue à celui des infirmiers.

A cet effet, l'avenant conventionnel prévoit, d'une part, une incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones «très sous dotées» et «sous dotées» avec le versement d'une aide à l'équipement du cabinet et autres investissements professionnels et la prise en charge des cotisations dues au titre des allocations familiales, en contrepartie de l'engagement du professionnel à :

- exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone,
- justifier d'une activité libérale conventionnée aux deux tiers de son activité dans la zone,
- enregistrer un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 70% pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Il prévoit, d'autre part, une régulation des installations dans les zones sur dotées avec un accès au conventionnement qui ne peut intervenir que si un masseur-kinésithérapeute cesse son activité dans la zone.

Une mise en place transitoire a été organisée pour les étudiants en cours de formation dans les écoles de masso-kinésithérapies. L'avenant prévoit ainsi un dispositif transitoire de régulation dans les zones sur-dotées applicables progressivement sur une durée de 3 ans :

le dispositif ne s'applique pas aux jeunes diplômés en 2012 qui s'installent cette année ; il s'applique aux jeunes diplômés en 2013 pour un tiers des bassins de vie les plus sur-dotés puis il s'applique aux jeunes diplômés en 2014 pour les deux tiers des bassins de vie les plus sur dotés.

METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DU ZONAGE MASSEUR KINESITHERAPEUTE :

Unité géographique

L'unité géographique de base utilisée pour définir le zonage est la suivante :

- le bassin de vie tel que défini par l'INSEE ;
- le «canton ou ville» (pseudo canton) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

Critères de ciblage

La méthodologie nationale a procédé à la détermination du niveau de dotation des bassins de vie/pseudo-cantons en deux étapes.
La première étape a consisté à classer les territoires en fonction de la densité calculée par rapport à l'offre de soins et le besoin en soins de masso-kinésithérapie en cinq niveaux de dotation :

- les zones « très sous-dotées » ;
- les zones « sous-dotées » ;
- les zones « intermédiaires » ;
- les zones « très dotées » ;
- les zones « sur dotées ».

La seconde étape a permis d'ajuster ce classement à partir des particularités locales d'activité: la part de masseurs-kinésithérapeutes de plus de 58 ans dans les zones sous-dotées et le nombre d'actes par patient dans les zones très dotées.

Les sources des données, la définition des indicateurs et la méthodologie des scores sont détaillées en **annexe**.

RESULTAT DU CIBLAGE NATIONAL POUR LA REGION PICARDIE :

La mise en œuvre de cette méthodologie de classification nationale se traduit en Picardie par :

= mesures incitatives = mesures de régulation du conventionnement

1.Très sous doté	2.Sous doté	3.Intermé diaire	4.Très doté	5.Sur doté
22	10	81	2	4

La carte ci-après représente les zones pour chacun des bassins de vie ou pseudos-cantons de la région.

NIVEAU DE DOTATION DES BASSINS DE VIE OU PSEUDO-CANTONS EN MASSEURS KINESITHERAPEUTES EXERÇANT EN LIBERAL EN PICARDIE

Les résultats du ciblage pour chaque commune figurent en annexe.

UTILISATION DE LA MARGE D'APPRECIATION REGIONALE :

La marge d'adaptation ne peut conduire à augmenter ou à diminuer, conformément à l'arrêté du 21 décembre 2011 sus mentionné, le nombre de zones de l'une des catégories de plus de 5 %. Par dérogation et après avis de la commission paritaire régionale des masseurs-kinésithérapeutes, elle peut être portée à 10 %.

1.Très sous doté	**Marge zone 1.**	2.Sous doté	**Marge zone 2.**	3.Intermédiaire	**Marge zone 3.**	4.Très doté	**Marge zone 4.**	5.Sur doté	**Marge zone 5.**
22	**20 à 24**	10	**9 à 11**	81	74 à 89	2	1 à 3	4	**3 à 5**

= mesures incitatives

= mesures coercitives

Comme indiqué précédemment, le découpage adopté pseudo-cantons n'est pas des plus pertinents dans une région rurale comme la Picardie. En effet, l'éclatement des bassins de vie possédant une unité urbaine de plus de 30 000 habitants provoque l'apparition de communes isolées qui cristallisent les valeurs extrêmes de l'agglomération. On peut prendre l'exemple, ici, du bassin de vie d'Amiens. La commune de Rivery limitrophe d'Amiens apparaît très sous dotée, alors que celle de Salouël est, elle, sur dotée. Dans plusieurs cas, l'ensemble des communes rurales du bassin de vie éclaté apparaissent très sous dotées, tandis que l'équipement du pôle urbain est classé intermédiaire.

Il est donc arrêté, au regard de la connaissance des territoires et des spécificités de ces derniers, en particulier de leurs caractéristiques en matière d'infrastructures de transports, et après avis favorable de la CPR Masseurs Kinésithérapeutes en date du 4 décembre 2012 :

1. de déclasser les bassins de vie suivants :
   - de sous doté en intermédiaire : 60338 Lacroix-Saint-Ouen,
   - d'intermédiaires en très dotés : 6036 Chantilly et 8099 Amiens,
   - de très doté à sur-doté : 80799 Villers-Bretonneux ;

2. de requalifier les zones classées en sous-dotées en très sous dotées (en lieu et place des précédentes, et en intégrant la marge d'appréciation autorisée) :
   - 02173 Chauny,
   - 60245 Formerie (inter régionale) ;

3. Il est par ailleurs arrêté de reclasser les zones intermédiaires suivantes en sous dotées :
   - 60143 Chaumont-en-Vexin
   - 60223 Estrées-Saint-Denis

qui sont les deux bassins de vie avec la plus faible densité de masseurs kinésithérapeutes des zones classées intermédiaires, ainsi que :
   - 02558 Le Nouvion-en-Thiérache
   - 60 395 Méru.

Zonage de mise en œuvre des mesures conventionnelles

Cette carte est une illustration : seul le tableau en annexe 7 (Liste des communes et classement par type de zone) est opposable.

3.2.3 Zonage Sages-Femmes

Au travers de la signature le 9 Janvier 2012 de l'avenant n°1 à la convention des sages-femmes libérales, approuvé par l'arrêté en date du 12 Mars 2012, les sages-femmes libérales se sont engagées dans un dispositif de régulation démographique analogue à celui des infirmiers.

A cet effet, l'avenant conventionnel prévoit, d'une part, une incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones «très sous dotées» et «sous dotées» avec le versement d'une aide à l'équipement du cabinet et autres investissements professionnels et la prise en charge des cotisations dues au titre des allocations familiales, en contrepartie de l'engagement du professionnel à :

- exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone,
- justifier d'une activité libérale conventionnée aux deux tiers de son activité dans la zone et percevoir des honoraires minimum équivalent à 5% des honoraires moyens de la profession en France,
- enregistrer un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 75% pour les sages-femmes.

Il prévoit, d'autre part, une régulation des installations dans les zones sur dotées avec un accès au conventionnement qui ne peut intervenir que si une sage-femme cesse son activité dans la zone ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des 2 précédentes années.

METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DU ZONAGE SAGE-FEMME :

Unité géographique

L'unité géographique de base utilisée pour définir le zonage est le découpage en zone d'emploi de 1994 tel que défini par l'INSEE.

Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

Le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur le marché du travail. Le zonage définit aussi des territoires pertinents pour les diagnostics locaux et peut guider la délimitation de territoires pour la mise en œuvre des politiques territoriales initiées par les pouvoirs publics ou les acteurs locaux. Ce zonage est défini à la fois pour la France métropolitaine et les DOM.

Critères de ciblage

La méthodologie nationale a procédé à la détermination du niveau de dotation des zones d'emploi en deux étapes.

La première étape a consisté à isoler les zones de moins de 350 naissances domiciliées. Ce seuil de 350 naissance domiciliées est considéré comme le seuil d'activité minimal pour inciter une sage-femme à se conventionner dans cette zone.

La seconde étape a consisté à classer, en six catégories, les zones avec au moins 350 naissances domiciliées, en fonction de la densité calculée par rapport à l'offre de soins en sages femmes rapportée à 100 000 naissances domiciliées :

- les zones « sans sage-femme » ;

- les zones « très sous-dotées » ;
- les zones « sous-dotées » ;
- les zones « intermédiaires » ;
- les zones « très dotées » ;
- les zones « sur dotées ».

Les sources des données, la définition des indicateurs et la méthodologie des scores sont détaillées en annexe.

RESULTAT DU CIBLAGE NATIONAL POUR LA REGION PICARDIE :

La mise en œuvre de cette méthodologie de classification nationale se traduit en Picardie par :

0.Sans sage femme	1.Très sous doté	2.Sous doté	3.Intermédiaire	4.Très doté	5.Sur doté
3	4	5	2	0	0

La carte ci-après représente les zones pour chacun des bassins d'emploi de la région.

NIVEAU DE DOTATION DES BASSINS DE VIE OU PSEUDO-CANTONS EN SAGES-FEMMES EXERÇANT EN LIBERAL EN PICARDIE

Les résultats du ciblage pour chaque commune figure en annexe.

UTILISATION DE LA MARGE D'APPRECIATION REGIONALE :

La marge d'adaptation ne peut conduire, conformément à l'arrêté du 21 décembre 2011 sus mentionné, à modifier qu'une zone d'emploi par catégorie de zone vers le niveau immédiatement supérieur ou inférieur dans la limite de 20 % de la totalité des zones par région.
Les zones sans sage-femme et de moins de 350 naissances domiciliées ne sont pas concernées par cette possibilité.

0.Sans sage femme	1.Très sous doté	**Marge zone 1.**	2.Sous doté	**Marge zone 2.**	3.Intermé diaire	**Marge zone 3.**	4.Très doté	**Marge zone 4.**	5.Sur doté	**Marge zone 5.**
3	4	**3 à 5**	5	**4 à 6**	2	**1 à 3**	0	-	0	**-**

Les possibilités de modifications sont de fait beaucoup plus réduites pour les sages-femmes que pour les autres professions dans la mesure où, d'une part, il n'est possible de changer le classement que d'une seule zone par classe ; et d'autre part, du fait de la situation de la Picardie qui ne compte pas de zones très dotées ou sur dotées.

La zone 2210 Saint-Just-en-Chaussée (1 SF) est arrêtée en très sous doté (une densité faible de SF avec une offre hospitalière limitée), et la zone 2207 Soissons (4 SF) en sous dotée, en raison d'une densité inférieure de 30% à celle de Saint-Quentin.

La classification de chaque commune figure en annexe.

3.2.4 Zonage Orthophonistes

Au travers de la signature le 29 mars 2012 de l'avenant n°13 à la convention des orthophonistes libéraux, approuvé par l'arrêté en date du 4 mai 2012, les orthophonistes libéraux se sont engagés dans un dispositif de régulation démographique analogue à celui des infirmiers.

A cet effet, l'avenant conventionnel prévoit une incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones «très sous dotées» avec le versement d'une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires, en contrepartie de l'engagement du professionnel à :

- avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 80 % ;
- exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » ;
- justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée aux deux tiers de son activité dans la zone « très sous-dotée » et y percevoir des honoraires minimum équivalent à 10 % des honoraires moyens de la profession en France ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 3 du présent avenant.

METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DU ZONAGE ORTHOPHONISTE :

Unité géographique

L'unité géographique de base utilisée pour définir le zonage est la suivante :

- le bassin de vie tel que défini par l'INSEE ;
- le « canton ou ville » (pseudo canton) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

Critères de ciblage

La méthodologie nationale a procédé à la détermination du niveau de dotation des bassins de vie/pseudo-cantons en deux étapes.

La première étape a consisté à classer les territoires en fonction de la densité calculée par rapport à l'offre de soins et le besoin en soins d'orthophonie en cinq niveaux de dotation :

- les zones « très sous-dotées » ;
- les zones « sous-dotées » ;
- les zones « intermédiaires » ;
- les zones « très dotées » ;
- les zones « sur dotées ».

Les bassins de vie/ pseudo-cantons sans orthophoniste ont été reclassés de la manière suivante :

- si après l'ajout d'un orthophoniste dans le bassin de vie/ pseudo-canton, la densité pondérée correspond au niveau de dotation des zones très sous-dotées, alors le bassin de vie/ pseudo-canton est intégrée dans les zones très sous-dotées ;
- si la densité pondérée calculée est différente de ce niveau de dotation, alors la zone est intégrée aux zones classées en intermédiaire.

La seconde étape a permis d'ajuster ce classement à partir des particularités locales d'activité :

- Si les honoraires annuels de l'orthophoniste sont inférieurs au quart de la médiane des honoraires totaux des orthophonistes (France métropolitaine), alors l'orthophoniste

est compté comme un mi-temps. Au-delà, l'orthophoniste est considéré comme un plein temps.

- Si l'orthophoniste a plus de 57 ans, il est considéré comme un mi-temps. En deçà, l'orthophoniste est considéré comme un plein temps.
- Si l'orthophoniste est considéré comme un mi-temps sur un ou deux critères, il est compté comme un mi-temps, sinon comme un temps plein.

Ce calcul permet de tenir compte des professionnels travaillant à mi-temps en libéral et/ ou proche de la retraite

Les sources des données, la définition des indicateurs et la méthodologie des scores sont détaillées en annexe.

RESULTAT DU CIBLAGE NATIONAL POUR LA REGION PICARDIE :

La mise en œuvre de cette méthodologie de classification nationale se traduit en Picardie par :

1.Très sous doté	2.Sous doté	3.Intermédiaire	4.Très doté	5.Sur doté
37	8	62	8	4

La carte ci-après représente les zones pour chacun des bassins d'emploi de la région.

NIVEAU DE DOTATION DES BASSINS DE VIE OU PSEUDO-CANTONS EN ORTHOPHONISTES EXERÇANT EN LIBERAL EN PICARDIE

Les résultats du ciblage pour chaque commune figure en annexe.

UTILISATION DE LA MARGE D'APPRECIATION REGIONALE :

La marge d'adaptation ne peut conduire à augmenter ou à diminuer, conformément à l'arrêté du 21 décembre 2011 sus mentionné, le nombre de zones de l'une des catégories de plus de 5 %. Par dérogation et après avis de la commission paritaire régionale (CPR) des orthophonistes, elle peut être portée à 10 %.

1.Très sous doté	**Marge zone 1.**	2.Sous doté	Marge zone 2.	3.Intermé diaire	**Marge zone 3.**	4.Très doté	**Marge zone 4.**	5.Sur doté	**Marge zone 5.**
37	**33 à 41**	8	7 à 9	62	56 à 68	8	7 à 9	4	**3 à 5**

= mesures incitatives

Le nombre de bassins classé en « très sous doté » est très important, presque 5 fois plus qu'en « sous doté ». Les reclassements entre les deux sont donc limités par la plus petite des deux classes.

Il est arrêté, après avis favorable de la CPR des orthophonistes en date du 3 décembre 2012 :

1. de reclasser les 8 zones « sous dotées » en « très sous dotées » suivantes :

- 02381 Hirson
- 02810 Villers-Cotterêts
- 60176 Crépy-en-Valois
- 6039 Montataire
- 6098 Creil
- 80318 Flixecourt
- 80368 Friville-Escarbotin
- 80410 Ham

2. De reclasser les 4 zones à l'origine en « très sous dotées » en « sous dotées », suivantes :

- 8007 Dreuil-lès-Amiens
- 8009 Rivery
- 8010 Longueau
- 8044 Pont-de-Metz

3. De reclasser 5 zones classées originellement en « intermédiaire », dans la classe « sous doté ». Compte tenu de la faible densité de praticiens, il est proposé les zones suivantes :

- 60286 Grandvilliers
- 60029 Auneuil
- 60188 Cuise-la-Motte
- 60178 Crèvecoeur-le-Grand
- 60374 Maignelay-Montigny

4. Dans la classe « très dotée » la zone 60500 Le Plessis-Belleville compte aujourd'hui une densité très faible, il est donc proposé de la reclasser en « intermédiaire ».

Cette carte est une illustration : seul le tableau en annexe 7 (Liste des communes et classement par type de zone) est opposable.

En son article 5, l'arrêté du 21 décembre 2011 prévoit qu'il puisse être révisé afin de tenir compte, le cas échéant des modalités de mise en œuvre des mesures prévues par les conventions. A cet effet notamment, il a été modifié le 21 juin 2012 afin que puissent être tenu compte des zonages masseurs kinésithérapeutes, sages femmes et orthophonistes.

L'avenant 2 à la convention nationale organisant les rapports entre l**es chirurgiens dentistes** et l'assurance maladie signé le 16 avril 2012 pour lequel un avis a été publié au Journal Officiel le 31 juillet 2012, prévoit en son article des mesures destinées à favoriser un meilleur accès aux soins.

Dès modification de l'arrêté du 21 décembre 2011, la partie ambulatoire du SROS sera révisée afin d'en tenir compte.

BIOLOGIE MEDICALE

PREAMBULE

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale a profondément modifié les conditions d'exercice de la biologie médicale et a donné un rôle majeur aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans la régulation de l'offre de soins en biologie médicale.

L'ordonnance :

✓ Définit que l'offre de biologie médicale est évaluée au niveau des territoires de santé.
✓ Rend obligatoire l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (LBM).
Les normes d'accréditation sont :

- La norme NF EN ISO 15189 "Exigences particulières concernant la qualité et la compétence" pour les analyses effectuées dans un LBM.
- La norme NF EN ISO 22 870 pour les analyses délocalisées (c'est-à-dire réalisées en un autre lieu que le LBM mais sous la responsabilité du biologiste du LBM).

L'organisme accréditeur est le COFRAC (Comité français d'accréditation).
✓ Modifie les procédures d'autorisation des LBM, données dorénavant par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS), avec la possibilité offerte aux LBM de fonctionner en mode multi-sites.
✓ Encourage la concentration de l'offre de biologie médicale par la facilitation des regroupements (pas de limite au nombre de sites d'un laboratoire).
✓ Limite sur un territoire de santé infrarégional l'activité d'un opérateur à un pourcentage maximum de l'offre globale[9].
✓ Insiste sur le respect de la continuité de l'offre de biologie médicale.
L'ARS de PICARDIE a pour mission dans ce nouveau cadre réglementaire de :
✓ Maintenir la diversité et la continuité de l'offre de biologie médicale.
✓ Suivre l'accréditation complète de tous les LBM publics et privés avec l'objectif que toutes les structures obtiennent l'accréditation.
✓ Inciter au regroupement des LBM lorsque celui-ci a un intérêt manifeste en termes de santé publique.
✓ Faciliter la mutualisation des moyens dans le cadre de coopérations pour mener à bien l'accréditation, rationaliser l'organisation de la permanence des soins.

Le présent volet biologique du SROS a été intégré au SROS ambulatoire et couvre aussi bien la biologie libérale qu'hospitalière.

---

[9] *L'article L 6222-2 du Code de la Santé Publique (CSP) permet au DGARS de s'opposer à une création de laboratoire de biologie médicale qui aurait pour conséquence, en augmentant l'offre de plus de 25% par rapport aux besoins de la population tels que définis par le SROS, de déséquilibrer l'offre existante.*
L'article L. 6222-3 du CSP dit « le Directeur général de l'ARS peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un LBM ou à une opération de fusion de LBM, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25% du total des examens de biologie médicale réalisés ».
L'article L. 6223-4 du CSP stipule « sans préjudice de l'application des règles particulières de constitution des formes de sociétés mentionnées à l'article L. 6223-1, l'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé infrarégional, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33% du total des examens de biologie médicale réalisés ».

Par ailleurs, il convient de noter une transversalité entre le volet Biologie médicale et les volets Transfusion, les dépôts de sang étant gérés par les biologistes des hôpitaux publics et Femme-mère-enfant pour ce qui est de l'assistance médicale à la procréation et du diagnostic prénatal.

DIAGNOSTIC

Pour élaborer le diagnostic, il a été réalisé :

L'envoi à tous les biologistes publics et privés responsables d'un LBM d'un questionnaire élaboré par le Ministère de la Santé et dont les résultats sont exploités par le logiciel "SOLEN".

L'établissement d'une cartographie de l'offre existante avec la localisation des sites de LBM, leur structure juridique et leurs liens au sein de la même société.
Les distances entre les sites de biologie appartenant à un même LBM multi-sites ont été indiquées ainsi que l'offre de biologie médicale frontalière de la Picardie.

La mise en perspective de la réforme a été appuyée par la mise en place :

- De groupes de travail constitués avec les professionnels de terrain tant privés que publics.
- De rencontres avec des responsables d'établissements de santé, des biologistes et des représentants du syndicat des biologistes.

Analyse quantitative de l'offre :

Une cartographie de l'existant a été établie montrant :

- Une bonne répartition de l'offre de biologie.
- Un mode d'exploitation majoritairement en société d'exercice libéral dans le secteur privé.
- Un mode d'exercice en laboratoire multi-sites qui tend à être la règle.
- Une fragilité de certains laboratoires hospitaliers compte tenu de la présence d'un seul biologiste proche de la retraite.

Les cartes sont présentées en annexe 9 du document.

Territoire de santé de la Somme :

13 sites sont exploités en mono-site : NOUVION EN PONTHIEU, SAINT-VALERY SUR SOMME, GAMACHES, FRIVILLE-ESCARBOTIN, ABBEVILLE, AMIENS (5 sites), CORBIE, ALBERT, et le laboratoire de l'Etablissement Français du Sang (EFS) d'AMIENS.

12 sites sont organisés en laboratoires multi-sites : AMIENS (8 sites), SALOUEL, DOULLENS, MONTDIDIER et ROYE.
Il y a 4 sites publics : laboratoires des hôpitaux d'ABBEVILLE, d'AMIENS (CHU), de DOULLENS et de MONTDIDIER.
L'activité globale du territoire est d'environ 9 millions d'examens annuels dont près de la moitié est réalisée par le CHU.
Le CH de DOULLENS ne dispose que d'un biologiste à mi-temps ce qui apparait insuffisant pour mener à bien l'accréditation. Une formule de coopération devra être trouvée.

Il y a 36 biologistes dans le secteur privé et 31 biologistes dans le secteur public.
L'offre de biologie apparait satisfaisante.

Territoire de santé Aisne Nord, Haute Somme :

Ce territoire comporte 16 sites de biologie médicale privée.
3 sites sont exploités en mono-site : BOHAIN et SAINT-QUENTIN (2 sites).
Il y a un laboratoire de l'EFS dans les locaux du CH de SAINT-QUENTIN.

12 sites sont exploités sous la forme de LBM multi-sites :
- ✓ Le laboratoire « NOVABIO » qui est le principal opérateur privé du territoire exploite 7 sites : SAINT-QUENTIN (3 sites), GUISE, VERVINS, TERGNIER et CHAUNY (+ un site à SOISSONS sur le territoire Aisne Sud).
- ✓ Le laboratoire « BIOMEDIQUAL » exploite 2 sites : BEAUTOR et CHAUNY (+ 2 sites à NOYON sur le territoire Oise Est).
- ✓ Le laboratoire « HAUTE PICARDIE » exploite 2 sites : HAM et PERONNE.
- ✓ Le laboratoire d'HIRSON est exploité par la société « BIO ARD'AISNE » dont le siège social est à RETHEL dans les Ardennes.

Il y a 4 sites publics : laboratoires des hôpitaux de CHAUNY, d'HIRSON, de PERONNE et de SAINT-QUENTIN, le principal opérateur public.
L'activité de biologie médicale de ce territoire est d'environ 4 millions d'examens par an.
Il y a 23 biologistes dans le secteur privé (dont celui du laboratoire de l'EFS) et 7 biologistes dans le secteur public.
L'offre de biologie apparait satisfaisante.

Territoire de santé Aisne Sud :

Ce territoire comporte 11 sites de biologie médicale privée.

1 site est exploité en mono-site : CHATEAU-THIERRY. Le site de SAINT-ERME a été fermé provisoirement du fait d'une cession de clientèle. (Il était auparavant annexé à une officine de pharmacie).

8 sites sont exploités sous la forme de LBM multi-sites :
- ✓ Le laboratoire « NOVABIO » dont le siège social est à SAINT-QUENTIN exploite un site à SOISSONS.
- ✓ Le laboratoire « CORCY ET ASSOCIES » exploite 4 sites : SOISSONS (2 sites), VILLERS-COTTERETS et CHATEAU-THIERRY.
- ✓ Le laboratoire « LA BIOLOGIE MEDICALE » exploite 3 sites : LAON (2 sites) et MONTCORNET.

Il y a 3 sites publics : laboratoires des hôpitaux de CHATEAU-THIERRY, LAON et SOISSONS.

Il est prévu que le laboratoire de biologie polyvalente de l'hôpital privé de VILLIERS SAINT-DENIS fusionne à terme avec le laboratoire du CH de CHATEAU-THIERRY et ferme.
L'activité déclarée sur le territoire est d'environ 3 millions d'examens.
Il y a 17 biologistes travaillant dans le secteur privé et 9 dans le secteur public.
L'offre de biologie du territoire apparait satisfaisante.

Territoire de santé Oise Ouest :

Ce territoire comporte 10 sites de biologie médicale privée.
4 sites sont exploités en mono-site : GRANDVILLIERS, MERU (2 sites) et CHAMBLY.
6 sites sont exploités sous la forme de LBM multi-sites :

- ✓ Le laboratoire « CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE OISE PICARDIE » exploite 4 sites : BEAUVAIS (2 sites), BRETEUIL et SAINT-JUST EN CHAUSSEE.
- ✓ Le laboratoire « LABO TEAM » dont le siège social est à COMPIEGNE exploite un site à CLERMONT et un site à MOUY.

Il y a 2 laboratoires de biologie médicale polyvalente au sein des CH de BEAUVAIS et CLERMONT.
Il y a 14 biologistes dans le secteur privé et 8 dans le secteur public.
L'activité du territoire est d'environ 2,5 millions d'examens de biologie médicale par an.
L'offre de biologie du territoire apparait satisfaisante.

Territoire de santé Oise Est :

Ce territoire comporte 29 sites de biologie médicale privée.
10 sites sont exploités en mono-site : NOYON, COMPIEGNE (4 sites dont 2 vont prochainement être exploités en multi-sites), CREPY EN VALOIS, LE PLESSIS BELLEVILLE, SENLIS, BETHISY SAINT-PIERRE et le laboratoire d'immuno hématologie de l'Etablissement Français du Sang (EFS) présent sur le site du CH de CREIL.

19 sites sont exploités sous la forme de LBM multi-sites :

- ✓ Le laboratoire « BCD BIOLOGIE » exploite 5 sites : NOGENT SUR OISE, MONTATAIRE, LAMORLAYE, CHANTILLY et SENLIS.
- ✓ Le laboratoire « BIOMAG » exploite 7 sites : CREIL (3 sites), ESTREES SAINT-DENIS, PONT SAINTE-MAXENCE, GOUVIEUX et SAINT-LEU D'ESSERENT.
- ✓ Le laboratoire « LABO TEAM » exploite 5 sites : COMPIEGNE, LIANCOURT, CUISE LA MOTTE, THOUROTTE et MARGNY LES COMPIEGNE.
- ✓ Le laboratoire « BIOMEDIQUAL » exploite 2 sites à NOYON.

Il y a trois laboratoires de biologie polyvalente hospitalière ;

- ✓ Les laboratoires des CH de NOYON et COMPIEGNE :

Le laboratoire de NOYON est géré à partir du CH de COMPIEGNE par mise à disposition d'un biologiste sur le site de NOYON à partir du pool de biologistes du CH de COMPIEGNE.

- ✓ Les laboratoires de CREIL – SENLIS :

Le laboratoire est fusionné suite à la fusion des établissements de santé de CREIL et SENLIS mais l'activité est maintenue sur les deux sites.

L'activité en examens de biologie médicale est d'environ 4,5 millions par an.

Il y a 34 biologistes dans le secteur privé (y compris la biologiste de l'EFS de CREIL) et 11 biologistes dans le secteur public (où il y a en plus deux postes vacants soit 13 postes en tout).
L'offre de biologie du territoire apparait satisfaisante.

<u>Analyse qualitative de l'offre :</u>

La biologie picarde offre un bon maillage du territoire et un niveau de qualité satisfaisant.
Le secteur privé s'est vigoureusement restructuré et l'exercice en société d'exercice libéral est très majoritaire.

Les structures intégrées (LBM multi-sites) ne devraient pas avoir de difficulté particulière à honorer les exigences de l'accréditation.

La coopération entre établissements hospitaliers demeure modeste :

- ✓ Les hôpitaux de VILLIERS SAINT DENIS et de CHATEAU-THIERRY sont en train de fusionner leurs LBM
- ✓ Les fusions des LBM de NOYON et COMPIEGNE d'une part, SENLIS et CREIL d'autre part sont effectives.

1 - Les points forts de la biologie régionale sont :

- ✓ Une bonne répartition des sites de biologie sur l'ensemble du territoire.
- ✓ La taille moyenne ou importante des structures biologiques (surtout privées) qui leur permet d'accéder à un matériel automatisé de qualité, de former leur personnel, de s'entourer d'un personnel compétent et de préparer l'accréditation dans de bonnes conditions avec en particulier la mise en place de responsables de l'assurance de qualité et de qualiticiens compétents.

2 - Les difficultés rencontrées par la biologie régionale sont :

- ✓ La difficulté à recruter des biologistes médicaux suite à un faible nombre de biologistes formés régionalement et à la plus forte attractivité qu'exercent les régions frontalières (NORD PAS DE CALAIS et ILE DE FRANCE notamment).
- ✓ La taille des structures qui rend difficile aux jeunes biologistes, pas encore en exercice et ne disposant pas de capitaux importants, l'accès à une part significative du capital des structures biologiques en place.
- ✓ La difficulté pour un jeune biologiste de créer son propre LBM du fait de l'accréditation obligatoire dont tous les critères sont difficiles à remplir et du fait des regroupements de LBM qui rend difficile la création d'une clientèle.
- ✓ L'existence de petits laboratoires de biologie polyvalente dans des CH publics.

Ces laboratoires ont souvent pris du retard dans la démarche d'accréditation. Par ailleurs, certains de ces laboratoires publics de biologie polyvalente vont devoir remplacer leur unique biologiste, près de la retraite dans un avenir proche et devront étudier les possibilités de rapprochement avec des structures publiques ou privées.

OBJECTIFS

Les objectifs fixés dans le présent volet Biologie du SROS s'inscrivent dans le cadre des priorités régionales du PSRS.
En termes d'accès aux soins, il est pris acte de la répartition jusque là satisfaisante des sites de biologie médicale sur le territoire et l'objectif est de maintenir un maillage actuel, en relation avec les besoins de la population d'une biologie de proximité.
La qualité et la sécurité de la prise en charge seront renforcées par la démarche d'accréditation progressive de l'ensemble des LBM suivie par l'ARS.
Enfin, l'accès à une biologie de qualité proche du patient, efficace et rapide dans sa réponse participe à l'amélioration de la qualité de vie.

Les objectifs cibles sont :

Garantir un maillage en biologie médicale et suivre la mise en application du SROS :

Le maillage existant de l'offre biologique est satisfaisant. Un bilan des modifications de l'offre de soins sera réalisé tous les 6 mois. Les cartographies seront régulièrement mises à jour avec un suivi de l'implantation des sites.
Dans le contexte évolutif de la biologie médicale, l'ARS sera attentive à la pérennisation d'un accès en proximité à l'offre de biologie médicale par le biais d'activités de prélèvements.

3.1 Promouvoir la coopération entre laboratoires publics et privés et entre les laboratoires publics :

Les structures d'importance modeste ont des difficultés à moderniser leur équipement, former leurs équipes et satisfaire aux obligations de l'accréditation. Par ailleurs, il est souhaitable de prévoir des solutions de recours en cas de pannes (par exemple acquisition par deux structures voisines d'automates « miroirs » (identiques) qui pourraient dans ce cas se relayer.
Du point de vue opérationnel, il s'agit d'amener ces structures à une forme de coopération qui leur permette de parvenir aux normes de qualité qui seront exigibles dans quelques années (en particulier dans le cadre de l'accréditation). Les structures citées devront entrer dans une forme de coopération qui les pérennise et leur permette d'implémenter l'accréditation.
La coopération pourra être obtenue soit pas le biais de groupements de coopération sanitaire, solution préconisée pour les structures publiques, de mise à disposition de personnel, de mise en place d'une société d'exercice libéral, soit encore par le biais de conventions.
La coopération concernera en priorité des structures ne comportant qu'un biologiste.
La coopération peut se faire avec un établissement public disposant d'un laboratoire moyen ou important ou avec un LBM privé disposant là aussi de moyens adéquats.

3.2 Suivre l'accréditation des laboratoires de biologie médicale et aider à sa mise en œuvre :

L'accréditation a été rendue obligatoire pour tous les LBM publics et privés, les textes chargent l'ARS de suivre la mise en œuvre de cette accréditation.
Cette accréditation est une opération complexe qui vise à conformer les LBM à une norme de qualité prouvée par des méthodes mathématiques.
Elle exige des moyens humains, techniques et financiers.

Compte tenu que l'accréditation nécessite une modernisation des matériels avec introduction de logiciels d'intelligence artificielle qui permettront un contrôle des paramètres de qualité, et que par ailleurs un effort sans précédent de formation du personnel est à mettre en place, il convient que les structures disposent de moyens adéquats.
Ces moyens pourront être obtenus par le biais de coopération, de mise à disposition de personnels (qualiticiens) entre laboratoires ou par des fournisseurs, par des sous-traitances.
Les réunions régulières des groupes de travail infra régionaux permettent de faire un point régulier sur l'avancement de l'accréditation et les difficultés rencontrées.

Un questionnaire relatif à l'activité sera envoyé chaque année aux LBM en application du décret n° 2011-1268 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un LBM.

L'ARS incitera le CHU qui dispose d'une expertise et de personnels compétents à projeter son expertise sur la région.

INDICATEURS D'EVALUATION

Les indicateurs majeurs seront :

- Le nombre de laboratoire accrédités.
- Le nombre de coopérations entre structures.

ANNEXES

ANNEXE 1 – LES DIFFERENTS MODES CONVENTIONNELS POUR LES MEDECINS AU 1ER OCTOBRE 2012

- **Secteur 1 :**

Les médecins conventionnés en secteur 1 doivent appliquer les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade. Pour les médecins spécialistes, un dépassement, plafonné, est autorisé pour les patients qui se situent hors du parcours de soins.
L'Assurance Maladie participe aux cotisations sociales (maladie, allocations familiales, ASV) des médecins exerçant en secteur 1 sur la base de leurs revenus hors dépassements d'honoraires éventuels.

- **Secteur 2 :**

Ce secteur concerne des praticiens ayant acquis une expérience professionnelle particulière validée par un titre. Depuis 1990, seuls les médecins disposant de certains titres[10] sont autorisés à s'installer en secteur 2.
Les médecins du secteur 2 peuvent pratiquer des honoraires libres, dans et en dehors du parcours de soins, dans le respect du tact et de la mesure (cf. ci-après).
A noter, les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés pour les patients à la CMU-C, sauf exigence particulière du patient.
L'Assurance Maladie ne prend pas en charge les cotisations sociales des médecins du secteur 2.

- **Secteur 1 avec droit permanent à dépassement (secteur 1 DP) :**

Ce secteur permet la réalisation de dépassements d'honoraires, en dehors et dans le cadre du parcours de soins. Il s'agit d'un dispositif ancien, remplacé par le secteur 2 : plus aucun médecin n'est autorisé à opter pour ce secteur, aussi ses effectifs diminuent régulièrement et fortement.

- **Médecins non conventionnés :**

Les médecins qui n'ont pas choisi de signer un mode de conventionnement peuvent appliquer librement leurs tarifs. Leurs honoraires sont remboursés à leur patientèle sur la base des tarifs d'autorités qui ont une très faible valeur et leurs prescriptions sont prises en charge.

Le « tact et mesure » :
Les médecins autorisés à fixer librement leurs honoraires doivent cependant respecter l'article R. 4127-53 du code de la santé publique (anciennement article 53 du code de déontologie) qui stipule que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés et des circonstances particulières… ».
Deux rapports du Conseil national de l'Ordre des médecins, adoptés lors des sessions de mai 1998 et de décembre 2005 sur ce sujet ont défini 4 critères qui doivent permettre aux médecins de mesurer et de justifier les honoraires demandés.
Ces critères tiennent à la prestation effectuée, au temps qui y a été consacré, au service rendu, à la notoriété du professionnel de santé, et aux possibilités financières du patient.

[10] Anciens chefs de clinique, anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés, praticiens hospitaliers, médecins militaires

ANNEXE 2 – LES DIFFERENTS ZONAGES

Cantons
déclinaison en Cantons-Ville / Cantons-« OR2S »

Date de création du découpage : 4 mars 1790

Institution à l'origine du découpage : État

Élément de constitution du découpage : Infra-communal pour les grandes villes

Nombre de territoires en Picardie selon ce découpage : 129

Population :

Territoire le plus peuplé : Liancourt 37 435
Territoire le moins peuplé : Aubenton 3 232
Moyenne : 14 780

Finalité du découpage :
Fournir un maillage électoral aux élections cantonales nommant la personne amenée à le représenter au Conseil général.

Méthodologie de définition du découpage :
Une demie journée maximum de temps de transport de l'époque depuis les points les plus éloignés du chef lieu.

Précautions d'utilisation du découpage :
La présence de frontières infra-communales rend difficile l'utilisation de données communales.

Les **Cantons-ville** (133) représentent alors une solution reconnue officiellement : les cantons qui comportent une fraction communale la perdent, l'ensemble des fractions communales de la commune est fusionné et forme ainsi un canton-ville (ex : Amiens est divisé en 8 cantons. Le canton « Amiens Sud-Est » est composé de la commune de Cagny et d'une partie de la ville d'Amiens. En canton-ville, Cagny formera un canton ainsi que les huit parties d'Amiens.).

Lorsque l'on étudie des taux d'équipement, par exemple, les cantons qui ont perdu leur fraction d'une grande commune ont tendance à apparaître comme sous-dotés alors qu'ils se trouvent à proximité d'un territoire doté en conséquence. Comme l'OR2S, on peut alors prendre le parti de fusionner l'ensemble des cantons qui possèdent une fraction d'une même

commune (restent alors 112 **Cantons-« OR2S »**) (ex : les huit cantons d'Amiens n'en forment plus qu'un).

Avenir du découpage :
Avec la réforme des collectivités territoriales, une nouvelle catégorie d'élus est créée : les conseillers territoriaux. La circonscription électorale reposera sur un redécoupage da la carte cantonale (respectant les circonscriptions législatives). La loi n°2011-871 du 26 juillet 2011 arrête le nombre des conseillers territoriaux (à l'horizon 2014) pour la Picardie à 109 cantons (Aisne 33, Oise 39 et Somme 37).

Cantons de Picardie

Réalisation ARS de Picardie, OSA (decembre 2011). Source Insee, RP2008. Fonds Actique©.

Cantons 'OR2S' de Picardie

Réalisation ARS de Picardie, OSA (decembre 2011). Source Insee, RP2008. Fonds Actique©.

Établissement public de coopération intercommunale
déclinaison : EPCI picards statistiques

Date de création du découpage : ? fort développement depuis la loi Chevènement de juillet 1999
Institution à l'origine du découpage : Communes
Élément de constitution du découpage : Communes
Nombre de territoires en Picardie selon ce découpage : 87
Population :

Territoire le plus peuplé : CA Amiens Métropole 175 675
Territoire le moins peuplé : CC du Val d'Origny 3 381
Moyenne : 22 053

Finalité du découpage :
Il permet aux communes qui se regroupent en son sein de gérer en commun des équipements, des services publics, d'élaborer des projets de développement économique, d'urbanisme ou d'aménagement du territoire à l'échelle plus vaste que celle d'une commune.

Méthodologie de définition du découpage :
Rapprochement politique.

Précautions d'utilisation du découpage :
Pas de respect des découpages administratifs y.c. régionaux.
Toutes les communes n'appartiennent pas à un EPCI (60 communes hors EPCI).
Les frontières sont mouvantes : entre 2010 et 2011 un EPCI s'est scindé en 2 et des communes qui n'appartenaient pas à des EPCI ont adhéré à un EPCI existant.

Les EPCI s'associe pour former des pays (18 en Picardie).

Le conseil régional et l'État ont créé un découpage, pour les besoins statistiques, à partir des frontières officielles des EPCI mais en leur intégrant les communes sans appartenance et en excluant les communes hors région picarde des EPCI interrégionaux. Ces sont les **EPCI picards statistiques**.

Avenir du découpage :
La réforme des collectivités territoriales prévoit l'appartenance obligatoire à un EPCI et la diminution de leur nombre par fusion (calendrier prévisionnel pour 2014 http://www.interieur.gouv.fr/sections/reforme-collectivites/calendrier).

EPCI picards statistiques

Réalisation ARS de Picardie, OSA (decembre 2011). Source Insee, RP2008. Fonds Actique©.

Bassins de vie

Date de création du découpage : 2004

Institution à l'origine du découpage : Insee, Inra, Drees, Éducation nationale

Élément de constitution du découpage : Communes

Nombre de territoires en Picardie selon ce découpage : 107

Population :

Territoire le plus peuplé : Reims 282 625 (Amiens 191 212)
Territoire le moins peuplé : Saint-Maximin 2 519
Moyenne : 24 234 (20 880 pour les bassins à chef-lieu picard)

Finalité du découpage :
Définir le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi.

Méthodologie de définition du découpage :
Utilisation de données multiples : démographie, équipements concurrentiels, non-concurrentiels, de santé, d'éducation nationale.

Précautions d'utilisation du découpage :
Pas de respect des découpages administratifs y.c. régionaux (18 ont leur chef-lieu hors de Picardie ; seulement 84 ne comportent que des communes picardes).
Zones très étendues autour des pôles urbains.

Quel avenir pour ce découpage :
Actualisation en cours par le groupe de travail avec un changement important dans la méthodologie (notamment sur le référentiel des équipements). Les nouveaux bassins de vie seront disponibles fin du second semestre 2012.

Bassins de vie de Picardie
habitants par km²
de 157 à 699
de 91 à 157
de 63 à 91
de 48 à 63
de 23 à 48
Hirson
Laon
Saint-Quentin
Soissons
Château-Thierry
Compiègne
Creil
Amiens
Beauvais
Abbeville
Bassins de vie
Territoires de santé
Réalisation ARS de Picardie, OSA (decembre 2011). Source Insee, RP2008. Fonds Actique©.

Zones de recours en soins ambulatoires

Date de création du découpage : 2009

Institution à l'origine du découpage : URCAM

Élément de constitution du découpage : Communes

Nombre de territoires en Picardie selon ce découpage : 142

Population :

Territoire le plus peuplé : Reims 230 631 (Amiens 193 223)
Territoire le moins peuplé : Ailly-sur-Somme 5 046
Moyenne : 16 901

Finalité du découpage :
Définir et modéliser des territoires pertinents pour l'analyse de la démographie des professions de santé, notamment pour réaliser des études d'implantation des maisons de santé pluridisciplinaire.

Méthodologie de définition du découpage :
Recherche de territoires : - Construits autour du généraliste. - Tenant compte des flux de déplacement des patients vers le généraliste. - Ni trop petits (viabilité économique), ni trop grands (observer localement). Élaboration de zones de recours opérationnelles en quatre étapes :
* Première étape : Initialisation des zones de recours.
Les zones de recours initiales sont les communes comptant au moins un généraliste au 31/12/2008.
* Deuxième étape : Extension des zones aux communes sans généraliste.
La commune sans médecin est affectée à une zone si et seulement si :
- elle est contiguë à la zone
- le flux maximum de la commune va vers une commune de cette zone.
Le flux est : le nombre de C+V si la commune a plus de 501 hab. ; le nombre de bénéficiaires si la commune a 500 hab ou moins.
* Troisième étape : Affectation des communes isolées (communes dont le flux maximum n'est pas vers une commune d'une zone contiguë) au généraliste le plus proche.
* Quatrième étape : définition des zones de recours opérationnelles (seuil fixé à 5 000 habitants minimum par zone) = Regrouper chaque zone de recours A avec une population inférieure au seuil, à une des zones de recours Bi qui lui est contiguë. Le regroupement est réalisé avec la zone contiguë vers laquelle la population de A se déplace.

<u>Précautions d'utilisation du découpage</u> :
Démarche unique.

<u>Avenir du découpage :</u>
La démarche sera-t-elle réitérée ?

Zones de recours en soins ambulatoires de Picardie
habitants par km²
de 190 à 2828
de 102 à 190
de 67 à 102
de 48 à 67
de 19 à 48
Hirson
Laon
Saint-Quentin
Soissons
Château-Thierry
Compiègne
Creil
Amiens
Beauvais
Abbeville
ZRSA
Territoires de santé
Réalisation ARS de Picardie, OSA (decembre 2011). Source Insee, RP2008. Fonds Actique©.

Tableau comparatif des principaux découpages couvrant la Picardie

Code	Libellé	nombre	Population							Superficie (km²)					
			minimale		maximale		Moyen-ne	Média-ne	8e centile	minimale		maximale		Moyen-ne	médiane
COM	Communes	2 291	7	Épécamps	134 381	Amiens	832	305	761	1	Saint-Léger-sur-Bresle	60	Crécy-en-Ponthieu	9	7
CT	Cantons	129	3 232	Aubenton	37 435	Liancourt	14 780	12 259	21 302	5	Amiens 6e Sud	307	Sissonne	151	157
CV	Cantons-Ville	133	1 277	Amiens 5e Sud-Est	134 381	Amiens-Ville	14 335	10 415	18 014	5	Amiens 5e Sud-Est	307	Sissonne	147	156
CT-OR2S	Cantons OR2S	112	3 232	Aubenton	156 860	Amiens (ville et cantons)	17 023	11 376	21 085	23	Creil (ville et cantons)	307	Sissonne	174	169
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale	87	3 381	CC du Val d'Origny	175 675	CA Amiens Métropole	22 053	14 970	30 701	34	CC de l'agglomération Creilloise	729	CC de la Thiérache du Centre	226	192
EPCIPS	Établissement public de coopération intercommunale picards statistiques	90	2 716	Secteur Blerancourt	175 675	CA Amiens Métropole	21 184	14 659	29 178	30	Secteur Mouy Bury	729	CC Thiérache du Centre	217	182
BV	Bassins de vie	107	2 519	Saint-Maximin	282 625	Reims	24 234	10 440	30 324	13	Saint-Maximin	1 368	Reims	230	174
ZRSA	Zones de recours en soins ambulatoires	142	5 046	Ailly-sur-Somme	230 631	Reims	16 901	9 819	17 086	6	Gauchy	845	Amiens	171	151

ANNEXE 3 –METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION DES INFIRMIERS

SOURCE DES DONNEES

1.1. Les infirmiers libéraux

1.1.1. Liste des praticiens et variables administratives
Sélection des infirmiers libéraux (IDEL) dans chacun de leurs cabinets et de leurs caractéristiques
administratives dans le fichier national des professionnels de santé (FINPS) de novembre 2010.

1.1.2. Variables d'activité
Les informations sur l'activité et les honoraires des infirmiers libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour l'année de remboursement 2010 (1).
Les données sur le secteur libéral concernent les professionnels de France métropolitaine actifs au
31 décembre 2010 ayant perçu au moins 5 000 € d'honoraires.
Un professionnel de santé installé en cours d'année est comptabilisé en fonction du nombre de mois de présence. Les professionnels exerçant dans plusieurs cabinets d'un même bassin de vie sont comptés pour un seul ; lorsqu'ils exercent dans plusieurs bassins de vie/pseudo-cantons, ils sont comptés dans chacun au prorata de leur activité.
(1) Sauf MSA, SNCF, MINES et APRIA-AMEXA sur le mois de décembre 2010.

1.2. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Pour prendre en compte l'offre de soins infirmiers que constituent les SSIAD, une clé de conversion nationale de places en SSIAD en nombre d'IDEL qui s'applique à l'ensemble du territoire a été fixée comme suit : une place en SSIAD est considérée comme étant équivalente à 0,09 IDEL. La liste des SSIAD avec leur commune d'implantation ainsi que leur nombre de places disponibles est extraite du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).
Les SSIAD ne comptabilisant aucune place disponible, c'est-à-dire autorisés mais qui ne sont pas encore en fonctionnement, sont écartés.

Pour un tiers d'entre eux, les places des SSIAD sont affectées aux communes figurant dans l'arrêté
d'autorisation les concernant au prorata de la population des plus de 60 ans dans ces communes, afin de pouvoir les prendre en compte dans l'offre de soins infirmiers des bassins de vie et pseudo-cantons. Pour les deux tiers restants, ce sont les communes composant le bassin de vie/pseudo-canton qui ont été considérées comme celles d'intervention du SSIAD, toujours au prorata de la population de plus de 60 ans.

1.3. Les centres de soins infirmiers (CSI)

L'activité des CSI de France métropolitaine sur l'année 2010 est issue de la base « Données de consommation inter-régimes », DCIR. Les codes des communes d'implantation des CSI sont issus de la « Base établissements référentielle », BERF. Dans le cas où le code de la

commune du CSI paraît erroné, le bassin de vie/pseudo-canton est retrouvé à partir du code postal. Si un même code postal correspond à plusieurs bassins de vie/pseudo-cantons, les honoraires sans dépassement du CSI (AMI/AIS/DI) sont répartis entre les différents bassins de vie/pseudo-cantons au prorata de la population de chaque bassin de vie/pseudo-canton.

Les effectifs infirmiers sont estimés en rapportant les honoraires sans dépassement du CSI aux honoraires moyens sans dépassement du département dans lequel le CSI est implanté. Si l'activité d'un CSI est décomposée entre plusieurs bassins de vie/pseudo-cantons, les effectifs sont estimés à l'aide des HSD proratisés en fonction de la population.

DEFINITION DES INDICATEURS

Quatre indicateurs ont été sélectionnés :

- 2 indicateurs de besoins de soins :
  - les honoraires moyens sans dépassement (HSD) par infirmier ;
  - la part des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 2 indicateurs d'offre de soins :
  - la densité (standardisée par âge) pour 100 000 habitants ;
  - le nombre moyen d'indemnités kilométriques (IK) par IDEL.

Pour chaque indicateur, quatre seuils correspondant au premier décile, premier quartile, dernier quartile et dernier décile ont été établis au niveau national. Les références actualisées sont disponibles auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie si nécessaire.

Chaque zone est répartie en fonction de ces seuils. Pour chaque indicateur, un score est attribué à chacune des zones, en fonction de son positionnement par rapport aux bornes nationales.
Le total des scores classe la zone dans une des cinq catégories suivantes : très sous-dotée, sous-dotée, intermédiaire, très dotée ou surdotée, en fonction des 5e, 10e, 90e et 95e percentiles de la distribution nationale des scores obtenus. Le nombre de zones très sous-dotées est ensuite doublé en ajoutant les zones sous-dotées de densité les plus faibles. De même, on double le nombre de zones surdotées en ajoutant les zones très dotées de densité les plus fortes.

L'indicateur des HSD moyens/infirmiers
Cet indicateur prend en compte uniquement les honoraires moyens sans dépassements des infirmiers de la zone (IDEL + SSIAD + CSI).

L'indicateur de la part des personnes âgées de plus de 75 ans
La référence est le recensement de 2006.

L'indicateur de la densité standardisée par âge pour 100 000 habitants
La densité par zone est le rapport entre, d'une part, la somme des effectifs des infirmiers libéraux et des équivalents d'effectifs d'infirmiers libéraux représentés par les SSIAD et les CSI selon les clés de conversion définies au 1.2 et 1.3 au prorata de l'intervention du SSIAD et CSI dans le bassin de vie et, d'autre part, la population de la zone (bassin de vie ou pseudo-canton) standardisée pour tenir compte des différences de recours par âge aux soins infirmiers mesurées au niveau national.

L'indicateur du nombre moyen d'IK par infirmier libéral
Les données sont issues du SNIIRAM pour 2010.

Tableau. – Définition des scores

		0	1	2	3	4
Indicateurs des besoins de soins.	HSD moyens/PS	< 1er décile	(1er décile – 1er quartile)	(1er quartile – 3e quartile)	(3e quartile – 9e décile)	9e décile
	Part des personnes de + de 75 ans	< 9e décile			> ou = 9e décile	
Indicateurs d'offre de soins.	Densité d'IDEL/ 100 000 hab. (std)	> ou = 9e décile	(3e quartile – 9e décile)	(1er quartile – 3e quartile)	(1er décile – 1er quartile)	< 1er décile
	IK moyens/PS	< 1er décile	(1er décile – 1er quartile)	(1er quartile – 3e quartile)	(3e quartile – 9e décile)	> ou = 9e décile

Les bassins de vie/pseudo-cantons sont classés en fonction du total des scores et suivant la distribution nationale des scores obtenus :

- Zones très sous-dotées :
  - Score ≥11 (95e percentile) ;
  - ou score de 9 ou 10 et densité < 82 pour 100 000 habitants.
- Zones sous-dotées : score de 9 ou 10 (9e décile) pour les densités de plus de 81 pour 100 000 habitants.
- Zones intermédiaires : score compris entre 5 et 8.
- Zones très dotées : score de 4 (1er décile) pour les densités de moins de 132 pour 100 000 habitants.
- Zones sur-dotées :
  - score ≤ 3 (5e percentile) ;

ou score de 4 et densité de plus de 132.

ANNEXE 4 : METHODOLOGIE DE LA CLASSIFICATION DES ZONES

Méthodologie de classification des zones relatives aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les zones prévues par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique sont classées en cinq niveaux de dotation : zones très sous dotées, zones sous dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones sur dotées.

Le découpage de ces zones est défini par référence à une unité territoriale à l'échelle du bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi), à l'exception des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, où le découpage correspond aux pseudo cantons.

1. Source des données.

- Découpage en bassin de vie/pseudo canton

Les communes qui font partie d'une unité urbaine supérieure à 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (défini par l'INSEE). Le nom de ces zones est également défini par l'INSEE.

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie pour l'année de soins 2010 (actes remboursés au 31 mai 2011).

Les données sur le secteur libéral concernent les professionnels de France métropolitaine actifs au 31 décembre 2010 ayant perçu au moins 5 000 € d'honoraires.

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS) de décembre 2010.

La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE de 2006.

2. Méthodologie de la densité pondérée.

Le niveau de dotation des bassins de vie/pseudo cantons a été déterminé en deux étapes.

Après avoir classé les bassins de vie/pseudo cantons en fonction de la densité calculée par rapport à l'offre de soins et le besoin en soins de masso-kinésithérapie, un ajustement de ce classement a été réalisé pour tenir compte des particularités locales d'activité (part de masseurs-kinésithérapeutes de plus de 58 ans dans les zones sous dotées, nombre d'actes par patient dans les zones très dotées).

2.1. Descriptif de la méthode de zonage

2.1.1. Calcul de la densité pondérée

La densité pondérée est calculée en rapportant par bassin de vie/pseudo canton le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et la population du bassin de vie/pseudo canton :

- le nombre de masseurs-kinésithérapeutes est exprimé en Equivalent Temps Plein (ETP),

- le temps passé par les masseurs-kinésithérapeutes dans les déplacements est converti en ETP,

- la population résidente est standardisée par l'âge.

A l'issue de cette étape, les bassins de vie/pseudo cantons qui ont au moins un masseur-kinésithérapeute sont classés une première fois, selon leur niveau de densité pondérée, en cinq niveaux de dotation en fonction des 11,2e, 17,2e, 87,2e et 93,2e percentiles de la distribution des densités de France métropolitaine :

- zones très sous dotées,

- zones sous dotées,

- zones à dotation intermédiaire,

- zones très dotées,

- zones sur dotées

Les niveaux de dotation des DOM sont calculés en fonction des niveaux densités pondérées issues des percentiles de France métropolitaine et sont appliqués au niveau des codes communes INSEE. Les zones n'ayant aucun masseur-kinésithérapeute sont classées en niveau de dotation intermédiaire.

2.1.2. Ajustement du classement pour tenir compte de conditions particulières.

Cette classification est ensuite ajustée comme suit :

- **Prise en compte de l'âge des masseurs-kinésithérapeutes.** Les bassins de vie/pseudo cantons classés zones sous dotées sont requalifiés en zones très sous dotées, lorsque la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 58 ans ou plus est supérieure à 50% pour tenir compte de l'effet du départ à la retraite de ces professionnels dans les 5 ans suivant le classement de la zone.

- **Prise en compte du nombre d'actes par patient.** Les bassins de vie/pseudo cantons classés en zones très dotées sont requalifiés en zones sur dotées, lorsque le bassin de vie/pseudo canton fait partie des 10% des bassins de vie/pseudo cantons dans lesquels on observe le plus grand nombre moyen d'actes par patient.

2.2. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de la densité pondérée

2.2.1. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en Equivalent Temps Plein

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en Equivalent Temps Plein est calculé en fonction du nombre d'actes réalisés par jour par le professionnel de santé dans l'année.

Pour chaque journée travaillée, il est considéré que :

- si le nombre d'actes réalisés dans la journée est compris entre 1 et 6, le masseur-kinésithérapeute est compté comme n'ayant travaillé qu'une demi-journée,

- au-delà, le masseur-kinésithérapeute est considéré comme ayant travaillé une journée entière.

Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en Equivalent Temps Plein est estimé par la somme de ces journées et demi-journées travaillées rapportée à 240 jours travaillés par an.

Ce calcul permet de tenir compte des professionnels travaillant à mi-temps en libéral ou ayant une activité saisonnière dans la zone considérée.

2.2.2. Prise en compte du temps passé en déplacement

Considérant que le temps passé par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les déplacements ne peut être consacré aux soins, le nombre de kilomètres parcourus par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux est converti en Equivalent Temps Plein, pour prendre en compte les disparités du nombre et du temps de déplacements par zone.

Le calcul des kilomètres parcourus par bassin de vie/pseudo canton est réalisé à partir des indemnités de déplacement sous l'hypothèse d'une vitesse moyenne de 40 km/h et d'un nombre d'heures travaillées par an de 1 932 heures pour un Equivalent Temps Plein. Le résultat est ensuite plafonné à 30% de l'ensemble des Equivalent Temps Plein du bassin de vie/pseudo canton considéré

In fine, les temps de déplacement convertis en nombre de masseurs kinésithérapeutes Equivalent Temps Plein sont soustraits de l'effectif d'ETP calculé dans la première étape (cf. 2.2.1) dans le bassin de vie considéré.

2.2.3. La population résidente standardisée par l'âge dans les bassins de vie/pseudo cantons.

Afin de tenir compte de l'âge de la population par bassin de vie/pseudo canton, la population résidente a été standardisée à partir du montant des honoraires en soins de masseur kinésithérapie par habitant et par tranche d'âge (France métropolitaine). Les tranches d'âges retenues sont les suivantes :

- 1 classe pour les moins de 20 ans,
- 12 classes découpées par tranche de 5 ans entre 20 et 80 ans,
- 1 classe des 80 ans et plus.

2.2.4. L'âge des masseurs-kinésithérapeutes

A l'issue du classement des bassins de vie/pseudo cantons en fonction de la densité pondérée, s'il est constaté, dans certains bassins de vie/pseudo cantons situés en zones « sous dotées » une part de masseurs-kinésithérapeutes de 58 ans ou plus supérieure à 50 %, ces territoires sont alors requalifiés en zones très sous dotées.

Afin de rééquilibrer le nombre de bassins de vie/pseudo cantons classés en zones très sous dotées, les territoires dont les densités pondérées sont les plus élevées au sein de ces zones, sont reclassés en zones sous dotées.

2.2.5. Le nombre d'actes par patient

A l'issue du classement des bassins de vie/pseudo cantons en fonction de la densité pondérée, si certains bassins de vie/pseudo cantons situés en zone très dotée relèvent des 10 % de zones ayant le nombre moyen d'actes par patient le plus élevé, ces bassins de vie/pseudo cantons basculent alors en zones sur dotées : une zone cumulant une densité forte (la classant au départ dans les zones très dotées) et un nombre de séances par patient très élevé doit être classée parmi les zones sur dotées.

ANNEXE 5 –METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION DES SAGES FEMMES

Variables administratives :

Sélection des sages-femmes libérales dans chacun de leurs cabinets et de leurs caractéristiques administratives dans le fichier national des professionnels de santé (FINPS) de juin 2011.

Variables d'activité :

Les informations sur l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patientes, sont issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour l'année de remboursement 2010.

Les données sur le secteur libéral concernent les professionnels de la France entière actifs au
31 décembre 2010 ayant perçu au moins 2 500 € d'honoraires.

Les professionnels exerçant dans plusieurs cabinets d'une même zone d'emploi sont comptés pour un seul.

Naissances domiciliées :

Les statistiques annuelles concernant les naissances domiciliées sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les naissances.
Elles portent sur les événements survenus en France pour toutes les communes de métropole et des départements d'outre-mer. Ces statistiques n'incluent que les enfants nés vivants.
Ces données sont fournies par l'INSEE et concernent l'année 2010.

Méthodologie et scores :

La méthode classe la zone dans une des sept catégories suivantes : "de moins de 350 naissances domiciliées", "sans sage-femme", "très sous-dotée", "sous-dotée", "intermédiaire", "très dotée" et "surdotée".

Chaque zone est classée en fonction de ces seuils et selon son positionnement par rapport aux bornes nationales.
En dehors des zones de moins de 350 naissances qui sont par définition isolées, la première correspond aux zones sans sage-femme. Les cinq autres catégories sont définies par la densité
de sages-femmes pour 100 000 naissances domiciliées à partir des seuils correspondant au 10e centile, 20e centile, 80e centile et 85e centile établis au niveau national. Les centiles ont

été calculés sur les zones d'emploi avec sages-femmes et pour lesquelles le nombre de naissances domiciliées est supérieur à 350.

« Tableau. – *Définition des centiles*

	ZONES très sous-dotées	ZONES sous-dotées	ZONES intermédiaires	ZONES très dotées	ZONES surdotées
Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées	≤ 10e centile	10e centile < zone ≤ 20e centile	20e centile < zone ≤ 80e centile	80e centile < zone ≤ 85e centile	> 85e centile

ANNEXE 6 –METHODOLOGIE NATIONALE DE DETERMINATION DES ZONES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES DESTINEES A FAVORISER UNE MEILLEURE REPARTITION DES ORTHOPHONISTES

Le nombre d'orthophonistes en équivalent temps plein
Le nombre d'orthophonistes en équivalent temps plein est calculé en fonction des honoraires réalisés par le professionnel de santé dans l'année et de l'âge de l'orthophoniste :
1. Calcul de "l'ETP honoraires" :
Si les honoraires annuels de l'orthophoniste sont inférieurs au quart de la médiane des honoraires totaux des orthophonistes (France métropolitaine), alors l'orthophoniste est compté comme un mi-temps. Au-delà, l'orthophoniste est considéré comme un plein temps.

2. Calcul de "l'ETP âge" :
Si l'orthophoniste a plus de 57 ans, il est considéré comme un mi-temps. En deçà, l'orthophoniste est considéré comme un plein temps.
Si l'orthophoniste est considéré comme un mi-temps sur un ou deux critères, il est compté comme un mi-temps, sinon comme un temps plein.
Ce calcul permet de tenir compte des professionnels travaillant à mi-temps en libéral et/ou proche de la retraite.

La population résidente standardisée par l'âge dans les bassins de vie/pseudo-cantons
Afin de tenir compte de l'âge de la population par bassin de vie/pseudo-canton, la population résidente a été standardisée à partir de la part des honoraires en soins d'orthophonie par habitant et par tranche d'âge (France métropolitaine). Les tranches d'âges retenues sont les suivantes :
« 1 classe pour les 0-3 ans ;
« 1 classe pour les 4-8 ans ;
« 1 classe pour les 9-13 ans ;
« 1 classe pour les 14-18 ans ;
« 1 classe pour les 19-38 ans ;
« 1 classe pour les 39-58 ans ;
« 1 classe pour les 59-73 ans ;
« 1 classe des 74 ans et plus.

ANNEXE 7 – LISTE DES COMMUNES ET CLASSEMENT PAR TYPE DE ZONE

Les * font référence à des arrêtés des régions voisines (cf le code de bassin de vie / pseudo canton).

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02001	Abbécourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02002	Achery	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02003	Acy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02004	Agnicourt-et-Séchelles	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02005	Aguilcourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02006	Aisonville-et-Bernoville	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02007	Aizelles	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02008	Aizy-Jouy	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02009	Alaincourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02010	Allemant	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2207	Sous doté
02011	Ambleny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02012	Ambrief	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02013	Amifontaine	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02014	Amigny-Rouy	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02015	Ancienville	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02016	Andelain	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02017	Anguilcourt-le-Sart	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02018	Anizy-le-Château	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02019	Annois	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02020	Any-Martin-Rieux	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02021	Archon	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02022	Arcy-Sainte-Restitue	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2207	Sous doté
02023	Armentières-sur-Ourcq	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02024	Arrancy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02025	Artemps	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02026	Artonges	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02027	Assis-sur-Serre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02028	Athies-sous-Laon	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02029	Attilly	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02030	Aubencheul-aux-Bois	59122		59122	Sur doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2231	Intermédiaire
02031	Aubenton	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02032	Aubigny-aux-Kaisnes	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02033	Aubigny-en-Laonnois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02034	Audignicourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02035	Audigny	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02036	Augy	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02037	Aulnois-sous-Laon	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02038	Les Autels	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02039	Autremencourt	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02040	Autreppes	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02041	Autreville	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02042	Azy-sur-Marne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02043	Bagneux	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02044	Bancigny	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02046	Barenton-Bugny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02047	Barenton-Cel	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02048	Barenton-sur-Serre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02049	Barisis	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02050	Barzy-en-Thiérache	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02051	Barzy-sur-Marne	51217		51217	Très sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2205	Sous doté
02052	Bassoles-Aulers	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02053	Baulne-en-Brie	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02054	Bazoches-sur-Vesles	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02055	Beaumé	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02056	Beaumont-en-Beine	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02057	Beaurevoir	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02058	Beaurieux	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02059	Beautor	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02060	Beauvois-en-Vermandois	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02061	Becquigny	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02062	Belleau	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02063	Bellenglise	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02064	Belleu	02722		0241	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02065	Bellicourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02066	Benay	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02067	Bergues-sur-Sambre	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02068	Berlancourt	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02069	Berlise	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02070	Bernot	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02071	Berny-Rivière	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02072	Berrieux	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02073	Berry-au-Bac	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02074	Bertaucourt-Epourdon	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02075	Berthenicourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02076	Bertricourt	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02077	Berzy-le-Sec	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02078	Besmé	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02079	Besmont	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02080	Besny-et-Loizy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02081	Béthancourt-en-Vaux	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02082	Beugneux	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2207	Sous doté
02083	Beuvardes	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02084	Bézu-le-Guéry	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02085	Bézu-Saint-Germain	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02086	Bichancourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02087	Bieuxy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02088	Bièvres	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02089	Billy-sur-Aisne	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02090	Billy-sur-Ourcq	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02091	Blanzy-lès-Fismes	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02093	Blérancourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02094	Blesmes	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02095	Bohain-en-Vermandois	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02096	Bois-lès-Pargny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02097	Boncourt	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02098	Bonneil	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02099	Bonnesvalyn	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02100	Bony	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02101	Bosmont-sur-Serre	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02102	Bouconville-Vauclair	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02103	Boué	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02104	Bouffignereux	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02105	Bouresches	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02106	Bourg-et-Comin	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02107	Bourguignon-sous-Coucy	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02108	Bourguignon-sous-Montbavin	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02109	La Bouteille	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02110	Braine	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02111	Brancourt-en-Laonnois	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02112	Brancourt-le-Grand	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02114	Brasles	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02115	Braye-en-Laonnois	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02116	Braye-en-Thiérache	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02117	Bray-Saint-Christophe	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02118	Braye	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02119	Brécy	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02120	Brenelle	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02121	Breny	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02122	Brie	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02123	Brissay-Choigny	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02124	Brissy-Hamégicourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02125	Brumetz	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02126	Brunehamel	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02127	Bruyères-sur-Fère	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02128	Bruyères-et-Montbérault	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02129	Bruys	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02130	Bucilly	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02131	Bucy-le-Long	02722		0232	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02132	Bucy-lès-Cerny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02133	Bucy-lès-Pierrepont	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02134	Buire	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02135	Buironfosse	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02136	Burelles	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02137	Bussiares	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02138	Buzancy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02139	Caillouël-Crépigny	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02140	Camelin	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02141	La Capelle	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02142	Castres	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02143	Le Catelet	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02144	Caulaincourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02145	Caumont	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02146	Celles-lès-Condé	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02147	La Celle-sous-Montmirail	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02148	Celles-sur-Aisne	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02149	Cerizy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02150	Cerny-en-Laonnois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02151	Cerny-lès-Bucy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02152	Cerseuil	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02153	Cessières	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02154	Chacrise	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02155	Chaillevois	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02156	Chalandry	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02157	Chambry	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02158	Chamouille	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02159	Champs	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02160	Chaourse	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02161	La Chapelle-Monthodon	51217		51217	Très sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2205	Sous doté
02162	La Chapelle-sur-Chézy	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02163	Charly-sur-Marne	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02164	Le Charmel	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02165	Charmes	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02166	Chartèves	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02167	Chassemy	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02168	Château-Thierry	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02169	Châtillon-lès-Sons	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02170	Châtillon-sur-Oise	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02171	Chaudardes	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02172	Chaudun	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02173	Chauny	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02174	Chavignon	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02175	Chavigny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02176	Chavonne	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02177	Chérêt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02178	Chermizy-Ailles	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02179	Chéry-Chartreuve	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02180	Chéry-lès-Pouilly	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02181	Chéry-lès-Rozoy	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02182	Chevennes	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02183	Chevregny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02184	Chevresis-Monceau	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02185	Chézy-en-Orxois	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02186	Chézy-sur-Marne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02187	Chierry	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02188	Chigny	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02189	Chivres-en-Laonnois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02190	Chivres-Val	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02191	Chivy-lès-Étouvelles	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02192	Chouy	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02193	Cierges	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02194	Cilly	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02195	Ciry-Salsogne	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02196	Clacy-et-Thierret	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02197	Clairfontaine	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02198	Clamecy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02199	Clastres	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02200	Clermont-les-Fermes	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02201	Coeuvres-et-Valsery	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02203	Coincy	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02204	Coingt	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02205	Colligis-Crandelain	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02206	Colonfay	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02207	Commenchon	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02208	Concevreux	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02209	Condé-en-Brie	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02210	Condé-sur-Aisne	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02211	Condé-sur-Suippe	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02212	Condren	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02213	Connigis	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02214	Contescourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02215	Corbeny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02216	Corcy	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02217	Coucy-le-Château-Auffrique	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02218	Coucy-lès-Eppes	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02219	Coucy-la-Ville	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02220	Coulonges-Cohan	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02221	Coupru	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02222	Courbes	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02223	Courboin	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02224	Courcelles-sur-Vesle	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02225	Courchamps	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02226	Courmelles	02722		0241	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02227	Courmont	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02228	Courtemont-Varennes	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02229	Courtrizy-et-Fussigny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02230	Couvrelles	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02231	Couvron-et-Aumencourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02232	Coyolles	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02233	Cramaille	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2207	Sous doté
02234	Craonne	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02235	Craonnelle	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02236	Crécy-au-Mont	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02237	Crécy-sur-Serre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02238	Crépy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02239	Crézancy	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02240	Croix-Fonsomme	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02241	La Croix-sur-Ourcq	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02242	Crouttes-sur-Marne	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02243	Crouy	02722		0231	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02244	Crupilly	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02245	Cuffies	02722		0231	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02246	Cugny	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02248	Cuirieux	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02249	Cuiry-Housse	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02250	Cuiry-lès-Chaudardes	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02251	Cuiry-lès-Iviers	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02252	Cuissy-et-Geny	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02253	Cuisy-en-Almont	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02254	Cutry	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02255	Cys-la-Commune	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02256	Dagny-Lambercy	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02257	Dallon	02691		0229	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02258	Dammard	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02259	Dampleux	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02260	Danizy	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02261	Dercy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02262	Deuillet	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02263	Dhuizel	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02264	Dizy-le-Gros	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02265	Dohis	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02266	Dolignon	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02267	Dommiers	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02268	Domptin	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02269	Dorengt	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02270	Douchy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02271	Dravegny	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02272	Droizy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02273	Dury	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02274	Ébouleau	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02275	Effry	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02276	Englancourt	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02277	Épagny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02278	Éparcy	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02279	Épaux-Bézu	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02280	Épieds	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02281	L'Épine-aux-Bois	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02282	Eppes	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02283	Erlon	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02284	Erloy	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02286	Esquéhéries	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02287	Essigny-le-Grand	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02288	Essigny-le-Petit	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02289	Essises	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02290	Essômes-sur-Marne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02291	Estrées	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02292	Étampes-sur-Marne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02293	Étaves-et-Bocquiaux	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02294	Étouvelles	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02295	Étréaupont	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02296	Étreillers	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02297	Étrépilly	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02298	Étreux	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02299	Évergnicourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02301	Faucoucourt	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02302	Faverolles	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02303	Fayet	02691		0233	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02304	La Fère	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02305	Fère-en-Tardenois	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02306	La Ferté-Chevresis	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02307	La Ferté-Milon	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02308	Fesmy-le-Sart	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02309	Festieux	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02310	Fieulaine	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02311	Filain	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02312	La Flamengrie	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02313	Flavigny-le-Grand-et-Beaurain	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02315	Flavy-le-Martel	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02316	Fleury	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02317	Fluquières	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02318	Folembray	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02319	Fonsomme	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02320	Fontaine-lès-Clercs	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02321	Fontaine-lès-Vervins	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02322	Fontaine-Notre-Dame	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02323	Fontaine-Uterte	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02324	Fontenelle	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02325	Fontenelle-en-Brie	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02326	Fontenoy	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02327	Foreste	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02328	Fossoy	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02329	Fourdrain	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02330	Francilly-Selency	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02331	Franqueville	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02332	Fresnes-en-Tardenois	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02333	Fresnes	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02334	Fresnoy-le-Grand	02334		02334	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02335	Fressancourt	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02336	Frières-Faillouël	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02337	Froidestrées	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02338	Froidmont-Cohartille	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02339	Gandelu	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02340	Gauchy	02691		0240	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02341	Gercy	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02342	Gergny	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02343	Germaine	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02344	Gernicourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02345	Gibercourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02346	Gizy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02347	Gland	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02348	Glennes	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02349	Goudelancourt-lès-Berrieux	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02350	Goudelancourt-lès-Pierrepont	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02351	Goussancourt	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02352	Gouy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02353	Grandlup-et-Fay	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02354	Grandrieux	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02355	Gricourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02356	Grisolles	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02357	Gronard	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02358	Grougis	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02359	Grugies	02691		0229	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02360	Guignicourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02361	Guise	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02362	Guivry	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02363	Guny	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02364	Guyencourt	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02366	Hannapes	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02367	Happencourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02368	Haramont	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02369	Harcigny	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02370	Hargicourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02371	Harly	02691		0240	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02372	Hartennes-et-Taux	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02373	Hary	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02374	Lehaucourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02375	Hautevesnes	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02376	Hauteville	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02377	Haution	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02378	La Hérie	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02379	Le Hérie-la-Viéville	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02380	Hinacourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02381	Hirson	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02382	Holnon	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02383	Hombières	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02384	Houry	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02385	Housset	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02386	Iron	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02387	Itancourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02388	Iviers	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02389	Jaulgonne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02390	Jeancourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02391	Jeantes	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02392	Joncourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02393	Jouaignes	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02395	Jumencourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02396	Jumigny	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02397	Jussy	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02398	Juvigny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02399	Juvincourt-et-Damary	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02400	Laffaux	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02401	Laigny	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02402	Lanchy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02403	Landifay-et-Bertaignemont	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02404	Landouzy-la-Cour	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02405	Landouzy-la-Ville	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02406	Landricourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02407	Laniscourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02408	Laon	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02409	Lappion	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02410	Largny-sur-Automne	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02411	Latilly	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02412	Launoy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02413	Laval-en-Laonnois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02414	Lavaqueresse	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02415	Laversine	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02416	Lemé	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02417	Lempire	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02418	Lerzy	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02419	Leschelle	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02420	Lesdins	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02421	Lesges	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02422	Lesquielles-Saint-Germain	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02423	Leuilly-sous-Coucy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02424	Leury	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02425	Leuze	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02426	Levergies	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02427	Lhuys	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02428	Licy-Clignon	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02429	Lierval	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02430	Liesse-Notre-Dame	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02431	Liez	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02432	Limé	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02433	Lislet	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02434	Lizy	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02435	Logny-lès-Aubenton	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02438	Longpont	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02439	Longueval-Barbonval	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02440	Lor	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02441	Louâtre	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02442	Loupeigne	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02443	Lucy-le-Bocage	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02444	Lugny	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02445	Luzoir	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02446	Ly-Fontaine	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02447	Maast-et-Violaine	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2207	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02448	Mâchecourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02449	Macogny	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02450	Macquigny	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02451	Magny-la-Fosse	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02452	Maissemy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02453	Maizy	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02454	La Malmaison	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02455	Malzy	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02456	Manicamp	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02457	Marchais	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02458	Marchais-en-Brie	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02459	Marcy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02460	Marcy-sous-Marle	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02461	Marest-Dampcourt	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02462	Mareuil-en-Dôle	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02463	Marfontaine	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02464	Margival	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02465	Marigny-en-Orxois	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02466	Marizy-Sainte-Geneviève	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02467	Marizy-Saint-Mard	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02468	Marle	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02469	Marly-Gomont	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02470	Martigny	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02471	Martigny-Courpierre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02472	Mauregny-en-Haye	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02473	Mayot	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02474	Mennessis	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02475	Menneville	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02476	Mennevret	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02477	Mercin-et-Vaux	02722		0241	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02478	Merlieux-et-Fouquerolles	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02479	Merval	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02480	Mesbrecourt-Richecourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02481	Mesnil-Saint-Laurent	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02482	Meurival	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02483	Mézières-sur-Oise	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02484	Mézy-Moulins	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02485	Missy-aux-Bois	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02486	Missy-lès-Pierrepont	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02487	Missy-sur-Aisne	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02488	Molain	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02489	Molinchart	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02490	Monampteuil	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02491	Monceau-le-Neuf-et-Faucouzy	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02492	Monceau-lès-Leups	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02493	Monceau-le-Waast	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02494	Monceau-sur-Oise	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02495	Mondrepuis	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02496	Monnes	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02497	Mons-en-Laonnois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02498	Montaigu	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02499	Montbavin	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02500	Montbrehain	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02501	Montchâlons	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02502	Montcornet	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02503	Mont-d'Origny	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02504	Montescourt-Lizerolles	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02505	Montfaucon	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02506	Montgobert	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02507	Montgru-Saint-Hilaire	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02508	Monthenault	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02509	Monthiers	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02510	Monthurel	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02511	Montigny-en-Arrouaise	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02512	Montigny-l'Allier	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02513	Montigny-le-Franc	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02514	Montigny-Lengrain	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02515	Montigny-lès-Condé	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02516	Montigny-sous-Marle	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02517	Montigny-sur-Crécy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02518	Montlevon	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02519	Montloué	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02520	Mont-Notre-Dame	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02521	Montreuil-aux-Lions	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02522	Mont-Saint-Jean	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02523	Mont-Saint-Martin	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02524	Mont-Saint-Père	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02525	Morcourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02526	Morgny-en-Thiérache	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02527	Morsain	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02528	Mortefontaine	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02529	Mortiers	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02530	Moulins	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02531	Moussy-Verneuil	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02532	Moÿ-de-l'Aisne	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02533	Muret-et-Crouttes	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02534	Muscourt	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02535	Nampcelles-la-Cour	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02536	Nampteuil-sous-Muret	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02537	Nanteuil-la-Fosse	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02538	Nanteuil-Notre-Dame	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02539	Nauroy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02540	Nesles-la-Montagne	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02541	Neufchâtel-sur-Aisne	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02542	Neuflieux	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02543	Neuilly-Saint-Front	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02544	Neuve-Maison	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02545	La Neuville-Bosmont	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02546	La Neuville-en-Beine	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02547	La Neuville-Housset	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02548	La Neuville-lès-Dorengt	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02549	Neuville-Saint-Amand	02691		0240	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02550	Neuville-sur-Ailette	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02551	Neuville-sur-Margival	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02552	Neuvillette	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02553	Nizy-le-Comte	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02554	Nogentel	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02555	Nogent-l'Artaud	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02556	Noircourt	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02557	Noroy-sur-Ourcq	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02558	Le Nouvion-en-Thiérache	02558	Fragile	02558	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02559	Nouvion-et-Catillon	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02560	Nouvion-le-Comte	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02561	Nouvion-le-Vineux	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02562	Nouvron-Vingré	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02563	Noyales	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02564	Noyant-et-Aconin	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02565	OEuilly	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02566	Ognes	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02567	Ohis	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02568	Oigny-en-Valois	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02569	Oisy	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02570	Ollezy	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02571	Omissy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02572	Orainville	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02573	Orgeval	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02574	Origny-en-Thiérache	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02575	Origny-Sainte-Benoite	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02576	Osly-Courtil	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02577	Ostel	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02578	Oulches-la-Vallée-Foulon	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02579	Oulchy-la-Ville	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02580	Oulchy-le-Château	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02581	Paars	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02582	Paissy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02583	Pancy-Courtecon	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02584	Papleux	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02585	Parcy-et-Tigny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02586	Parfondeval	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02587	Parfondru	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02588	Pargnan	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02589	Pargny-Filain	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02590	Pargny-la-Dhuys	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02591	Pargny-les-Bois	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02592	Parpeville	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02593	Pasly	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02594	Passy-en-Valois	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02595	Passy-sur-Marne	51217		51217	Très sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2205	Sous doté
02596	Pavant	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02597	Perles	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02598	Pernant	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02599	Pierremande	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02600	Pierrepont	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02601	Pignicourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02602	Pinon	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02604	Pithon	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02605	Pleine-Selve	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02606	Le Plessier-Huleu	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02607	Ploisy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02608	Plomion	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02609	Ployart-et-Vaurseine	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02610	Pommiers	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02612	Pont-Arcy	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02613	Pontavert	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02614	Pontru	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02615	Pontruet	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02616	Pont-Saint-Mard	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02617	Pouilly-sur-Serre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02618	Prémont	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02619	Prémontré	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02620	Presles-et-Boves	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02621	Presles-et-Thierny	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02622	Priez	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02623	Prisces	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02624	Proisy	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02625	Proix	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02626	Prouvais	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02627	Proviseux-et-Plesnoy	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02628	Puiseux-en-Retz	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02629	Puisieux-et-Clanlieu	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02631	Quierzy	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02632	Quincy-Basse	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02633	Quincy-sous-le-Mont	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02634	Raillimont	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02635	Ramicourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02636	Regny	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02637	Remaucourt	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02638	Remies	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02639	Remigny	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02640	Renansart	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02641	Renneval	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02642	Résigny	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02643	Ressons-le-Long	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02644	Retheuil	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02645	Reuilly-Sauvigny	51217		51217	Très sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2205	Sous doté
02646	Révillon	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02647	Ribeauville	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02648	Ribemont	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02649	Rocourt-Saint-Martin	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02650	Rocquigny	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02651	Rogécourt	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02652	Rogny	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02653	Romeny-sur-Marne	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02654	Romery	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02655	Ronchères	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02656	Roucy	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02657	Rougeries	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02658	Roupy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02659	Rouvroy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02660	Rouvroy-sur-Serre	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02661	Royaucourt-et-Chailvet	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02662	Rozet-Saint-Albin	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02663	Rozières-sur-Crise	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02664	Rozoy-Bellevalle	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02665	Grand-Rozoy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02666	Rozoy-sur-Serre	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02667	Saconin-et-Breuil	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02668	Sains-Richaumont	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02669	Saint-Agnan	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02670	Saint-Algis	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02671	Saint-Aubin	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02672	Saint-Bandry	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02673	Saint-Christophe-à-Berry	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02674	Saint-Clément	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02675	Sainte-Croix	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02676	Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02677	Saint-Eugène	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02678	Sainte-Geneviève	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02679	Saint-Gengoulph	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02680	Saint-Gobain	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02681	Saint-Gobert	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02682	Saint-Mard	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02683	Saint-Martin-Rivière	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02684	Saint-Michel	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02685	Saint-Nicolas-aux-Bois	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02686	Saint-Paul-aux-Bois	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02687	Saint-Pierre-Aigle	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02688	Saint-Pierre-lès-Franqueville	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02689	Saint-Pierremont	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02690	Sainte-Preuve	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02691	Saint-Quentin	02691		0298	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02693	Saint-Rémy-Blanzy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02694	Saint-Simon	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02695	Saint-Thibaut	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02696	Saint-Thomas	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02697	Samoussy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02698	Sancy-les-Cheminots	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02699	Saponay	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02701	Saulchery	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02702	Savy	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02703	Seboncourt	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02704	Selens	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02705	La Selve	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02706	Septmonts	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02707	Septvaux	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02708	Sequehart	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02709	Serain	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02710	Seraucourt-le-Grand	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02711	Serches	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02712	Sergy	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02713	Seringes-et-Nesles	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02714	Sermoise	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02715	Serval	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02716	Servais	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02717	Séry-lès-Mézières	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02718	Silly-la-Poterie	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02719	Sinceny	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02720	Sissonne	02720		02720	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02721	Sissy	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02722	Soissons	02722		0299	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2207	Sous doté
02723	Soize	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02724	Sommelans	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02725	Sommeron	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02726	Sommette-Eaucourt	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02727	Sons-et-Ronchères	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02728	Sorbais	02141		02141	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02729	Soucy	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02730	Soupir	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02731	Le Sourd	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02732	Surfontaine	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02733	Suzy	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02734	Taillefontaine	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02735	Tannières	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02736	Tartiers	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02737	Tavaux-et-Pontséricourt	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02738	Tergnier	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02739	Terny-Sorny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02740	Thenailles	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02741	Thenelles	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02742	Thiernu	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02743	Le Thuel	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02744	Torcy-en-Valois	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02745	Toulis-et-Attencourt	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02746	Travecy	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02747	Trefcon	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02748	Trélou-sur-Marne	51217		51217	Très sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2205	Sous doté
02749	Troësnes	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02750	Trosly-Loire	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02751	Trucy	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02752	Tugny-et-Pont	02315		02315	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02753	Tupigny	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02754	Ugny-le-Gay	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02755	Urcel	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02756	Urvillers	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02757	Vadencourt	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02758	Vailly-sur-Aisne	02758	Fragile	02758	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02759	La Vallée-au-Blé	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02760	La Vallée-Mulâtre	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02761	Variscourt	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02762	Vassens	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2232	Très sous doté
02763	Vasseny	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02764	Vassogne	51454		51454	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2242	Très sous doté
02765	Vaucelles-et-Beffecourt	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02766	Vaudesson	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2207	Sous doté
02767	Vauxrezis	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02768	Vauxaillon	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
02769	Vaux-Andigny	02095	Fragile	02095	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02770	Vauxbuin	02722		0241	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02771	Vauxcéré	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02772	Vaux-en-Vermandois	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02773	Vauxtin	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02774	Vendelles	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02775	Vendeuil	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02776	Vendhuile	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02777	Vendières	51380		51380	Intermédiaire*	Très sous doté*	Intermédiaire*	2205	Sous doté
02778	Vendresse-Beaulne	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02779	Vénérolles	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02780	Venizel	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02781	Verdilly	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02782	Le Verguier	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02783	Grand-Verly	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02784	Petit-Verly	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02785	Vermand	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02786	Verneuil-sous-Coucy	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02787	Verneuil-sur-Serre	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02788	Versigny	02738	Fragile	02738	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02789	Vervins	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02790	Vesles-et-Caumont	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02791	Veslud	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02792	Veuilly-la-Poterie	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02793	Vézaponin	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02794	Vézilly	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02795	Vic-sur-Aisne	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02796	Vichel-Nanteuil	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02797	Viel-Arcy	02110		02110	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02798	Viels-Maisons	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02799	Vierzy	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02800	Viffort	02168		02168	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02801	Vigneux-Hocquet	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02802	La Ville-aux-Bois-lès-Dizy	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02803	La Ville-aux-Bois-lès-Pontavert	02360		02360	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02804	Villemontoire	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
02805	Villeneuve-Saint-Germain	02722		0231	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2207	Sous doté
02806	Villeneuve-sur-Fère	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02807	Villequier-Aumont	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02808	Villeret	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02809	Villers-Agron-Aiguizy	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02810	Villers-Cotterêts	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02811	Villers-en-Prayères	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02812	Villers-Hélon	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02813	Villers-le-Sec	02648		02648	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2231	Intermédiaire
02814	Villers-lès-Guise	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02815	Villers-Saint-Christophe	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2231	Intermédiaire
02816	Villers-sur-Fère	02305	Fragile	02305	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2205	Sous doté
02817	Ville-Savoye	51250		51250	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2207	Sous doté
02818	Villiers-Saint-Denis	02163		02163	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2205	Sous doté
02819	Vincy-Reuil-et-Magny	02502		02502	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2242	Très sous doté
02820	Viry-Noureuil	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2232	Très sous doté
02821	Vivaise	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02822	Vivières	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2207	Sous doté
02823	Voharies	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02824	Vorges	02408		02408	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02826	Voulpaix	02789	Fragile	02789	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2241	Sans sage femme
02827	Voyenne	02468		02468	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2242	Très sous doté
02828	Vregny	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02829	Vuillery	02722		02722	Sous doté	Très sous doté	Intermédiaire	2207	Sous doté
02830	Wassigny	59136		59136	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2241	Sans sage femme
02831	Watigny	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02832	Wiège-Faty	02361		02361	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02833	Wimy	02381	Fragile	02381	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2241	Sans sage femme
02834	Wissignicourt	02018		02018	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2242	Très sous doté
60001	Abancourt	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60002	Abbecourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60003	Abbeville-Saint-Lucien	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60004	Achy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60005	Acy-en-Multien	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60006	Les Ageux	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60007	Agnetz	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60008	Airion	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60009	Allonne	60057		6004	Sur doté	Intermédiaire	Très doté	2208	Sous doté
60010	Amblainville	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60011	Amy	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60012	Andeville	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60013	Angicourt	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60014	Angivillers	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60015	Angy	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60016	Ansacq	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60017	Ansauvillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60018	Anserville	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60019	Antheuil-Portes	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60020	Antilly	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60021	Appilly	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60022	Apremont	60141		60141	Intermédiaire	Intermédiaire	Sur doté	2206	Sous doté
60023	Armancourt	60159		6041	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60024	Arsy	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60025	Attichy	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60026	Auchy-la-Montagne	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60027	Auger-Saint-Vincent	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60028	Aumont-en-Halatte	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60029	Auneuil	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60030	Auteuil	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60031	Autheuil-en-Valois	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60032	Autrêches	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60033	Avilly-Saint-Léonard	60141		6034	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60034	Avrechy	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60035	Avricourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60036	Avrigny	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60037	Baboeuf	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60038	Bachivillers	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60039	Bacouël	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60040	Bailleul-le-Soc	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60041	Bailleul-sur-Thérain	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60042	Bailleval	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60043	Bailly	60537		60537	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60044	Balagny-sur-Thérain	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60045	Barbery	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60046	Bargny	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60047	Baron	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60048	Baugy	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60049	Bazancourt	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60050	Bazicourt	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60051	Beaudéduit	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60052	Beaugies-sous-Bois	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60053	Beaulieu-les-Fontaines	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60054	Beaumont-les-Nonains	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60055	Beaurains-lès-Noyon	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60056	Beaurepaire	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60057	Beauvais	60057		6099	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60058	Beauvoir	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60059	Béhéricourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60060	Belle-Église	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60061	Belloy	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60062	Berlancourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60063	Berneuil-en-Bray	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60064	Berneuil-sur-Aisne	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60065	Berthecourt	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60066	Béthancourt-en-Valois	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60067	Béthisy-Saint-Martin	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60068	Béthisy-Saint-Pierre	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60069	Betz	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60070	Bienville	60159		6009	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60071	Biermont	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60072	Bitry	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60073	Blacourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60074	Blaincourt-lès-Précy	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60075	Blancfossé	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60076	Blargies	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60077	Blicourt	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60078	Blincourt	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60079	Boissy-Fresnoy	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60080	Boissy-le-Bois	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60081	Bonlier	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60082	Bonneuil-les-Eaux	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60083	Bonneuil-en-Valois	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60084	Bonnières	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60085	Bonvillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60086	Boran-sur-Oise	60141		6026	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60087	Borest	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60088	Bornel	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60089	Boubiers	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60090	Bouconvillers	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60091	Bouillancy	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60092	Boullarre	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60093	Boulogne-la-Grasse	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60094	Boursonne	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60095	Boury-en-Vexin	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60096	Boutavent	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60097	Boutencourt	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60098	Bouvresse	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60099	Braisnes	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60100	Brasseuse	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60101	Brégy	77284		77284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2206	Sous doté
60102	Brenouille	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60103	Bresles	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60104	Breteuil	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60105	Brétigny	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60106	Breuil-le-Sec	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60107	Breuil-le-Vert	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60108	Briot	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60109	Brombos	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60110	Broquiers	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60111	Broyes	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60112	Brunvillers-la-Motte	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60113	Bucamps	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60114	Buicourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60115	Bulles	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60116	Bury	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60117	Bussy	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60118	Caisnes	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60119	Cambronne-lès-Ribécourt	60537		60537	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60120	Cambronne-lès-Clermont	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60121	Campagne	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60122	Campeaux	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60123	Campremy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60124	Candor	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60125	Canly	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60126	Cannectancourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60127	Canny-sur-Matz	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60128	Canny-sur-Thérain	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60129	Carlepont	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60130	Catenoy	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60131	Catheux	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60132	Catigny	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60133	Catillon-Fumechon	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60134	Cauffry	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60135	Cauvigny	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60136	Cempuis	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60137	Cernoy	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60138	Chamant	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60139	Chambly	95487		6026	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60140	Chambors	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60141	Chantilly	60141		6036	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2206	Sous doté
60142	La Chapelle-en-Serval	60482		60482	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60143	Chaumont-en-Vexin	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60144	Chavençon	95370		95370	Sur doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60145	Chelles	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60146	Chepoix	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60147	Chevincourt	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60148	Chèvreville	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60149	Chevrières	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60150	Chiry-Ourscamp	60537		60537	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60151	Choisy-au-Bac	60159		6009	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60152	Choisy-la-Victoire	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60153	Choqueuse-les-Bénards	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60154	Cinqueux	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60155	Cires-lès-Mello	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60156	Clairoix	60159		6009	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60157	Clermont	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60158	Coivrel	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60159	Compiègne	60159		6097	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60160	Conchy-les-Pots	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60161	Conteville	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60162	Corbeil-Cerf	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60163	Cormeilles	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2208	Sous doté
60164	Le Coudray-Saint-Germer	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60165	Le Coudray-sur-Thelle	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60166	Coudun	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60167	Couloisy	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60168	Courcelles-Epayelles	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60169	Courcelles-lès-Gisors	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60170	Courteuil	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60171	Courtieux	02795	Fragile	02795	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60172	Coye-la-Forêt	60141		6036	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2206	Sous doté
60173	Cramoisy	60175		60175	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60174	Crapeaumesnil	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60175	Creil	60175		6098	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60176	Crépy-en-Valois	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60177	Cressonsacq	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2210	Très sous doté
60178	Crèvecoeur-le-Grand	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60179	Crèvecoeur-le-Petit	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60180	Crillon	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60181	Crisolles	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60182	Le Crocq	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60183	Croissy-sur-Celle	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60184	Croutoy	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60185	Crouy-en-Thelle	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60186	Cuignières	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60187	Cuigy-en-Bray	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60188	Cuise-la-Motte	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60189	Cuts	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60190	Cuvergnon	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60191	Cuvilly	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60192	Cuy	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60193	Daméraucourt	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60194	Dargies	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60195	Delincourt	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60196	Le Déluge	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60197	Dieudonné	95487		95487	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60198	Dives	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60199	Doméliers	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60200	Domfront	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60201	Dompierre	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60203	Duvy	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60204	Écuvilly	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60205	Élencourt	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60206	Élincourt-Sainte-Marguerite	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60207	Éméville	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60208	Énencourt-Léage	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60209	Énencourt-le-Sec	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60210	Épineuse	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60211	Éragny-sur-Epte	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60212	Ercuis	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60213	Ermenonville	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60214	Ernemont-Boutavent	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60215	Erquery	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60216	Erquinvillers	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60217	Escames	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60218	Esches	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60219	Escles-Saint-Pierre	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60220	Espaubourg	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60221	Esquennoy	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60222	Essuiles	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60223	Estrées-Saint-Denis	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60224	Étavigny	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60225	Étouy	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60226	Ève	60500		60500	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60227	Évricourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60228	Fay-les-Étangs	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60229	Le Fayel	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60230	Le Fay-Saint-Quentin	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60231	Feigneux	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60232	Ferrières	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60233	Feuquières	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60234	Fitz-James	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60235	Flavacourt	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60236	Flavy-le-Meldeux	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60237	Fléchy	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60238	Fleurines	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60239	Fleury	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60240	Fontaine-Bonneleau	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60241	Fontaine-Chaalis	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60242	Fontaine-Lavaganne	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60243	Fontaine-Saint-Lucien	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60244	Fontenay-Torcy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60245	Formerie	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60246	Fosseuse	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60247	Fouilleuse	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60248	Fouilloy	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60249	Foulangues	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60250	Fouquenies	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60251	Fouquerolles	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60252	Fournival	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60253	Francastel	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60254	Francières	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60255	Fréniches	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60256	Fresneaux-Montchevreuil	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60257	Fresne-Léguillon	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60258	Fresnières	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60259	Fresnoy-en-Thelle	95487		95487	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60260	Fresnoy-la-Rivière	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60261	Fresnoy-le-Luat	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60262	Le Frestoy-Vaux	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60263	Frétoy-le-Château	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60264	Frocourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60265	Froissy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60267	Le Gallet	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60268	Gannes	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60269	Gaudechart	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60270	Genvry	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60271	Gerberoy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60272	Gilocourt	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60273	Giraumont	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60274	Glaignes	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60275	Glatigny	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60276	Godenvillers	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60277	Goincourt	60057		6004	Sur doté	Intermédiaire	Très doté	2208	Sous doté
60278	Golancourt	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60279	Gondreville	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60280	Gourchelles	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60281	Gournay-sur-Aronde	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60282	Gouvieux	60141		6036	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2206	Sous doté
60283	Gouy-les-Groseillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60284	Grandfresnoy	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60285	Grandvillers-aux-Bois	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2210	Très sous doté
60286	Grandvilliers	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60287	Grandrû	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60288	Grémévillers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60289	Grez	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60290	Guignecourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60291	Guiscard	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60292	Gury	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60293	Hadancourt-le-Haut-Clocher	95355		95355	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60294	Hainvillers	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60295	Halloy	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60296	Hannaches	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60297	Le Hamel	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60298	Hanvoile	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60299	Hardivillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2208	Sous doté
60300	Hardivillers-en-Vexin	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60301	Haucourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60302	Haudivillers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60303	Hautbos	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60304	Haute-Épine	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60305	Hautefontaine	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60306	Hécourt	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60307	Heilles	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60308	Hémévillers	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60309	Hénonville	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60310	Herchies	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60311	La Hérelle	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60312	Héricourt-sur-Thérain	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60313	Hermes	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60314	Hétomesnil	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60315	Hodenc-en-Bray	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60316	Hodenc-l'Évêque	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60317	Hondainville	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60318	Houdancourt	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60319	La Houssoye	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60320	Ivors	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60321	Ivry-le-Temple	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60322	Jaméricourt	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60323	Janville	60159		6009	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60324	Jaulzy	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60325	Jaux	60159		6041	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60326	Jonquières	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60327	Jouy-sous-Thelle	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60328	Juvignies	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60329	Laberlière	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60330	Laboissière-en-Thelle	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60331	Labosse	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60332	Labruyère	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60333	Lachapelle-aux-Pots	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60334	Lachapelle-Saint-Pierre	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60335	Lachapelle-sous-Gerberoy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60336	Lachaussée-du-Bois-d'Écu	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60337	Lachelle	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60338	Lacroix-Saint-Ouen	60338		60338	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60339	Lafraye	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60340	Lagny	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60341	Lagny-le-Sec	60500		60500	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60342	Laigneville	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60343	Lalande-en-Son	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60344	Lalandelle	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60345	Lamécourt	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60346	Lamorlaye	60141		6036	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2206	Sous doté
60347	Lannoy-Cuillère	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60348	Larbroye	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60350	Lassigny	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60351	Lataule	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60352	Lattainville	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60353	Lavacquerie	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60354	Laverrière	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60355	Laversines	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60356	Lavilletertre	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60357	Léglantiers	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60358	Lévignen	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60359	Lhéraule	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60360	Liancourt	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60361	Liancourt-Saint-Pierre	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60362	Libermont	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60363	Lierville	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60364	Lieuvillers	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60365	Lihus	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60366	Litz	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60367	Loconville	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60368	Longueil-Annel	60159		6032	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60369	Longueil-Sainte-Marie	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60370	Lormaison	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60371	Loueuse	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60372	Luchy	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60373	Machemont	60159		6032	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60374	Maignelay-Montigny	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60375	Maimbeville	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60376	Maisoncelle-Saint-Pierre	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60377	Maisoncelle-Tuilerie	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60378	Marest-sur-Matz	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60379	Mareuil-la-Motte	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60380	Mareuil-sur-Ourcq	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60381	Margny-aux-Cerises	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60382	Margny-lès-Compiègne	60159		6009	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60383	Margny-sur-Matz	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60385	Marolles	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60386	Marquéglise	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60387	Marseille-en-Beauvaisis	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60388	Martincourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60389	Maucourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60390	Maulers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60391	Maysel	60175		60175	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60392	Mélicocq	60159		6032	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60393	Mello	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60394	Ménévillers	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60395	Méru	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60396	Méry-la-Bataille	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60397	Le Mesnil-Conteville	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60398	Le Mesnil-en-Thelle	95487		95487	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60399	Le Mesnil-Saint-Firmin	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60400	Le Mesnil-sur-Bulles	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60401	Le Mesnil-Théribus	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60402	Le Meux	60338		60338	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60403	Milly-sur-Thérain	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60404	Mogneville	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60405	Moliens	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60406	Monceaux	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60407	Monceaux-l'Abbaye	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60408	Monchy-Humières	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60409	Monchy-Saint-Éloi	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60410	Mondescourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60411	Monneville	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60412	Montagny-en-Vexin	95355		95355	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60413	Montagny-Sainte-Félicité	60500		60500	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60414	Montataire	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60415	Montépilloy	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60416	Montgérain	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60417	Montherlant	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60418	Montiers	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60420	Montjavoult	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60421	Mont-l'Évêque	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60422	Montlognon	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60423	Montmacq	60159		6032	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60424	Montmartin	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60425	Montreuil-sur-Brêche	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60426	Montreuil-sur-Thérain	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60427	Monts	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60428	Le Mont-Saint-Adrien	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60429	Morangles	95487		95487	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60430	Morienval	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60431	Morlincourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60432	Mortefontaine	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60433	Mortefontaine-en-Thelle	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60434	Mortemer	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60435	Morvillers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60436	Mory-Montcrux	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60437	Mouchy-le-Châtel	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60438	Moulin-sous-Touvent	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60439	Mouy	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60440	Moyenneville	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2210	Très sous doté
60441	Moyvillers	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60442	Muidorge	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60443	Muirancourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60444	Mureaumont	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60445	Nampcel	02173		02173	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60446	Nanteuil-le-Haudouin	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60447	Néry	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60448	Neufchelles	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60449	Neufvy-sur-Aronde	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60450	Neuilly-en-Thelle	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60451	Neuilly-sous-Clermont	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60452	Neuville-Bosc	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60453	La Neuville-d'Aumont	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60454	La Neuville-en-Hez	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60455	La Neuville-Garnier	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60456	La Neuville-Roy	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60457	La Neuville-Saint-Pierre	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60458	La Neuville-sur-Oudeuil	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60459	La Neuville-sur-Ressons	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60460	La Neuville-Vault	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60461	Nivillers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60462	Noailles	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60463	Nogent-sur-Oise	60175		6011	Très doté	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60464	Nointel	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60465	Noirémont	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60466	Noroy	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60468	Nourard-le-Franc	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60469	Novillers	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60470	Noyers-Saint-Martin	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60471	Noyon	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60472	Offoy	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60473	Ognes	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60474	Ognolles	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60475	Ognon	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60476	Omécourt	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60477	Ons-en-Bray	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60478	Ormoy-le-Davien	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60479	Ormoy-Villers	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60480	Oroër	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60481	Orrouy	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60482	Orry-la-Ville	60482		60482	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60483	Orvillers-Sorel	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60484	Oudeuil	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60485	Oursel-Maison	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60486	Paillart	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60487	Parnes	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60488	Passel	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60489	Péroy-les-Gombries	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60490	Pierrefitte-en-Beauvaisis	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60491	Pierrefonds	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60492	Pimprez	60537		60537	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60493	Pisseleu	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60494	Plailly	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60495	Plainval	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60496	Plainville	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60497	Le Plessier-sur-Bulles	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60498	Le Plessier-sur-Saint-Just	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60499	Plessis-de-Roye	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60500	Le Plessis-Belleville	60500		60500	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60501	Le Plessis-Brion	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60502	Le Plessis-Patte-d'Oie	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60503	Le Ployron	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60504	Ponchon	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60505	Pontarmé	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60506	Pont-l'Évêque	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60507	Pontoise-lès-Noyon	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60508	Pontpoint	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60509	Pont-Sainte-Maxence	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60510	Porcheux	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60511	Porquéricourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60512	Pouilly	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60513	Précy-sur-Oise	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60514	Prévillers	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60515	Pronleroy	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60516	Puiseux-en-Bray	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60517	Puiseux-le-Hauberger	95487		95487	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60518	Puits-la-Vallée	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60519	Quesmy	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60520	Le Quesnel-Aubry	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60521	Quincampoix-Fleuzy	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60522	Quinquempoix	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60523	Rainvillers	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60524	Rantigny	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60525	Raray	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60526	Ravenel	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60527	Réez-Fosse-Martin	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60528	Reilly	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60529	Rémécourt	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60530	Rémérangles	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60531	Remy	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60532	Ressons-l'Abbaye	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60533	Ressons-sur-Matz	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60534	Rethondes	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60535	Reuil-sur-Brêche	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60536	Rhuis	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60537	Ribécourt-Dreslincourt	60537		60537	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60538	Ricquebourg	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60539	Rieux	60175		6020	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60540	Rivecourt	60338		60338	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60541	Roberval	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60542	Rochy-Condé	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60543	Rocquemont	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60544	Rocquencourt	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60545	Romescamps	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60546	Rosières	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60547	Rosoy	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60548	Rosoy-en-Multien	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60549	Rotangy	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60550	Rothois	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60551	Rousseloy	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60552	Rouville	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60553	Rouvillers	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2210	Très sous doté
60554	Rouvres-en-Multien	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60555	Rouvroy-les-Merles	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60556	Royaucourt	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60557	Roy-Boissy	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60558	Roye-sur-Matz	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60559	La Rue-Saint-Pierre	60103		60103	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60560	Rully	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60561	Russy-Bémont	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60562	Sacy-le-Grand	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60563	Sacy-le-Petit	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60564	Sains-Morainvillers	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60565	Saint-André-Farivillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2208	Sous doté
60566	Saint-Arnoult	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60567	Saint-Aubin-en-Bray	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60568	Saint-Aubin-sous-Erquery	60157		60157	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60569	Saint-Crépin-aux-Bois	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60570	Saint-Crépin-Ibouvillers	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60571	Saint-Deniscourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60572	Saint-Étienne-Roilaye	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60573	Sainte-Eusoye	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60574	Saint-Félix	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60575	Sainte-Geneviève	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60576	Saint-Germain-la-Poterie	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60577	Saint-Germer-de-Fly	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60578	Saintines	60338		60338	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60579	Saint-Jean-aux-Bois	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60581	Saint-Just-en-Chaussée	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60582	Saint-Léger-aux-Bois	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60583	Saint-Léger-en-Bray	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60584	Saint-Leu-d'Esserent	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60585	Saint-Martin-aux-Bois	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60586	Saint-Martin-le-Noeud	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60587	Saint-Martin-Longueau	60509		60509	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60588	Saint-Maur	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60589	Saint-Maximin	60589		60589	Sous doté	Intermédiaire	Très doté	2206	Sous doté
60590	Saint-Omer-en-Chaussée	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60591	Saint-Paul	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60592	Saint-Pierre-es-Champs	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60593	Saint-Pierre-lès-Bitry	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60594	Saint-Quentin-des-Prés	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60595	Saint-Remy-en-l'Eau	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60596	Saint-Samson-la-Poterie	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60597	Saint-Sauveur	60338		60338	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60598	Saint-Sulpice	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60599	Saint-Thibault	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60600	Saint-Vaast-de-Longmont	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60601	Saint-Vaast-lès-Mello	60175		60175	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60602	Saint-Valery	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60603	Salency	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60604	Sarcus	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60605	Sarnois	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60608	Le Saulchoy	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60609	Savignies	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60610	Sempigny	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60611	Senantes	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60612	Senlis	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60613	Senots	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60614	Serans	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60615	Sérévillers	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60616	Sérifontaine	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60617	Sermaize	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60618	Séry-Magneval	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60619	Silly-le-Long	60500		60500	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60620	Silly-Tillard	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60621	Solente	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2209	Très sous doté
60622	Sommereux	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60623	Songeons	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60624	Sully	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60625	Suzoy	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60626	Talmontiers	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60627	Tartigny	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60628	Therdonne	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60629	Thérines	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60630	Thibivillers	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60631	Thiers-sur-Thève	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60632	Thiescourt	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60633	Thieuloy-Saint-Antoine	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2208	Sous doté
60634	Thieux	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60635	Thiverny	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60636	Thourotte	60159		6032	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60637	Thury-en-Valois	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60638	Thury-sous-Clermont	60439	Fragile	60439	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60639	Tillé	60057		6027	Intermédiaire	Sur doté	Intermédiaire	2208	Sous doté
60640	Tourly	60143	Fragile	60143	Intermédiaire	Sous doté	Intermédiaire	2208	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60641	Tracy-le-Mont	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60642	Tracy-le-Val	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60643	Tricot	60374	Fragile	60374	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2210	Très sous doté
60644	Trie-Château	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60645	Trie-la-Ville	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60646	Troissereux	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60647	Trosly-Breuil	60188		60188	Sous doté	Très sous doté	Sous doté	2209	Très sous doté
60648	Troussencourt	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60649	Troussures	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60650	Trumilly	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60651	Ully-Saint-Georges	60450		60450	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60652	Valdampierre	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60653	Valescourt	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60654	Vandélicourt	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60655	Varesnes	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60656	Varinfroy	77257		77257	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2206	Sous doté
60657	Vauchelles	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60658	Vauciennes	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60659	Vaudancourt	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60660	Le Vaumain	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60661	Vaumoise	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60662	Le Vauroux	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60663	Velennes	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60664	Vendeuil-Caply	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60665	Venette	60159		6041	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60666	Ver-sur-Launette	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60667	Verberie	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60668	Verderel-lès-Sauqueuse	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60669	Verderonne	60360		60360	Sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60670	Verneuil-en-Halatte	60175		6030	Sur doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60671	Versigny	60446		60446	Intermédiaire	Très sous doté	Intermédiaire	2206	Sous doté
60672	Vez	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60673	Viefvillers	60178	Fragile	60178	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60674	Vieux-Moulin	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60675	Vignemont	60533	Fragile	60533	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60676	Ville	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60677	Villembray	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60678	Villeneuve-les-Sablons	60395		60395	Intermédiaire	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60679	La Villeneuve-sous-Thury	02810		02810	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60680	Villeneuve-sur-Verberie	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60681	Villers-Saint-Barthélemy	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60682	Villers-Saint-Frambourg	60612		60612	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60683	Villers-Saint-Genest	60176		60176	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté
60684	Villers-Saint-Paul	60175		6011	Très doté	Sous doté	Très sous doté	2206	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
60685	Villers-Saint-Sépulcre	60462		60462	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2208	Sous doté
60686	Villers-sous-Saint-Leu	60175		6039	Sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2206	Sous doté
60687	Villers-sur-Auchy	76312		76312	Intermédiaire*	Très sous doté*	Très sous doté*	2208	Sous doté
60688	Villers-sur-Bonnières	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60689	Villers-sur-Coudun	60159		60159	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2209	Très sous doté
60690	Villers-sur-Trie	27284		27284	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2208	Sous doté
60691	Villers-Vermont	60245	Fragile	60245	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60692	Villers-Vicomte	60104	Fragile	60104	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60693	Villeselve	60471		60471	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2209	Très sous doté
60694	Villotran	60029		60029	Intermédiaire	Très sous doté	Sous doté	2208	Sous doté
60695	Vineuil-Saint-Firmin	60141		6034	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2206	Sous doté
60697	Vrocourt	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60698	Wacquemoulin	60223	Fragile	60223	Très doté	Sous doté	Intermédiaire	2210	Très sous doté
60699	Wambez	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60700	Warluis	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
60701	Wavignies	60581	Fragile	60581	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2210	Très sous doté
60702	Welles-Pérennes	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2210	Très sous doté
60703	Aux Marais	60057		60057	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2208	Sous doté
80001	Abbeville	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80002	Ablaincourt-Pressoir	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80003	Acheux-en-Amiénois	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80004	Acheux-en-Vimeu	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80005	Agenville	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80006	Agenvillers	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80008	Aigneville	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80009	Ailly-le-Haut-Clocher	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80010	Ailly-sur-Noye	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80011	Ailly-sur-Somme	80011		80011	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2202	Sous doté
80013	Airaines	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80014	Aizecourt-le-Bas	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80015	Aizecourt-le-Haut	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80016	Albert	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80017	Allaines	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80018	Allenay	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80019	Allery	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80020	Allonville	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80021	Amiens	80021		8099	Intermédiaire	Très doté	Très doté	2202	Sous doté
80022	Andainville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80023	Andechy	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80024	Argoeuves	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80025	Argoules	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80026	Arguel	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80027	Armancourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80028	Arquèves	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80029	Arrest	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80030	Arry	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80031	Arvillers	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80032	Assainvillers	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80033	Assevillers	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80034	Athies	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80035	Aubercourt	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80036	Aubigny	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80037	Aubvillers	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80038	Auchonvillers	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80039	Ault	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80040	Aumâtre	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80041	Aumont	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80042	Autheux	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80043	Authie	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80044	Authieule	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80045	Authuille	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80046	Avelesges	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80047	Aveluy	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80048	Avesnes-Chaussoy	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80049	Ayencourt	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80050	Bacouel-sur-Selle	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80051	Bailleul	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80052	Baizieux	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80053	Balâtre	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80054	Barleux	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80055	Barly	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80056	Bavelincourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80057	Bayencourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80058	Bayonvillers	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80059	Bazentin	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80060	Béalcourt	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2202	Sous doté
80061	Beaucamps-le-Jeune	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80062	Beaucamps-le-Vieux	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80063	Beauchamps	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80064	Beaucourt-en-Santerre	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80065	Beaucourt-sur-l'Ancre	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80066	Beaucourt-sur-l'Hallue	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80067	Beaufort-en-Santerre	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80068	Beaumetz	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80069	Beaumont-Hamel	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80070	Beauquesne	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80071	Beauval	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80073	Bécordel-Bécourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80074	Becquigny	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80076	Béhen	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80077	Béhencourt	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80078	Bellancourt	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80079	Belleuse	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80080	Belloy-en-Santerre	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80081	Belloy-Saint-Léonard	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80082	Belloy-sur-Somme	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80083	Bergicourt	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80084	Bermesnil	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80085	Bernâtre	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2202	Sous doté
80086	Bernaville	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80087	Bernay-en-Ponthieu	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80088	Bernes	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80089	Berneuil	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80090	Berny-en-Santerre	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80092	Bertangles	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80093	Berteaucourt-les-Dames	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80094	Berteaucourt-lès-Thennes	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80095	Bertrancourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80096	Béthencourt-sur-Mer	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80097	Béthencourt-sur-Somme	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80098	Bettembos	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80099	Bettencourt-Rivière	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80100	Bettencourt-Saint-Ouen	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80101	Beuvraignes	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80102	Biaches	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80103	Biarre	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80104	Biencourt	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80105	Billancourt	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80106	Blangy-sous-Poix	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80107	Blangy-Tronville	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80108	Boisbergues	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80109	Le Boisle	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80110	Boismont	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80112	Bonnay	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80113	Bonneville	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80114	Bosquel	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80115	Bouchavesnes-Bergen	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80116	Bouchoir	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80117	Bouchon	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80118	Boufflers	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80119	Bougainville	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80120	Bouillancourt-en-Séry	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80121	Bouillancourt-la-Bataille	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80122	Bouquemaison	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80123	Bourdon	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80124	Bourseville	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80125	Boussicourt	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80126	Bouttencourt	76101		76101	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80127	Bouvaincourt-sur-Bresle	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80128	Bouvincourt-en-Vermandois	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80129	Bouzincourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80130	Bovelles	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80131	Boves	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80132	Braches	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80133	Brailly-Cornehotte	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80134	Brassy	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80135	Bray-lès-Mareuil	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80136	Bray-sur-Somme	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80137	Breilly	80011		80011	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2202	Sous doté
80138	Bresle	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80139	Breuil	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80140	Brévillers	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80141	Brie	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80142	Briquemesnil-Floxicourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80143	Brocourt	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80144	Brouchy	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80145	Brucamps	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80146	Brutelles	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80147	Buigny-l'Abbé	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80148	Buigny-lès-Gamaches	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80149	Buigny-Saint-Maclou	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80150	Buire-Courcelles	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80151	Buire-sur-l'Ancre	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80152	Bus-la-Mésière	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80153	Bus-lès-Artois	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80154	Bussu	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80155	Bussus-Bussuel	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80156	Bussy-lès-Daours	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80157	Bussy-lès-Poix	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80158	Buverchy	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80159	Cachy	80799		80799	Intermédiaire	Sur doté	Sur doté	2202	Sous doté
80160	Cagny	80021		8042	Sur doté	Sur doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80161	Cahon	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80162	Caix	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80163	Cambron	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80164	Camon	80021		8010	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80165	Camps-en-Amiénois	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80166	Canaples	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80167	Canchy	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80168	Candas	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80169	Cannessières	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80170	Cantigny	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80171	Caours	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80172	Cappy	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80173	Cardonnette	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80174	Le Cardonnois	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80175	Carnoy	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80176	Carrépuis	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80177	Cartigny	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80179	Caulières	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80180	Cavillon	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80181	Cayeux-en-Santerre	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80182	Cayeux-sur-Mer	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80183	Cerisy-Buleux	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80184	Cerisy	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80185	Champien	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80186	Chaulnes	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80187	La Chaussée-Tirancourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80188	Chaussoy-Epagny	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80189	La Chavatte	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80190	Chépy	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80191	Chilly	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80192	Chipilly	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80193	Chirmont	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80194	Chuignes	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80195	Chuignolles	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80196	Citerne	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80197	Cizancourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80198	Clairy-Saulchoix	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80199	Cléry-sur-Somme	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80200	Cocquerel	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80201	Coigneux	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80202	Coisy	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80203	Colincamps	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80204	Combles	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80205	Condé-Folie	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80206	Contalmaison	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80207	Contay	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80208	Conteville	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80209	Contoire	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80210	Contre	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80211	Conty	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80212	Corbie	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80213	Cottenchy	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80214	Coullemelle	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80215	Coulonvillers	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80216	Courcelette	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80217	Courcelles-au-Bois	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80218	Courcelles-sous-Moyencourt	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80219	Courcelles-sous-Thoix	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80220	Courtemanche	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80221	Cramont	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80222	Crécy-en-Ponthieu	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80223	Crémery	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80224	Cressy-Omencourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80225	Creuse	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80226	Croix-Moligneaux	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80227	Croixrault	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80228	Le Crotoy	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80229	Crouy-Saint-Pierre	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80230	Curchy	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80231	Curlu	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80232	Damery	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80233	Dancourt-Popincourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80234	Daours	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80235	Dargnies	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80236	Davenescourt	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80237	Démuin	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80238	Dernancourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80239	Devise	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80240	Doingt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80241	Domart-en-Ponthieu	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80242	Domart-sur-la-Luce	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80243	Domesmont	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80244	Dominois	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80245	Domléger-Longvillers	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80246	Dommartin	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80247	Dompierre-Becquincourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80248	Dompierre-sur-Authie	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80249	Domqueur	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80250	Domvast	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80251	Doudelainville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80252	Douilly	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80253	Doullens	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80256	Dreuil-lès-Amiens	80021		8007	Très doté	Sur doté	Sous doté	2202	Sous doté
80258	Driencourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80259	Dromesnil	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80260	Drucat	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80261	Dury	80021		8013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80262	Eaucourt-sur-Somme	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80263	L'Échelle-Saint-Aurin	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80264	Éclusier-Vaux	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80265	Embreville	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80266	Englebelmer	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80267	Ennemain	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80268	Épagne-Épagnette	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80269	Épaumesnil	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80270	Épécamps	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80271	Épehy	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80272	Épénancourt	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80273	Éplessier	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80274	Eppeville	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80275	Équancourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80276	Équennes-Éramecourt	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80278	Erches	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80279	Ercheu	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80280	Ercourt	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80281	Ergnies	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80282	Érondelle	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80283	Esclainvillers	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80284	Esmery-Hallon	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80285	Essertaux	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80287	Estréboeuf	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80288	Estrées-Deniécourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80290	Estrées-lès-Crécy	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80291	Estrées-sur-Noye	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80292	Étalon	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80293	Ételfay	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80294	Éterpigny	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80295	Étinehem	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80296	L'Étoile	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80297	Étréjust	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80298	Étricourt-Manancourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80299	La Faloise	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80300	Falvy	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80301	Famechon	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80302	Faverolles	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80303	Favières	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80304	Fay	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80305	Ferrières	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80306	Fescamps	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80307	Feuillères	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80308	Feuquières-en-Vimeu	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80310	Fienvillers	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80311	Fignières	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80312	Fins	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80313	Flaucourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80314	Flers	62080		62080	Sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2219	Sans sage femme
80315	Flers-sur-Noye	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80316	Flesselles	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80317	Fleury	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80318	Flixecourt	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80319	Fluy	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80320	Folies	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80321	Folleville	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80322	Fonches-Fonchette	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80324	Fontaine-le-Sec	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80325	Fontaine-lès-Cappy	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80326	Fontaine-sous-Montdidier	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80327	Fontaine-sur-Maye	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80328	Fontaine-sur-Somme	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80329	Forceville	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80330	Forceville-en-Vimeu	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80331	Forest-l'Abbaye	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80332	Forest-Montiers	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80333	Fort-Mahon-Plage	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80334	Fossemanant	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80335	Foucaucourt-en-Santerre	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80336	Foucaucourt-Hors-Nesle	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80337	Fouencamps	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80338	Fouilloy	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80339	Fouquescourt	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80340	Fourcigny	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80341	Fourdrinoy	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80342	Framerville-Rainecourt	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80343	Framicourt	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80344	Francières	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80345	Franleu	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80346	Franqueville	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80347	Fransart	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80348	Fransu	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80349	Fransures	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80350	Franvillers	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80351	Fréchencourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80352	Frémontiers	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80353	Fresnes-Mazancourt	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80354	Fresnes-Tilloloy	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80355	Fresneville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80356	Fresnoy-Andainville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80357	Fresnoy-au-Val	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80358	Fresnoy-en-Chaussée	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80359	Fresnoy-lès-Roye	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80360	Fressenneville	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80361	Frettecuisse	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80362	Frettemeule	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80364	Friaucourt	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80365	Fricamps	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80366	Fricourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80367	Frise	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80368	Friville-Escarbotin	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80369	Frohen-sur-Authie	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80371	Froyelles	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80372	Frucourt	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80373	Gamaches	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80374	Gapennes	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80375	Gauville	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80376	Gentelles	80799		80799	Intermédiaire	Sur doté	Sur doté	2202	Sous doté
80377	Gézaincourt	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80378	Ginchy	62080		62080	Sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2219	Sans sage femme
80379	Glisy	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80380	Gorenflos	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80381	Gorges	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80383	Goyencourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80384	Grandcourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80385	Grand-Laviers	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80386	Gratibus	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80387	Grattepanche	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80388	Grébault-Mesnil	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80389	Grécourt	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80390	Grivesnes	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80391	Grivillers	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80392	Grouches-Luchuel	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80393	Gruny	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80395	Guerbigny	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80396	Gueschart	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80397	Gueudecourt	62080		62080	Sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2219	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80399	Guignemicourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80400	Guillaucourt	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80401	Guillemont	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80402	Guizancourt	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80403	Guyencourt-sur-Noye	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80404	Guyencourt-Saulcourt	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80405	Hailles	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80406	Hallencourt	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80407	Hallivillers	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80408	Halloy-lès-Pernois	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80409	Hallu	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80410	Ham	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80411	Le Hamel	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80412	Hamelet	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80413	Hancourt	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80414	Hangard	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80415	Hangest-en-Santerre	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80416	Hangest-sur-Somme	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80417	Harbonnières	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80418	Hardecourt-aux-Bois	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80419	Hargicourt	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80420	Harponville	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80421	Hattencourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80422	Hautvillers-Ouville	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80423	Havernas	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80424	Hébécourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80425	Hédauville	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80426	Heilly	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80427	Hem-Hardinval	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80428	Hem-Monacu	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80429	Hénencourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80430	Herbécourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80431	Hérissart	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80432	Herleville	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80433	Herly	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80434	Hervilly	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80435	Hesbécourt	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80436	Hescamps	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80437	Heucourt-Croquoison	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80438	Heudicourt	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80439	Heuzecourt	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80440	Hiermont	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80442	Hombleux	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80443	Hornoy-le-Bourg	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80444	Huchenneville	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80445	Humbercourt	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80446	Huppy	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80447	Hyencourt-le-Grand	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80449	Ignaucourt	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80450	Inval-Boiron	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80451	Irles	62080		62080	Sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2202	Sous doté
80452	Jumel	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80453	Laboissière-en-Santerre	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80455	Lachapelle	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80456	Lafresguimont-Saint-Martin	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80458	Lahoussoye	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80459	Laleu	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80460	Lamaronde	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80461	Lamotte-Brebière	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80462	Lamotte-Buleux	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80463	Lamotte-Warfusée	80799		80799	Intermédiaire	Sur doté	Sur doté	2202	Sous doté
80464	Lanchères	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80465	Languevoisin-Quiquery	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80466	Lanches-Saint-Hilaire	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80467	Laucourt	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80468	Laviéville	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80469	Lawarde-Mauger-l'Hortoy	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80470	Léalvillers	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80472	Lesboeufs	62080		62080	Sous doté*	Intermédiaire*	Très sous doté*	2219	Sans sage femme
80473	Liancourt-Fosse	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80474	Licourt	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80475	Liéramont	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80476	Liercourt	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80477	Ligescourt	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80478	Lignières	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80479	Lignières-Châtelain	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80480	Lignières-en-Vimeu	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80481	Lihons	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80482	Limeux	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80484	Liomer	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80485	Loeuilly	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80486	Long	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80487	Longavesnes	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80488	Longpré-les-Corps-Saints	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80489	Longueau	80021		8010	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2202	Sous doté
80490	Longueval	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80491	Longuevillette	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80493	Louvencourt	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80494	Louvrechy	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80495	Lucheux	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80496	Machiel	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80497	Machy	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80498	Mailly-Maillet	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80499	Mailly-Raineval	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80500	Maisnières	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80501	Maison-Ponthieu	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80502	Maison-Roland	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80503	Maizicourt	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2202	Sous doté
80504	Malpart	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80505	Mametz	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80507	Marcelcave	80799		80799	Intermédiaire	Sur doté	Sur doté	2202	Sous doté
80508	Marché-Allouarde	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80509	Marchélepot	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80511	Marestmontiers	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80512	Mareuil-Caubert	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80513	Maricourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80514	Marieux	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80515	Marlers	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80516	Marquaix	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80517	Marquivillers	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80518	Martainneville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80519	Matigny	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80520	Maucourt	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80521	Maurepas	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80522	Le Mazis	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80523	Méaulte	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80524	Méharicourt	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80525	Meigneux	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80526	Le Meillard	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80527	Méneslies	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80528	Méréaucourt	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80529	Mérélessart	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80530	Méricourt-l'Abbé	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80531	Méricourt-en-Vimeu	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80532	Méricourt-sur-Somme	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80533	Mers-les-Bains	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80535	Le Mesge	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80536	Mesnil-Bruntel	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80537	Mesnil-Domqueur	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80538	Mesnil-en-Arrouaise	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80540	Mesnil-Martinsart	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80541	Mesnil-Saint-Georges	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80542	Mesnil-Saint-Nicaise	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80543	Métigny	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80544	Mézerolles	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80545	Mézières-en-Santerre	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80546	Miannay	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80547	Millencourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80548	Millencourt-en-Ponthieu	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80549	Miraumont	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80550	Mirvaux	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80551	Misery	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80552	Moislains	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80553	Molliens-au-Bois	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80554	Molliens-Dreuil	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80555	Monchy-Lagache	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80556	Mons-Boubert	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80557	Estrées-Mons	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80558	Monsures	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80559	Montagne-Fayel	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80560	Montauban-de-Picardie	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80561	Montdidier	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80562	Montigny-sur-l'Hallue	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80563	Montigny-les-Jongleurs	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2202	Sous doté
80565	Montonvillers	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80566	Fieffes-Montrelet	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80568	Morchain	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80569	Morcourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80570	Moreuil	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80571	Morisel	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80572	Morlancourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80573	Morvillers-Saint-Saturnin	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80574	Mouflers	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2211	Très sous doté
80575	Mouflières	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80576	Moyencourt	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80577	Moyencourt-lès-Poix	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80578	Moyenneville	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80579	Muille-Villette	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80580	Nampont	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80582	Namps-Maisnil	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80583	Nampty	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80584	Naours	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80585	Nesle	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80586	Nesle-l'Hôpital	76101		76101	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80587	Neslette	76101		76101	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80588	Neufmoulin	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80589	Neuilly-le-Dien	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80590	Neuilly-l'Hôpital	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80591	Neuville-au-Bois	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80592	Neuville-Coppegueule	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80593	La Neuville-lès-Bray	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80594	Neuville-lès-Loeuilly	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80595	La Neuville-Sire-Bernard	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80596	Neuvillette	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80597	Nibas	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80598	Nouvion	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80599	Noyelles-en-Chaussée	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80600	Noyelles-sur-Mer	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80601	Nurlu	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80602	Occoches	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80603	Ochancourt	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80604	Offignies	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80605	Offoy	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80606	Oisemont	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80607	Oissy	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80608	Omiécourt	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80609	Oneux	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80611	Oresmaux	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80613	Oust-Marest	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80614	Outrebois	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80615	Ovillers-la-Boisselle	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80616	Pargny	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80617	Parvillers-le-Quesnoy	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80618	Pendé	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80619	Pernois	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80620	Péronne	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80621	Pertain	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80622	Picquigny	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80623	Piennes-Onvillers	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80624	Pierregot	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80625	Pierrepont-sur-Avre	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80626	Pissy	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80627	Plachy-Buyon	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80628	Le Plessier-Rozainvillers	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80629	Poeuilly	02691		02691	Intermédiaire	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80630	Poix-de-Picardie	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80631	Ponches-Estruval	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80632	Pont-de-Metz	80021		8044	Sur doté	Sur doté	Sous doté	2202	Sous doté
80633	Ponthoile	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80634	Pont-Noyelles	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80635	Pont-Remy	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80637	Port-le-Grand	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80638	Potte	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80639	Poulainville	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80640	Pozières	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80642	Prouville	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80643	Prouzel	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80644	Proyart	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80645	Puchevillers	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80646	Punchy	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80647	Puzeaux	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80648	Pys	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80649	Quend	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80650	Querrieu	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80651	Le Quesne	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80652	Le Quesnel	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80654	Quesnoy-le-Montant	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80655	Quesnoy-sur-Airaines	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80656	Quevauvillers	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80657	Quiry-le-Sec	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80658	Quivières	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80659	Raincheval	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80661	Rainneville	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80662	Ramburelles	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80663	Rambures	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80664	Rancourt	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80665	Regnière-Écluse	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80666	Remaisnil	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80667	Remaugies	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80668	Remiencourt	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80669	Rethonvillers	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80670	Revelles	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80671	Ribeaucourt	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80672	Ribemont-sur-Ancre	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80673	Riencourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80674	Rivery	80021		8009	Sur doté	Très sous doté	Sous doté	2202	Sous doté
80675	Rogy	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80676	Roiglise	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80677	Roisel	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80678	Rollot	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80679	Ronssoy	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80680	Rosières-en-Santerre	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80681	Rouvrel	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80682	Rouvroy-en-Santerre	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80683	Rouy-le-Grand	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80684	Rouy-le-Petit	80585		80585	Très doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2219	Sans sage femme
80685	Roye	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80686	Rubempré	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80687	Rubescourt	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80688	Rue	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80690	Rumigny	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80691	Saigneville	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80692	Sailly-Flibeaucourt	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80693	Sailly-Laurette	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80694	Sailly-le-Sec	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80695	Sailly-Saillisel	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80696	Sains-en-Amiénois	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80697	Saint-Acheul	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2202	Sous doté
80698	Saint-Aubin-Montenoy	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80699	Saint-Aubin-Rivière	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80700	Saint-Blimont	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80701	Saint-Christ-Briost	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80702	Saint-Fuscien	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80703	Saint-Germain-sur-Bresle	76035		76035	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2202	Sous doté
80704	Saint-Gratien	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80705	Saint-Léger-lès-Authie	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80706	Saint-Léger-lès-Domart	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80707	Saint-Léger-sur-Bresle	76101		76101	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80708	Saint-Mard	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80709	Saint-Maulvis	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80710	Saint-Maxent	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80711	Saint-Ouen	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80713	Saint-Quentin-en-Tourmont	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80714	Saint-Quentin-la-Motte-Croix-au-Bailly	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme
80716	Saint-Riquier	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80717	Saint-Sauflieu	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80718	Saint-Sauveur	80011		80011	Intermédiaire	Très doté	Sur doté	2202	Sous doté
80719	Sainte-Segrée	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80721	Saint-Valery-sur-Somme	80721	Fragile	80721	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80722	Saint-Vaast-en-Chaussée	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80723	Saisseval	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80724	Saleux	80021		8013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80725	Salouël	80021		8013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80726	Sancourt	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80728	Saulchoy-sous-Poix	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80729	Sauvillers-Mongival	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80730	Saveuse	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80732	Senarpont	76101		76101	Intermédiaire*	Intermédiaire*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80733	Senlis-le-Sec	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80734	Sentelie	60286	Fragile	60286	Intermédiaire	Intermédiaire	Sous doté	2202	Sous doté
80735	Seux	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80736	Sorel-en-Vimeu	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80737	Sorel	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80738	Soues	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80740	Sourdon	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80741	Soyécourt	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80742	Surcamps	80241		80241	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80743	Suzanne	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80744	Tailly	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80746	Talmas	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80747	Templeux-la-Fosse	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80748	Templeux-le-Guérard	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80749	Terramesnil	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80750	Tertry	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80751	Thennes	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80752	Thézy-Glimont	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80753	Thiepval	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80754	Thieulloy-l'Abbaye	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80755	Thieulloy-la-Ville	80630		80630	Intermédiaire	Intermédiaire	Très doté	2202	Sous doté
80756	Thièvres	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80757	Thoix	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80758	Thory	80010	Fragile	80010	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80759	Tilloloy	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80760	Tilloy-Floriville	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80761	Tilloy-lès-Conty	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80762	Tincourt-Boucly	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80763	Le Titre	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80764	Toeufles	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80765	Tours-en-Vimeu	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80766	Toutencourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80767	Le Translay	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80769	Treux	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80770	Tully	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80771	Ugny-l'Équipée	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80773	Vadencourt	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80774	Vaire-sous-Corbie	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80775	Valines	80308		80308	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80776	Varennes	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80777	Vauchelles-lès-Authie	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80778	Vauchelles-lès-Domart	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80779	Vauchelles-les-Quesnoy	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80780	Vaudricourt	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80781	Vauvillers	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80781	Vauvillers	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80782	Vaux-en-Amiénois	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80783	Vaux-Marquenneville	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80784	Vaux-sur-Somme	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80785	Vecquemont	80212		80212	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80786	Velennes	80211		80211	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80787	Vercourt	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80788	Vergies	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80789	Vermandovillers	80186	Fragile	80186	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80790	Verpillières	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80791	Vers-sur-Selles	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80792	La Vicogne	80253		80253	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80793	Vignacourt	80021		80021	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80794	Villecourt	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80795	Ville-le-Marclet	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80796	Villeroy	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80797	Villers-aux-Érables	80570		80570	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80798	Villers-Bocage	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80799	Villers-Bretonneux	80799		80799	Intermédiaire	Sur doté	Sur doté	2202	Sous doté
80800	Villers-Campsart	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80801	Villers-Carbonnel	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80802	Villers-Faucon	80677	Fragile	80677	Très sous doté	Très sous doté	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80803	Villers-lès-Roye	80685	Fragile	80685	Très sous doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80804	Villers-sous-Ailly	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80805	Villers-Tournelle	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80806	Villers-sur-Authie	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80807	Ville-sur-Ancre	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80808	Vironchaux	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80809	Vismes	80373	Fragile	80373	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80810	Vitz-sur-Authie	62060		62060	Très sous doté*	Intermédiaire*	Sous doté*	2211	Très sous doté
80811	Voyennes	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80812	Vraignes-en-Vermandois	80620		80620	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80813	Vraignes-lès-Hornoy	80062		80062	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80814	Vrély	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80815	Vron	80688		80688	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2211	Très sous doté
80819	Wargnies	80798		80798	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80820	Warloy-Baillon	80016	Fragile	80016	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80821	Warlus	80013	Fragile	80013	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80822	Warsy	80561		80561	Très doté	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80823	Warvillers	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80824	Wiencourt-l'Équipée	80680	Fragile	80680	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2202	Sous doté
80825	Wiry-au-Mont	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2202	Sous doté
80826	Woignarue	76255		76255	Intermédiaire*	Sous doté*	Intermédiaire*	2212	Sans sage femme

Code insee	Commune	Bassin de vie	Zonage pluri-professionnel	Bassin de vie / pseudo-canton	Zonage infirmier	Zonage masseur kinésithérapeute	Zonage orthophoniste	Zone d'emploi	Zonage Sage-femme
80827	Woincourt	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80828	Woirel	80606	Fragile	80606	Très sous doté	Intermédiaire	Intermédiaire	2212	Sans sage femme
80829	Y	80410	Fragile	80410	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2219	Sans sage femme
80830	Yaucourt-Bussus	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80832	Yvrench	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80833	Yvrencheux	80222	Fragile	80222	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté
80834	Yzengremer	80368		80368	Intermédiaire	Intermédiaire	Très sous doté	2212	Sans sage femme
80835	Yzeux	80318		80318	Très doté	Très sous doté	Très sous doté	2202	Sous doté
80836	Yonval	80001		80001	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	2211	Très sous doté

ANNEXE 8: CONTRIBUTION DES GROUPES DE TRAVAIL.

1. Groupes de travail :[11]

Il y a 6 groupes de travail, un par territoire de santé infra régional et un pour l'assistance médicale à la procréation (ce dernier pour le SROS femme-mère-enfant).

Leurs conclusions provisoires ont été les suivantes :

Coopération entre laboratoires :

Il convient de promouvoir la coopération entre laboratoires publics et privés.
Les biologistes libéraux pourraient participer au service d'astreinte biologique hospitalière publique.
Une des formes de coopération entre laboratoires publics et privés pourrait être l'acquisition d'automates "miroirs" (identiques) afin de promouvoir une coopération sur la qualité et de s'entraider en cas de panne.
Il faudrait aussi réfléchir à la compatibilité des systèmes d'information.
La coopération entre laboratoires publics devrait être développée et le CHU devrait y jouer un rôle plus important (il pourrait promouvoir la formation continue et projeter son expertise sur les autres laboratoires de biologie hospitalière).

Toutefois la coopération public-privé rencontre des obstacles, certains biologistes privés estimant que la forme juridique de coopération (le groupement de coopération sanitaire GCS) n'est pas adaptée car limitant leur liberté d'association à des tiers. Par ailleurs certains biologistes privés ne souhaitent pas étendre leur coopération à la prise en charge de l'urgence biologique.

Accréditation :

Le coût (en temps et en moyens humains et techniques) et les exigences de l'accréditation sont mis en exergue par les groupes de travail qui constatent l'absence de crédits publics pour l'accréditation.

En effet il convient pour s'adapter aux exigences de l'accréditation :

- de disposer d'automates modernes gérés par intelligence artificielle. Certains automates toujours fonctionnels devront être remplacés. Les nouveaux automates sont onéreux. Les logiciels de gestion de la qualité, très performants sont aussi très chers.
- de bénéficier si possible du concours d'un organisme d'aide à la qualité, d'un spécialiste en assurance de la qualité ou des deux.
- si la structure le permet, d'installer une direction de la qualité avec le concours d'un biologiste référent.

Seules les structures importantes peuvent mettre en œuvre ces moyens (d'où la nécessité de regroupements). Dans les petites structures les biologistes ont à assumer en plus de leur travail habituel la mise en place de la conformité à la norme d'accréditation, ce qui augmente notablement leur temps de travail.

[11] Voir ANNEXE 1

Par ailleurs l'obligation d'une accréditation totale parait peu réaliste. Toutes les techniques et tous les examens ne sont pas accréditables en l'état. Certains examens utiles au patient sont de par leur nature difficilement accréditables car peu reproductibles. Il serait donc logique de ne pas exiger l'accréditation de la totalité des examens.
Une mutualisation des moyens pour parvenir à l'accréditation est souhaitable, particulièrement dans le secteur hospitalier où il existe en Picardie de nombreuses petites structures.
Le concours des organismes d'aide à la qualité est précieux tant pour les laboratoires privés que publics.

Le souhait d'augmenter les délais pour l'obtention de l'accréditation (jusqu'en 2018 ou 2020) et de limiter les examens à accréditer à 80% du total des examens est exprimé.

Points divers :

Fuite d'examens vers les régions frontalières :
Certains examens qui pourraient être réalisés dans des laboratoires picards sont en fait transmis à des opérateurs surtout franciliens.
Cela tient au fait que ces opérateurs offrent un système gratuit de transport des prélèvements très performant, alors que les laboratoires picards spécialisés laissent le transport des prélèvements à la charge des laboratoires donneurs d'ordre.

Convention type laboratoires infirmières libérales :
Il est exprimé le souhait de disposer d'une convention type qui pourrait être élaborée par les services de l'ARS.

Comité régional d'éthique dans le domaine de la santé :
Il est souhaité l'établissement d'un tel comité pour rendre des avis en particulier sur l'exercice de la biologie, dans le cas où des conflits d'interprétation existeraient en ce qui concerne les pratiques du point de vue de l'éthique.

Amiens

1 - MAILLE / Albert 1er - 51bis mail Albert 1er (3 biologistes)
2 - MAILLE / Vallée des Vignes - 59 rue Alexandre Dumas (1)
3 - SAINT-ACHEUL - 69 chaussée Jules Ferry (2)
4 - MONTIERES - 442 route d'Abbeville (1)
5 - BEAUVILLE - 343 bouvevard Beauvillé (1)

Multi-sites :

6 - BIOLAM 80 - 7 rue Lamarck (4 avec SALOUEL)
7 - BIOLAM 80 - 40 avenue de l'Europe
8 - NOTRE DAME - 20 rue Cormont
9 - NOTRE DAME - Polyclinique de Picardie (3)
10 - NOTRE DAME - 21 promenade du Souvenir
11 - NEOBIO - 35 rue Amiral Courbet
12 - NEOBIO - 23 rue du Général Leclerc (4)
13 - NEOBIO - CCAL Pierre Rollin

TOTAL : 19 biologistes (privé) + 26 (public)

6077 Nb d'habitants (2007)

Territoire de santé *Somme*

AMIENS :
5 en mono-site (8 biologistes)
3 en multi-sites :
- NEOBIO 3 sites à AMIENS (4)
- NOTRE DAME 3 sites à AMIENS (3)
- BIOLAM 80 2 sites à AMIENS + SALOUEL (4)

DOULLENS - 1 multi-sites :
- Laboratoire du Doullennais 1 site à DOULLENS + WINGLES (62) (3)

(35/31/1)	Biologistes (privé/public/EFS)
12	Laboratoires exploitant un seul site
12	Sites exploités par un laboratoire multi-sites
4	Laboratoires publics
1	Etablissement Français du Sang
17679	Nb d'habitants (2007)

Territoire de santé *Aisne Nord*

HAM - 1 multi-sites :
- Laboratoire Haute Picardie 1 site à HAM + PERONNE (3 biologistes)

SAINT-QUENTIN :
- 2 mono-sites (2)
- 1 multi sites :
  NOVABIO 3 sites à St-QUENTIN + GUISE, VERVINS, TERGNIER, CHAUNY, SOISSONS (10)

BEAUTOR 1 multi-sites :
- BIOMEDIQUAL 1 site à BEAUTOR + CHAUNY, NOYON (2 sites) (6)

(22/7/1) Biologistes (privé/public/EFS)

3 Laboratoires exploitant un seul site

12 Sites exploités par un laboratoire multi-sites

4 Laboratoires publics

1 Etablissement Français du Sang

17679 Nb d'habitants (2007)

Territoire de santé *Oise Ouest*

BEAUVAIS - 1 multi-sites :
CBM OISE PICARDIE 2 sites à BEAUVAIS
+ BRETEUIL
St-JUST EN CHAUSSEE
(8 biologistes)

(14/8) Biologistes (privé/public)

4 Laboratoires exploitant un seul site

6 Sites exploités par un laboratoire multi-sites

2 Laboratoires publics

17679 Nb d'habitants (2007)

Territoire de santé *Aisne Sud*

SOISSONS
2 multi-sites :
- CORCY et ASS. 2 sites à SOISSONS + V.-COTTERETS C.-THIERRY (6 biologistes)
- NOVABIO - (siège à ST-QUENTIN)

LAON - 1 multi-sites :
- LA BIOLOGIE MEDICALE 2 sites à LAON + MONTCORNET (5)

(17/9) Biologistes (privé/public)

3 Laboratoires exploitant un seul site

8 Sites exploités par un laboratoire multisites

3 Laboratoires publics

17679 Nb d'habitants (2007)

ARS/SPPB - Avril 2012

(33/11/1) Biologistes (privé/public/EFS)

- **9** Laboratoires exploitant un seul site
- **19** Sites exploités par un laboratoire multi-sites
- **4** Laboratoires publics
- **1** Etablissement Français du Sang
- 17679 Nb d'habitants (2007)

NOGENT - 1 multi-sites :
- BCD BIOLOGIE 1 site à NOGENT + MONTATAIRE, LAMORLAYE, CHANTILLY, SENLIS (6 biologistes)

CREIL - 1 multi-sites :
- BIOMAG 3 sites à CREIL + ESTREES St-DENIS, PONT Ste-MAXENCE, GOUVIEUX, St-LEU D'ESSERENT (9 biologistes)

COMPIEGNE 1 multi-sites :
- LABO TEAM 1 site à COMPIEGNE + LIANCOURT, THOUROTTE, MARGNY, CUISE LA MOTTE, CLERMONT, MOUY (7 biologistes)

ARS/SPPB - Avril 2012

I. Préambule

PREAMBULE COMMUN AU VOLET HOSPITALIER ET AMBULATOIRE

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) tel que prévu à l'article R 1434-4 du code de la santé publique comporte :

- Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L.1434-9 qui fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
3°Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 ;
5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

Cette partie est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

- Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, de maisons de santé, …

Le schéma régional d'organisation de soins :

- Détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient ;
- Précise les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé ;
- Détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- Prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficience de l'offre de soins ;
- Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins.

PREAMBULE VOLET HOSPITALIER

Garantir l'égalité d'accès aux soins et préparer l'offre de soins picarde aux grands enjeux sanitaires des 5 à 10 prochaines années sont au cœur des objectifs et des orientations déclinées dans le volet hospitalier du SROS PRS.

La Picardie va devoir s'adapter pour répondre :

- aux besoins nés du développement des maladies chroniques,
- aux évolutions technologiques et aux évolutions des pratiques médicales,
- aussi et surtout, aux évolutions de la démographie médicale.

Les effets en matière d'évolution de la démographie médicale en particulier en anesthésie réanimation, dans une région disposant d'ores et déjà d'indicateurs de densités faibles, doivent être anticipés.

Cette adaptation doit être organisée afin de garantir un accès à des soins de qualité.

Dans ce contexte, la place et l'organisation des établissements de santé doivent évoluer pour mieux tenir compte des comportements individuels et en particulier :

- des comportements et attentes des patients et de leurs familles qui naturellement cherchent les meilleurs soins pour eux et pour leur entourage. Ils veulent également bénéficier des dernières techniques médicales qui permettent de réaliser des actes moins invasifs et de réduire les durées des séjours hospitaliers.
  Si les patients ne disposent pas de ces évolutions à proximité, ils n'hésitent pas à se déplacer pour bénéficier de soins ailleurs, comme en témoignent les taux de fuites importants de notre région.

- des comportements et attentes des jeunes professionnels : toutes les enquêtes en témoignent, les jeunes médecins prennent davantage en compte dans leur choix d'installation la possibilité d'exercer dans un milieu professionnel qui leur assure sécurité d'exercice et pratique collégiale, leurs contraintes personnelles et familiales, la possibilité pour eux de mieux concilier vie privée et vie professionnelle.

L'enjeu pour la Picardie est donc de construire un schéma cible de l'offre de soins qui réponde aux besoins et aux attentes de la population et qui crée les conditions nécessaires à la fidélisation des jeunes professionnels en région.

Le schéma cible entend décliner ces objectifs en posant 3 grands principes :

1) Un principe de graduation des soins entre :
   - le CHU d'Amiens comme centre de recours, d'expertise et centre formateur des médecins ;
   - des centres de recours infra régionaux et des structures intermédiaires ;
   - l'offre de proximité avec une articulation forte entre professionnels de ville et établissements de santé.

Compte tenu de la proximité géographique, l'offre de recours régional des habitants du sud du territoire Aisne-Sud est considérée comme étant située à Reims.

2) Un principe d'identification des filières de soins spécialisées tout en réaffirmant le principe du libre choix du patient.

3) Un principe de renforcement des coopérations et des articulations entre établissements de santé notamment au travers de la constitution des communautés hospitalières de territoire et de mise en œuvre de projets d'amélioration de la performance du système de santé.

Dans ce cadre, le SROS PRS volet hospitalier s'articule autour des 2 axes suivants :

STRUCTURER ET GRADUER L'OFFRE

L'offre de premier recours ou de proximité

L'offre de premier recours ou de proximité ne se limite pas aux établissements de santé. Elle recouvre un ensemble d'acteurs de santé englobant les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité ou d'équipement lourd, ainsi que les professionnels de santé de ville. Les établissements de santé concernés ont une activité le plus souvent inférieure à 10 000 RSA (résumés de sorties anonymisés) pour ceux disposant d'une autorisation d'activité de médecine.

Ces établissements ont des activités de soins mais ne sont pas éligibles au titre de la permanence des soins en établissement de santé, même si un certain nombre d'entre eux disposent d'une autorisation de médecine d'urgence intégrée dans le réseau des urgences.
Ils constituent des acteurs à part entière de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ils participent à l'offre de proximité, à l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire - médico-social. Ils sont souvent la seule offre sanitaire et occupe une place prépondérante.

L'exemple des anciens hôpitaux locaux est illustratif du rôle accordé à ces établissements.
L'usage de la télémédecine peut être requis en lien avec les établissements du niveau de recours infrarégional, régional voire interrégional, pour la prise en charge et l'orientation de patients pendant les heures ouvrables.

Ils proposent en proximité des consultations avancées et une organisation permettant d'orienter le patient vers la structure de prise en charge la plus adaptée en fonction de l'état de santé du patient.

L'offre de recours infra régionale

Une offre de recours infra régionale s'appuie sur un plateau technique structuré et efficient permettant d'intégrer dans les meilleures conditions possibles l'activité programmée mais surtout non programmée orientée notamment par les établissements de proximité, 24 heures sur 24.
Le périmètre de l'offre de recours infra régionale comprend :

- un plateau technique de chirurgie structuré produisant au minimum 4000 groupes homogènes de malades en chirurgie (séjours chirurgicaux) et visant à un objectif d'au moins 5000 GHMC ;
- une permanence des soins en établissements de santé (PDSES) adaptée pour la prise en charge des urgences chirurgicales (hors recours régional) ;
- une structure de réanimation et surveillance continue ;
- des autorisations de traitement de cancer ;
- une activité de périnatalité ;
- une unité neuro vasculaire et une filière associée ;
- une filière de prise en charge en insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- une structure de médecine d'urgence ;
- une activité de médecine structurée et spécialisée dont une activité de pédiatrie en hospitalisation complète ;
- une prise en charge en psychiatrie ;
- la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre de filière en lien avec la médecine de ville ;
- un plateau technique d'imagerie et médecine nucléaire structurée seule ou dans le cadre d'une coopération public/privé.

Ses engagements :

- garantir la bonne organisation des filières en amont et en aval ;
- centraliser la prise en charge des urgences chirurgicales (hors recours régional) ;
- assurer la bonne articulation avec le recours régional (CHU d 'Amiens) ;
- participer à la structuration de l'offre de soins de proximité ;
- organiser les transports sanitaires, en lien avec les SAMU pour la partie urgences ;
- participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à la réduction des taux de fuites en offrant des prestations structurées ;
- développer une activité de recherche clinique en lien avec le CHU, le cas échéant.

Un certain nombre de structures ne répondent pas à l'ensemble de ces critères d'activités, ou sont centrées sur une ou quelques activités citées précédemment). Il s'agit de structures intermédiaires.

Ces structures ont toute leur importance pour l'organisation de l'offre de soins et satisfaire les besoins de santé de la population. Sans être des centres de recours infra régional, ces établissements peuvent proposer une offre de recours dans certaines disciplines du fait du volume d'activité ou du type de prestations proposées dans la discipline.

Les structures intermédiaires proposent :

- une activité de chirurgie de moins de 4000 séjours chirurgicaux ;
- une activité de médecine;
- une activité de gynécologie obstétrique ;
- une activité de médecine d'urgence ;
- une activité de surveillance continue ;
- des activités spécialisées dans un ou des domaine(s) ;
- une PDSES pour les activités obstétricales et les activités réglementaires (en général) ;
- la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre de filière en lien avec la médecine de ville ;
- un plateau technique d'imagerie ;
- une offre médico-sociale complémentaire à leur activité sanitaire le plus souvent.

Ce profil correspond surtout aux structures intermédiaires publiques.

Une grande partie des établissements privés occupe dans ce cadre une place particulière dans la mesure où leur offre est souvent spécialisée sur une ou deux disciplines. Par ailleurs, un certain nombre de structures sont spécialisées uniquement dans une spécialité (en SSR ou en psychiatrie). Elles constituent des offres de recours à part entière dans leur domaine de compétences.

L'offre de recours régionale

Le CHU propose des activités de recours et son expertise aux centres de recours infra régionaux. Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.

Ses engagements :

- garantir un rôle de recours ;
- assurer la coordination et l'animation régionale des filières de soins spécialisées ;

- garantir la PDSES des activités de recours notamment pour la prise en charge des activités relevant du schéma interrégional de l'offre de soins (SIOS), des polytraumatisés ou des AVC complexes, ou encore en téléradiologie ;
- garantir la formation des médecins et renforcer les équipes médicales des établissements de la région en développant chaque année un plan stratégique de recrutement régional en lien avec les établissements de la région ;
- exercer un rôle d'appui auprès des établissements de la région pour le développement de la télémédecine notamment ;
- développer le CHU comme centre de recherche clinique reconnu et associer à ce développement les établissements intéressés.

DEVELOPPER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'EFFICIENCE

La mise en œuvre des orientations du SROS PRS (volet hospitalier) repose sur le développement des actions de coopérations, au travers notamment des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) ou d'autres formes de coopérations renforcées, mais aussi sur l'amélioration de l'efficience du système de soins.

En effet, l'adaptation de l'organisation des filières de soins consécutive au schéma suppose que les acteurs entre eux accompagnent les réorganisations internes nécessaires, pour que les centres de recours en chirurgie et les centres intermédiaires soient à même de prendre en charge dans les meilleures conditions le développement attendu de leurs activités. Inversement, les établissements de proximité doivent faire évoluer leurs organisations pour permettre le retour du patient au plus vite en proximité, après une prise en charge en centre de recours.

Seul le développement de projets médicaux communs structurés au sein de chaque territoire de santé, notamment dans le cadre des communautés hospitalières de territoire entre les membres adhérents et les établissements associés, peut permettre de réussir un tel projet.

Les équipes de professionnels de territoire doivent se constituer pour créer des liens entre structures et permettre la construction de filières de soins solides au sein desquelles les acteurs se connaissent.
Parallèlement, les modalités de prise en charge doivent se diversifier en cherchant à développer les prises en charge ambulatoires et plus généralement les alternatives à l'hospitalisation.

Cet objectif doit être décliné pour l'ensemble des activités tant pour la chirurgie, la médecine que pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ou la rééducation. Les capacités hospitalières doivent évoluer en fonction du développement de ces modes de prise en charge, que les évolutions des pratiques médicales ont rendu possible.

Ces évolutions répondent aussi aux attentes des malades et aux enjeux de la préservation d'un système de santé nécessitant la réduction de certaines dépenses. Ces évolutions doivent être accompagnées par le développement de services à la personne et à domicile relevant du secteur médico-social et social.

Enfin, pour assurer la mise en œuvre des orientations du SROS et conformément aux orientations énoncées, le CHU interviendra en support de la mise en œuvre en définissant chaque année un projet stratégique régional de recrutement.

Il s'agit d'identifier dans le cadre de la mise en œuvre du SROS les postes d'assistants pouvant être partagés entre le CHU et les établissements de recours de la région, ou de

faciliter l'installation de jeunes médecins issus du CHU au sein des centres de recours. Ce projet stratégique régional de recrutement sera construit chaque année par le CHU en lien avec les établissements des communautés hospitalières de territoire. Parallèlement, le dispositif de financement des postes d'assistants partagés sera pérennisé et constituera une priorité pour l'ARS, dans la mesure des financements obtenus.

II. Une offre de soins de proximité consolidée, des centres de recours renforcés

VOLET MEDECINE D'URGENCE

PREAMBULE

L'organisation de l'activité de médecine d'urgence est un élément central de l'organisation cible de l'offre de soins à 5 ans.

En effet, si les contraintes liées à la démographie médicale et les impératifs d'amélioration d'organisation des filières de soins conduisent à une concentration des activités les plus techniques ; parallèlement, il est fondamental de consolider l'offre de proximité, de renforcer l'activité de médecine d'urgence.

De plus, la densité médicale en médecine générale particulièrement faible au sein de notre région implique un investissement des établissements de santé, et en particulier des services d'urgences, dans la prise en charge des soins non programmés de premier recours.

Un maillage en médecine d'urgence serré, de façon à permettre d'orienter rapidement le patient en fonction de son état de santé vers la filière de soins spécialisée la plus adaptée est, de fait, une nécessité.

Pour autant, il faudra aussi compter avec l'évolution même du métier de médecin urgentiste et avec l'évolution de la spécialité de médecine d'urgence. Les attentes des médecins urgentistes vont, en effet, potentiellement évoluer, compte-tenu de la reconnaissance de la spécialité complémentaire de médecine d'urgence.

Cette reconnaissance leur ouvre la possibilité d'exercer au sein d'activités diversifiées : SMUR, SAMU, médecine d'urgence mais aussi surveillance continue où la proportion de médecins urgentistes est susceptible de progresser compte tenu de la démographie médicale en anesthésie – réanimation.

Dès lors, il faudra aussi prendre en compte, dans le maillage, les données de démographie médicale de la médecine d'urgence.

Enfin, au–delà des moyens, le SROS pose surtout un niveau d'exigence supplémentaire en termes d'organisation des filières de soins spécialisées en urgence, en termes de coordination des acteurs (SAMU, médecines d'urgence et plateaux techniques) et d'amélioration de l'organisation des transports sanitaires en urgence.

Le bilan de ce volet a été dressé à partir des enquêtes coordonnées par le Comité Technique Régional (COTER) Urgences et permanence des soins auprès des structures de médecine d'urgence autorisées et effectives. Ces enquêtes déclaratives portaient tant sur l'évolution des activités que sur les effectifs ou les organisations. Les résultats ont notamment été croisés avec les données de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 2010.

1. DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1 IMPLANTATIONS

Temps théorique d'accès à un service d'urgences générales et au SMUR/ antennes de SMUR

1.2 ACTIVITE

En 2010, le nombre de passages aux urgences s'élevait (hors urgences pédiatriques et obstétricales, accueillies de façon dissociées) à 499 646 passages soit un taux de recours de 2629 passages pour 10 000 habitants et un taux d'hospitalisation après passage aux urgences de 25,71%.

Données d'activité 2010 des 20 structures de médecine d'urgence autorisées

(Enquête déclarative réalisée par le COTER Urgences)

Territoires de santé	Nombre de structures autorisées	Nombre de passages	Taux de recours pour 10 000 habitants	Nombre total d'hospitalisations		dont UHCD	
				2010	%	2010	%
Aisne Nord Haute-Somme	5	99535	3333	30633	30,78%	9612	31,38 %
Aisne-Sud	3	73584	2589	13498	18,34%	2519	19,52 %
Oise-Est	5	134383	2884	29415	21,89%	6607	22,46 %
Oise-Ouest	2	59827	1810	13552	22,65%	6072	10,15 %
Somme	5	132317	2540	41344	31,25%	6871	44,81 %
PICARDIE	20	499 646	2629	128442	25,71%	31681	24,67 %

Activité 2009-2010-2011 des structures d'urgence pédiatriques autorisées

(Source : SRVA PICARDMED)

	Passages pédiatriques	Hospitalisés pédiatriques	Hospitalisés en Pédiatrie (%)	Passages Pédiatrie/Adultes
Aisne Nord - Haute-Somme				
CH St Quentin	4142	752	17%	0,15
Aisne Sud				
CH Laon	10736	1481	14%	0,52
CH Soissons	9735	1547	16%	0,33
Oise Est				
CH Compiègne	13163	2032	15%	0,28
CH Creil	15765	1699	11%	0,46
CH Senlis	8516	1727	20%	0,50
Oise Ouest				
CH Beauvais	13193	2065	16%	0,35
Somme				
CHU Amiens	20471	3614	18%	0,29

Rq : Les données correspondent à la moyenne des passages et des hospitalisations pour les années 2009-2011.

	SAMU					SMUR		
	DRM médecin urgentis	DRM médecin générali	Total	Nombre de carences ambulancières (SAE)	Nombre d'appels pour 10 000 habitants	Nombre de sorties	Nombre de sorties par jour	Nombre de sorties pour 10 000 habitants
Aisne Nord Haute Somme						**4 599**	**13**	**154**
Aisne-Sud	**77 577**	**15 849**	**93 426**	**8 482**	**1 603**	**5 011**	**14**	**176**
Oise-Est						**6 392**	**18**	**137**
Oise-Ouest	**102 423**	**19 503**	**121 926**	**10 600**	**1 531**	**3 792**	**10**	**115**
Somme	**78 673**	**24 006**	**102 679**	**7 000**	**1 971**	**10 580**	**29**	**203**
Picardie	**258 673**	**59 358**	**318 031**		**1 674**	**30 374**	**84**	**160**

- DRM : dossier de régulation médicale
- Carences ambulancières : transports de personnes effectués par les SDIS, à la demande de la régulation médicale du centre 15, en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

En 2010, il existe 20 structures autorisées en médecine d'urgence en région Picardie, avec un SMUR attenant. Certains de ces établissements ont, par ailleurs, en fonction de leurs organisations, choisi de se voir reconnaitre une autorisation dissociée médecine d'urgences adultes et médecine d'urgences pour la prise en charge des enfants.

Les principaux constats suivants peuvent être posés à partir de l'analyse quantitative :

- **Un taux de recours aux urgences différencié en fonction des territoires de santé avec une forte atypie du territoire Aisne Nord-Haute Somme**

Le taux de recours du territoire Aisne Nord Haute Somme est comme pour les autres disciplines, bien plus élevé que la moyenne régionale.

L'ARS pose plusieurs hypothèses pour expliquer ces écarts, notamment les indicateurs socio économiques de la population (qui contribuent peut être à retarder l'accès aux soins et à multiplier les séjours du fait de l'aggravation de l'état de santé), et la démographie médicale en médecine générale seraient susceptibles d'apporter un certain nombre d'éclairages.

- **Un taux d'hospitalisation après passage aux urgences lié à l'importance des plateaux techniques attenants**

- **Le lien entre l'évolution de la densité de médecins généralistes et le taux de recours aux urgences est avéré**

Aujourd'hui, il n'existe pas de travaux réguliers tendant à évaluer la part de l'activité de soins de premier recours prise en charge par la médecine d'urgence.

Ce point pourra être suivi à compter de 2012 avec l'obligation faite aux établissements de préciser le nombre de dossiers par classe de CCMU[12].

Quoiqu'il en soit, une enquête flash portant sur l'activité d'une semaine a été organisée auprès des structures de médecine d'urgence ; mais tous les établissements n'ont pas renseigné l'enquête et il semble exister des pratiques différenciées de codage entre établissements (entre CCMU 1 et 2).

Pour autant, on peut, à partir d'un échantillon représentatif d'une quinzaine d'établissements, constater que l'activité susceptible d'être prise en charge par la permanence ambulatoire représente environ 18% des passages aux urgences (urgences adultes – enquête n'intégrant pas la pédiatrie).

Cette part est un peu plus importante sur la période 20 heures / 8 heures du matin, le nombre de passages cotés en CCMU 1 (état clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple) représentant alors plus de 21% des passages pour ces 15 structures, sachant que 25% des patients sont pris en charge durant cette tranche horaire.

- **Le maillage territorial en Picardie satisfait à la recommandation permettant à la population d'accéder à une structure de médecine d'urgence à moins de 30 minutes**

Le maillage SMUR est satisfaisant et permet à une accessibilité à moins de 20 minutes à une très grande majorité de la population.

2 antennes SMUR ont été créées à Crépy en Valois et Guise. Pour les cantons de Crépy en Valois, Betz, Nanteuil le Haudouin, le critère de 30 minutes est respecté en associant le service de médecine d'urgence et le SMUR de Meaux en Seine et Marne.

Pour l'antenne de Guise, l'activité est de moins d'une sortie par jour avec un temps d'accès à St Quentin et Hirson qui est également de 30 minutes.

L'élément inquiétant tient aux difficultés rencontrées par un nombre de plus en plus important de sites à assurer la permanence des soins du fait des contraintes démographiques.

Les structures de médecine d'urgence, même les plus importantes et les plus attractives, sont concernées par ce problème. Ces contraintes obligent les établissements soit à recourir aux prestations d'intérim médical, soit à réduire le nombre de lignes de permanences de soins si c'est faisable.

[12] la Classification Clinique des Malades des Urgences est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravite clinique ainsi que son pronostic médical.

2 OBJECTIFS

1 Amélioration de l'accès aux soins

Conforter le maillage des SMUR et assurer l'égalité d'accès aux soins urgents

Le maillage actuel des SMUR rattachés à une autorisation de médecine d'urgence est maintenu, dans un souci de garantie de la sécurité et de l'accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes, et ce, même si les conditions d'organisation des structures de médecine d'urgence sont susceptibles d'évoluer en fonction de la réglementation. Ce maillage est sécurisé par une organisation régionale des transports sanitaires héliportés.

Cependant, la mise en œuvre du principe d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes peut se heurter à des difficultés liées à une disponibilité insuffisante de ressources médicales sur certaines zones.

Une réflexion sera ainsi poursuivie, dans le cadre en particulier du COTER urgences, afin de proposer des solutions permettant de garantir cet accès. Pourrait être envisagé, dans le cadre de la régulation par le Centre 15, lors de la survenue d'une urgence vitale et notamment lorsque le SMUR héliporté est indisponible, la mobilisation simultanée d'un SMUR terrestre et d'un véhicule sanitaire avec un médecin et/ou un infirmier(e) du service de santé et de secours médical des sapeurs pompiers (SSSM) ou un médecin correspondant de SAMU permettant de pratiquer les premiers actes d'urgence.

De même, la réflexion devra se continuer sur l'évolution des antennes SMUR, au vu de leur activité, prenant en compte les réponses évoquées ci-dessus, comme celles existantes dans les territoires frontaliers en particulier d'Ile de France et de Haute Normandie.

Optimiser les ressources médicales et améliorer les délais de prise en charge par une meilleure organisation des transports sanitaires

Il est nécessaire de développer les transports infirmiers inter hospitaliers (TIIH) de façon uniforme sur l'ensemble des départements, comme c'est le cas dans la Somme, dans un souci d'amélioration de la disponibilité des équipes médicales SMUR.

Il faut consolider la régionalisation des transports héliportés et évaluer le dispositif comprenant deux équipements, en adaptant le cas échéant l'organisation aux besoins de santé de la population (opportunité d'une extension des horaires, articulation autour de 2 équipements ….).
La conclusion dans les 3 départements de la région d'une convention SAMU – SDIS et d'une convention SAMU – transports ambulanciers privés, doit être assurée afin de préciser les conditions d'application du référentiel de 2009 attenant à l'organisation de l'aide médicale urgente.
Un effort particulier sera également accordé à la réduction du nombre de carences ambulancières en optimisant l'organisation.

Une réflexion devra être engagée avec les collectivités locales, les taxis, les transporteurs sanitaires privés pour permettre aux personnes ne bénéficiant pas d'une voiture de pouvoir être accompagnées jusqu'à une maison médicale de garde ou une structure d'urgence, mais aussi d'être raccompagnées à domicile après la consultation, le cas échéant, évitant ainsi des hospitalisations inadéquates du fait de problèmes de transports.

Enfin, les filières régionales de recours devront être privilégiées pour éviter les transferts secondaires en SMUR. L'indisponibilité d'un SMUR du fait de certains transferts secondaires extra régionaux peut contribuer en effet à une dégradation de l'accès aux soins d'urgence.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

Sécuriser l'organisation des prises en charge en urgence par un renforcement des coopérations entre proximité et recours

Le maintien d'autorisations d'activités de médecine de proximité suppose de renforcer les coopérations et les formations entre établissements de recours et établissements de proximité. De même certaines autorisations d'activité de médecine d'urgence seront liées au développement d'équipes de territoire de façon à s'assurer de la continuité des soins et de la possibilité de maintenir les effectifs spécialisés en médecine d'urgence.

Ces liens renforcés permettront aux établissements de proximité de disposer d'un accès privilégié aux plateaux techniques de recours en imagerie et biologie dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, en période diurne comme en période de permanence des soins.

En ce qui concerne la pédiatrie, il faut identifier au moins une autorisation de structure d'urgence pédiatrique par territoire de santé.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Identifier les filières de soins non programmées et les filières de soins d'urgence spécialisées, pour améliorer les conditions de prise en charge

La mise en place de filières de soins d'urgence organisées est une nécessité, notamment dans le cadre de la réorganisation de la permanence des soins des établissements de santé (PDSES).

Le répertoire opérationnel des ressources, conformément aux orientations nationales, facilitant pour les patients comme pour les professionnels de santé l'orientation au sein du système de santé, devra être mis en place.

Il faut organiser au sein de chaque établissement de santé un accès aux filières de soins spécialisées 24/24 (pour les spécialités concernées) avec des numéros d'appels pour chaque filière d'urgence identifiée, permettant de faciliter les transferts entre structures de médecine d'urgence.

La filière de soins d'urgence neuro vasculaires doit être organisée sur le même modèle que la filière de prise en charge des syndromes coronariens aigus pour permettre une prise en charge dans les 4 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes.

Aujourd'hui, on constate encore des temps de transferts entre structures d'urgence et unités neuro vasculaires (UNV) trop longs.

Améliorer l'organisation des prises en charge non programmées et la gestion des lits au sein des établissements de santé

La réduction des délais de prise en charge aux urgences est un objectif, en termes de qualité des prises en charge des patients et d'amélioration des conditions de travail des personnels des urgences.

Ainsi, la gestion de lits et le recours aux avis spécialisés deviennent un enjeu d'efficience à part entière.

Dans ce cadre il convient d'encourager :

1) L'intégration, dans les politiques de contractualisation interne, d'un volet relatif à l'amélioration de la gestion des lits, précisant les modalités d'admission dans les services des patients issus des urgences ainsi que les conditions d'accessibilité aux avis spécialisés ;
2) La fixation d'un objectif de réduction des délais moyens d'attente aux urgences, partagé par tous et décliné dans tous les pôles ;
3) l'identification de postes de « gestionnaire de lit » au sein des établissements de santé ;
4) l'extension de la présence de l'infirmière d'accueil et d'orientation, voire celle d'un médecin d'orientation.

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

Recentrer les structures de médecine d'urgence sur leurs missions propres et éviter les recours aux urgences inadéquats

L'organisation de la prise en charge des consultations non programmées de médecine générale doit être repensée dans un contexte de démographie médicale contraint.

L'accès à un médecin généraliste est de plus en plus difficile du fait des problèmes de densité médicale, il faut imaginer dans les zones fragiles de nouvelles organisations facilitant la prise en charge de ces patients qui aujourd'hui se tournent vers les urgences. Cet objectif peut reposer sur de multiples solutions : maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé y compris gérés par des établissements de santé….

Parallèlement, la facilitation de *l'accès aux avis spécialisés* via la télémédecine, notamment pour éviter l'orientation vers la médecine d'urgence, peut être un atout tant pour les médecins généralistes en cabinet que pour les médecins généralistes intervenant en EHPAD.

Améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées, pour les soins urgents

Le développement des coopérations, au sein des filières gériatriques, entre services hospitaliers et établissements ainsi qu'avec les services médico-sociaux et les professionnels de santé du secteur ambulatoire, doit notamment viser l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en urgence. Il est en effet essentiel que l'organisation de la prise en charge en urgence des personnes âgées soit améliorée, afin de mieux prendre en compte la spécificité de leur pathologie mais aussi d'éviter des conditions de prise en charge parfois difficiles, en cas d'engorgement des structures par exemple.

Dans ce cadre, il faut :

- renforcer l'intervention des équipes mobiles de gériatrie aux urgences mais aussi dans les structures médico-sociales ;
- créer des circuits courts de prise en charge ;
- améliorer la coordination avec les structures médico-sociales : organisation des orientations vers les structures de médecine d'urgence après régulation du centre 15 et organisation des retours vers les structures, en particulier la nuit ; transmission des fiches de liaison ….

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

Mettre en place le répertoire opérationnel des ressources.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de sante et la population qu'entre professionnels de sante

Engager toutes les structures de médecine d'urgence à participer au réseau d'alerte SRVA (serveur régional de veille et d'alerte) et à la déclinaison des plans d'urgence et du schéma régional de prévention.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

- Taux de recours aux urgences pour 10 000 habitants par territoire de santé ;
- Nombre de forfaits ATU (Accueil et traitement des urgences) par structure autorisée dont nombre de forfaits ATU pédiatriques,
- Nombre d'hospitalisations après recours aux urgences,
- Nombre de sorties SMUR dont SMUR héliporté (avec distinction primaire / secondaire),
- Nombre de carences ambulancières,
- Nombre de dossiers par classes CCMU (classification clinique des malades des urgences).

Des indicateurs complémentaires seront posés dans le cadre, notamment, de la mise en œuvre du ROR (répertoire opérationnel des ressources) et du projet médical commun pour la prise en charge de l'aide médicale urgente des SAMU de la région Picardie.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires de santé	SAMU		Structures d'urgence		Structures d'urgence pédiatrique		SMUR		SMUR pédiatrique	
Années	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord - Haute Somme	0	0	5	5	1	1	4	4	0	0
Aisne Sud	1	1	3	3	2	2	3	3	0	0
Oise-Est	0	0	5	5	3	2 à 3	4	4	0	0
Oise-Ouest	1	1	2	2	1	1	2	2	0	0
Somme	1	1	5	5	1	2 (+1)	4	4	1	1
Picardie	3	3	20	20	8	8 à 9	17	17	1	1

Territoire Oise-Est :

Les autorisations de structures d'urgences pédiatriques dans le territoire Oise Est seront examinées au regard de leur activité, des temps d'accès, de la démographie médicale et du projet médical commun à finaliser.

Territoire Somme :

Une autorisation supplémentaire de structure d'urgences pédiatriques pourra être autorisée, afin de mieux organiser la réponse aux besoins de santé sur la zone ouest du territoire.

Accès aux plateaux techniques spécialisés

Selon l'article R 6123-32-6 du code de la santé publique, le schéma régional d'organisation sanitaire précise les activités spécialisées impliquant une prise en charge directe des patients et prévoit leur implantation sur le territoire de santé. Les plateaux techniques spécialisés d'accès direct sont identifiés comme nécessaires pour répondre aux besoins de la population, 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année.

Ces structures peuvent accueillir des urgences spécialisées, sous réserve de le faire dans les conditions de qualité et de sécurité requises. Elles seront identifiées dans le répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables, et devront s'inscrire dans le réseau territorial des urgences.

Dans ce cadre, les activités spécialisées avec accès direct, figurant dans d'autres volets du SROS, concernent :

- la prise en charge des urgences neuro-vasculaires (USINV),
- la prise en charge des urgences cardiologiques (USIC),
- la prise en charge des urgences mains,
- la prise en charge des polytraumatisés.

VOLET MEDECINE

PREAMBULE

Le présent volet porte sur l'activité de médecine en tant que discipline. Il n'a pas vocation à décliner dans chacune des spécialités médicales des orientations particulières. Cette déclinaison relève en effet, des coopérations inter hospitalières et notamment des projets de coopérations s'inscrivant dans le cadre des projets médicaux des Communautés Hospitalières de Territoire.

Cependant, et en raison de l'importance des parcours de santé attenants, le volet médecine évoquera en particulier les objectifs attendus en matière d'organisation de l'offre de soins pour :
- les maladies chroniques ;
- la prise en charge des patients diabétiques ;
- la prise en charge des patients victimes de surpoids ;
- la prise en charge des personnes âgées.

Ces orientations sont complémentaires aux orientations prévues dans le schéma régional Prévention ou le schéma régional d'organisation médico-sociale.

1 DIAGNOSTIC

1 Analyse de l'offre de soins

Analyse quantitative de l'offre

Offre de soins hospitalière et équipements
35 établissements de santé disposent en janvier 2012 d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète et parmi ces 35 établissements, 23 disposent également d'une autorisation pour exercer une activité de médecine en alternative à l'hospitalisation (hors HAD). Par territoire de santé, l'organisation s'établit comme suit :

Territoires de santé	Hospitalisation complète	Hospitalisation en alternative à l'hospitalisation
Aisne Nord haute Somme	10	7
Aisne Sud	4	3
Oise Est	8	7
Oise Ouest	3	2
Somme	10	4

Offre de soins hospitalière et équipements en Picardie

Base SAE 2010	*France*	**Picardie**	**Part de la Picardie**	**Territoire santé Aisne Nord Haute Somme**	**Territoire santé Aisne Sud**	**Territoire santé Oise Est**	**Territoire santé Oise Ouest**	**Territoire santé Somme**
Population 2007	64 700 000	1 900 345	2,94%	298 593	284 250	466 012	330 607	520 882
Nombre de lits médecine	118793	3607	3,04%	681	484	864	367	1211
Indicateurs lits médecine	18,36	18,98		22,81	17,03	18,54	11,10	23,25
Nombre de places HAD		428		115	70	101	20	122
Indicateur HAD		2,25		3,85	2,46	2,17	0,60	2,34
Nombre de places HJ med	12147	306	2,52%	63	30	60	51	102
Indicateurs HJ med	1,88	1,61		2,11	1,06	1,29	1,54	1,96

Principales caractéristiques de la consommation de soins (taux de recours ajusté – données ATIH)

	Taux de recours 2009 ajustés pour 10 000 habitants.						Taux national
	Régional	Somme	Aisne Nord - Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	
Médecine HC	**850**	802	880	908	846	852	844
Médecine HA	**306**	282	420	277	283	299	279
Total taux de recours Médecine	**1 156**	**1 084**	**1 300**	**1 185**	**1 129**	**1 151**	**1 123**
Taux de fuites Médecine							
Interventionnelle	**371**	**367**	**415**	**347**	**337**	**406**	**384**

Analyse qualitative de l'offre

La région se caractérise par :

- **Un taux d'équipement et un taux de recours en médecine supérieurs aux moyennes nationales, avec un fort contraste suivant les territoires de santé.**

Le sous-équipement du territoire Oise Ouest est confirmé. Il est à relativiser par l'importance des taux de fuites vers la Somme, les populations du nord de l'Oise se tournant très majoritairement vers le pôle amiénois, comme en témoignent notamment les parts de marché du CHU. Ceci explique en partie le taux de suréquipement du territoire de santé de la Somme qui doit être mis en relation également, avec la présence du CHU.

Il est à noter plus spécifiquement, la situation particulière du territoire Aisne Nord Haute Somme qui dispose d'un suréquipement et d'un taux de recours largement supérieur aux moyennes nationales et régionales.
Cette atypie a fait l'objet d'une analyse attentive de la part de l'ARS. Si la dégradation des indicateurs sociaux peut être un facteur d'explication, du fait du retard éventuel dans l'accès aux soins qui peut générer des hospitalisations plus importantes (les patients étant orientés plus tardivement, on peut imaginer que les pathologies sont plus graves), le taux de suréquipement de ce territoire peut également contribuer à expliquer cette atypie.

- **Une offre de soins éparpillée**

La Picardie ne compte plus qu'un seul « hôpital local ». Au cours des dernières années, les opérations de recomposition hospitalière se sont accompagnées de suspension d'activité en médecine dans un certain nombre d'établissements comme dans les hôpitaux de Pont Ste Maxence, Crépy en Valois.
Pour autant, il demeure un grand nombre d'établissements autorisés en médecine et produisant moins de 1200 séjours en 2010. Il s'agit d'établissements de proximité disposant d'une filière gériatrique (Soins de Longue Durée,, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), d'une activité de Soins de Suite et de Réadaptation souvent adossée à une petite activité de médecine d'une dizaine de lits.
La situation défavorable de la démographie médicale et la répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire constituent un frein dans l'organisation et le fonctionnement des soins en médecine.
Cependant, les médecins généralistes mettent en avant l'intérêt de disposer en proximité et au plus près des lieux de domiciliation des patients, d'unités de médecine dans les centres hospitaliers, y compris ceux qui ne sont pas autorisés en médecine d'urgence. Ces unités offrent aux médecins généralistes la possibilité d'hospitaliser leurs patients, sans passer par une structure de médecine d'urgence.

Le plus souvent, les médecins exerçant dans ces services de médecine sont des médecins généralistes ayant aussi une activité libérale.
Le maintien de ces autorisations constitue une attente forte, ces autorisations de médecine étant un facteur favorisant l'installation des médecins généralistes dans des zones en sous densité médicale.

- **Des alternatives à l'hospitalisation insuffisamment développées**

Les taux d'équipements en hôpitaux de jour déclarés dans la SAE sont inférieurs à la moyenne nationale, témoignant de la possibilité de développer ces modes de prise en charge qui répondent mieux aux besoins de santé de la population.

- **Les consultations avancées encore insuffisamment développées**

Les consultations avancées tendent à se développer dans le cadre des coopérations territoriales. Elles soulèvent cependant un vrai débat tenant notamment à l'éparpillement du temps médical ou encore à l'absence d'équilibre médico-économique des conventions attenantes.
Elles constituent pour autant un gain important, permettant au patient d'être pris en charge au plus près de son domicile, tout en tendant à concentrer les plateaux techniques au sein de centres de référence.

2 OBJECTIFS

1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

- **Renforcer la graduation de l'offre de soins en médecine**

Le SROS PRS dans son volet hospitalier repose sur un principe de graduation des soins qui doit permettre de mieux identifier les filières de prise en charge.
Le schéma cible repose dans ce cadre sur 3 niveaux de prise en charge :

- un niveau de recours régional porté par le CHU d'Amiens qui propose toutes les spécialités médicales en qualité d'offre de recours de proximité et infra régionales, mais aussi les spécialités et prises en charge de recours régional.
- un niveau de recours infra régional qui propose toutes les activités médicales spécialisées. Ces centres de recours assurent une prise en charge 24 heures sur 24 d'activités non programmées et programmées. Des centres intermédiaires permettent de répondre aux besoins de santé de la population en lien avec le centre de recours notamment.
- Un niveau de proximité : il propose une activité sanitaire avec une autorisation d'activité de médecine, d'USLD, de SSR, pouvant être complétée d'une autorisation de médecine d'urgence et une activité médico sociale (EHPAD). La filière gériatrique est très développée mais le projet de territoire peut prévoir des orientations spécifiques en articulation avec le centre de recours. L'articulation avec la médecine de ville est très importante.

Dans chaque territoire de santé, les projets hospitaliers de territoire, tels que précisés en introduction du schéma hospitalier, devront définir les missions et articulations des établissements, notamment des centres intermédiaires et des centres de proximité de leur ressort, afin de satisfaire la quasi totalité des besoins de la population.

Les établissements de santé du premier niveau participent à cette offre de proximité avec les maisons de santé pluri professionnelles, les réseaux, les pôles de santé, voire le développement de centres de santé. L'expérimentation de centres de santé de médecine générale adossés à un centre de proximité pourra être initiée.

- **Renforcer l'attractivité de la région et du CHU en sa qualité de centre hospitalo-universitaire de recours en constituant un véritable maillage régional**

Aujourd'hui, les taux de fuites en médecine restent très importants. Ils semblent liés aux pratiques des prescripteurs et dans une moindre mesure, aux comportements des patients.
Ainsi, il s'agit progressivement de mettre en place un plan stratégique visant à favoriser l'installation de jeunes médecins formés par le CHU dans la région afin de construire des filières de soins spécialisées structurées.
Dans ce cadre, plusieurs dispositifs seront utilisés et notamment les dispositifs d'incitation à l'installation des jeunes médecins en région.

Chaque année, le CHU définira en lien avec les centres de la région un plan de recrutements prioritaires visant à faciliter le recrutement de jeunes médecins ou de médecins en post internat dans les centres hospitaliers de la région afin de créer des liens et réduire les taux de fuites régionaux.

- **Structurer la filière pédiatrique**

La filière pédiatrique mérite une attention particulière du fait des données de démographie médicale mais aussi des fortes variations saisonnières de ces activités. De fait, les structures pédiatriques des centres intermédiaires voire des centres de recours infra régionaux doivent pouvoir être flexibles du fait des évolutions différenciées des taux d'occupation suivant les périodes.
Parallèlement, en raison de la densité en médecine générale, les structures d'urgences pédiatriques sont fortement sollicitées.

Dans ce cadre, il est important de pouvoir préciser les missions attendues à chaque niveau de la prise en charge et dans le cadre de la graduation des soins. Des nouvelles organisations doivent pouvoir être envisagées dans le cadre des équipes de territoire des Communautés Hospitalières de Territoire. Par exemple, il peut être étudié le maintien de structures de pédiatrie en alternative à l'hospitalisation, de consultations spécialisées et d'UHTCD (unités d'hospitalisation de très courte durée) spécialisées en pédiatrie dont les capacités d'accueil varieraient en fonction des périodes de l'année.

Parallèlement, le recours pour les pathologies spécifiques doit être précisé.

2 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

- **Structurer les filières de prise en charge en médecine en renforçant les coordinations entre centres de proximité, centres intermédiaires et centres de recours infra régionaux**

Le développement des consultations avancées sur les sites de proximité dans le cadre des projets de territoire et notamment des projets des Communautés Hospitalières de Territoire, doit être encouragé.
Cette politique va de pair avec un objectif d'amélioration de la coordination des établissements de santé, entre les différents niveaux de prise en charge. Il faut faciliter le partage d'informations entre les sites afin de permettre l'orientation du patient vers le service le plus adapté à ses besoins. Ce travail doit être réalisé le plus en amont possible du séjour, afin de fluidifier les filières de prise en charge.

Une culture commune doit être recherchée au travers de définition de pratiques communes, de formations, etc. Ce travail est indispensable et conditionne le maintien d'autorisations d'activités de médecine indépendantes d'une autorisation de médecine d'urgence.

3 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Assurer la conciliation des objectifs de proximité et d'efficience**

Le maintien d'autorisations de médecine d'urgence dans des structures de proximité, limitées à une dizaine de lits doit s'inscrire dans un objectif d'efficience. Il s'agit ainsi, de chercher à regrouper les activités sanitaires SSR et médecine pour atteindre une masse critique.

- **Diversifier l'offre de prise en charge en médecine**

La Picardie a un taux de recours en hospitalisation complète (HC) et en alternative à l'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale.
Ces données laissent supposer qu'une évolution de l'hospitalisation à temps partiel est possible.
L'article R.6121-4 du code de la santé publique précise : « dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale ».

Chaque établissement disposant d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète devra également disposer d'une autorisation de médecine en alternative à l'hospitalisation. Les dossiers d'évaluation et les dossiers de demande d'autorisation en médecine hospitalisation complète devront intégrer impérativement un projet de développement de l'activité de médecine en hospitalisation à temps partiel et préciser les actions de coopérations engagées au sein du territoire de santé, ainsi que les modalités d'accueil des patients orientés par les urgences (organisation des activités non programmées).

4 AMELIORER LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO SOCIAL

Comme il a été précisé dans le préambule, en raison des indicateurs épidémiologiques attenants, il a été convenu de préciser les objectifs pour certains parcours de santé considérés comme relevant de programmes prioritaires.

Compte tenu de leur caractère transversal, il a été convenu de les inscrire dans le cadre de l'objectif d'amélioration de la coordination avec les secteurs de la prévention et du secteur médicosocial ainsi que les acteurs de ville.

- Parcours de santé : Prise en charge des patients en surpoids
- Parcours de santé : Prise en charge des addictions – ce parcours fait l'objet d'un document de politique transversale,
- Parcours de santé : Prise en charge des personnes âgées – ce parcours de soins fait l'objet d'un volet spécifique.

Pour chacun de ces parcours, il convient de

1) <u>Identifier, évaluer, améliorer les filières de soins</u>

Les patients comme les professionnels de santé doivent pouvoir se repérer facilement et connaître à chaque niveau de prise en charge, les différents professionnels de santé à même d'assurer leur prise en charge ou les orienter vers le meilleur interlocuteur.
La filière doit pouvoir être évaluée et des programmes qualité doivent pouvoir être engagés.
Pour l'obésité, une filière à vocation régionale a été définie, elle doit se construire. Parallèlement, un cahier des charges permettant la labellisation d'autres filières de soins territoriales, doit être élaboré. Une filière de santé complète devra pouvoir être identifiée, l'une pour les deux territoires Oise Ouest et Oise Est, l'autre pour les territoires de santé Aisne Nord Haute Somme et Aisne Sud.
Pour la prise en charge des conduites addictives, il conviendra de définir un cahier des charges portant sur les missions attendues en fonction des besoins et niveaux d'activités, les modalités d'organisation et les conditions de financement des équipes mobiles d'addictologie.
La prise en charge des conduites addictives sera un élément prioritaire dans la conduite de certaines opérations de recompositions hospitalières.
Une attention particulière sera accordée à la prévention et la prise en charge des enfants et des adolescents confrontés à des conduites addictives. L'intervention des équipes de liaison en addictologie en pédiatrie ou la formation spécifiques des équipes de pédiatrie sera privilégiée.

2) Réduire les inégalités territoriales de santé en organisant la graduation de l'offre de soins et en structurant les coordinations aux différents niveaux de prise en charge

A chaque niveau de l'offre de soins, les missions doivent être clairement définies et la coordination doit être effective. La coordination est régionale ou territoriale et doit également être renforcée entre les différents acteurs : secteur ambulatoire, structures sociales et médico-sociales, établissements de santé.
Les Etablissements Publics de Santé peuvent assurer cette coordination entre eux dans le cadre des CHT. De manière générale, il conviendra de préciser la gouvernance territoriale adaptée pour l'animation de chaque parcours de santé au niveau territorial et au niveau régional.
Les modalités pourront être différenciées suivant les thématiques.

3) Partager les informations, développer des formations et des pratiques communes

3- DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DEFINIES DANS LE PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
Définir dans les CPOM l'inscription de l'établissement dans une filière de santé en y précisant son rôle et celui de ses partenaires.
Dresser une cartographie des filières de santé pour chaque territoire de santé.

Diversifier et graduer les modes de prises en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

Mise en place d'un groupe de travail visant à promouvoir le développement des alternatives en hospitalisation en médecine en apportant des propositions en termes de liste d'actes ou prises en charge pouvant être assurés dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel et recommandations en termes d'organisation des services de médecine.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation
Développer les postes médicaux partagés en diversifiant les formules (participation à la permanence des soins, à des activités saisonnières...)
Pérenniser le dispositif de financement de postes d'assistants partagés.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Développer la formation continue (Développement professionnel continu – DPC).

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé
Développer l'éducation thérapeutique et l'information du public en particulier dans le domaine de la prévention du surpoids, du diabète, de l'AVC.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé
Développer la télémédecine,
Promouvoir l'extension du DMP.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre
Mettre en place un dispositif d'observation des maladies chroniques.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Nombre de séjours en médecine produits dans les établissements de santé ;
Taux de recours brut et standardisé en HC et HTP, par territoire de santé, pour la région et le national ;
% de séjours en HTP / territoire de santé (par rapport à l'HC) ;
Nombre de filières de soins pouvant faire l'objet d'une cartographie par territoire de santé ;
Nombre de conventions, de protocoles signés entre les établissements de santé et les ESMS pour chacun des parcours de santé identifiés ;
Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD
Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les Services d'urgence.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires de santé	Hospitalisation Complète		Alternatives : hospitalisation ambulatoire	
	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	**10**	**10**	**7**	**10** (+3)
Aisne Sud	**4**	**4**	**3**	**4** (+1)
Oise-Est	**8**	**8**	**7**	**8** (+1)
Oise-Ouest	**3**	**4 (+1)**	**2**	**4** (+2)
Somme	**10**	**11 (+1)**	**4**	**11** (+7)

Pour l'ensemble des territoires, afin de mieux répondre aux besoins de santé, aux exigences d'efficacité et d'accessibilité, en diversifiant l'offre de prise en charge, chaque établissement disposant d'une autorisation de médecine devra également organiser une activité d'hospitalisation ambulatoire ; la mise en œuvre de ces autorisations se fera dans le cadre de réorganisation interne et par substitution de prise en charge.

Territoire Oise-Ouest

Une implantation supplémentaire en hospitalisation complète pourra être autorisée visant à reconnaître une activité existante au sein d'un établissement. Cette autorisation devra s'inscrire dans le cadre d'une coopération territoriale forte avec l'établissement de court séjour autorisé dans la même agglomération.

Territoire Somme

Une implantation supplémentaire pourra être autorisée, visant à permettre, dans le cadre d'une transformation par fusion de deux établissements publics de santé, la mise en place de sevrage et de mieux structurer ainsi la filière addictologie.

VOLET CHIRURGIE

Préambule

L'offre de soins de chirurgie, en Picardie, est marquée par une certaine dispersion des structures, avec l'existence d'établissements qui produisent moins de 2000 séjours chirurgicaux par an.

La pérennité des structures dans le cadre d'une démographie préoccupante, en particulier en anesthésie, est aujourd'hui un enjeu important à prendre en considération.

Les effets en matière d'évolution de la démographie médicale en particulier en anesthésie réanimation doivent être pris en compte dans une région disposant d'ores et déjà d'indicateurs de densité inférieurs en moyenne aux données nationales. Pour maintenir un plateau technique de chirurgie, il faut à minima 3 à 4 anesthésistes, temps plein, afin d'atteindre des objectifs sécurisés d'organisation de la continuité des soins.

Dans ce cadre, se pose la difficile question de l'opportunité de pouvoir maintenir le même nombre de plateaux techniques de chirurgie, en Picardie, en prenant en compte les besoins de santé de la population mais aussi l'éloignement géographique des sites, les uns vis-à-vis des autres.

Via l'analyse des activités et de leur organisation, et dans une optique de maillage régional et territorial de l'offre de soins, les orientations du SROS-PRS proposent une stratégie de d'optimisation de l'offre, qui passe par :

- une consolidation des plateaux techniques de recours en région.
- une consolidation ou une adaptation des structures intermédiaires aujourd'hui existantes.

En chirurgie, le SROS-PRS entend, par ailleurs, proposer des consultations avancées nécessaires à une prise en charge au plus près du lieu de domiciliation et permettant d'améliorer les délais d'accès aux soins.

La réorganisation de l'activité de chirurgie conduit également à une réorganisation de la permanence des soins chirurgicale, dans un souci d'optimisation du temps médical.

1- DIAGNOSTIC

Le bilan de ce volet a été dressé à partir de l'analyse des données SAE 2010, des données PMSI, des données relatives aux taux de recours (soit la consommation de soins en chirurgie quel que soit le lieu de production) et des échanges réalisés avec les professionnels dans le cadre des deux groupes de travail constitués à l'occasion de l'élaboration du SROS :

- le groupe portant sur la définition de « l'offre de recours »
- le groupe portant sur la définition de « l'offre de proximité ».

En 2010, il existe 25 structures autorisées en chirurgie et exploitées par les établissements de santé en région Picardie. L'activité produite représente 126 127 séjours dits séjours GHMC (Groupe Homogène de Malades en Chirurgie).

1.1 Analyse quantitative de l'offre

OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE ET INDICATEURS D'ACTIVITE

Base SAE 2010 et PMSI 2010	**Picardie**	**Aisne Nord**	**Aisne Sud**	**Oise Est**	**Oise Ouest**	**Somme**
Population 2007	1 900 345	298 593	284 250	466 012	330 607	520 882
Nombre d'ES autorisés (effectif) en chirurgie en 2010	25	4	5	8	3	5
Nbre de lits Chirurgie	1972	311	216	449	193	803
Indicateur lits Chirurgie	10,38	10,42	7,60	9,63	5,84	15,42
Nombre de places anesth ambu	376	56	65	116	33	106
Indicateurs aneth ambu	1,98	1,97	2,29	2,49	1,00	2,04
Nombre de GHMC	126 127	21 233	14 894	29 424	10 788	49 788
% de GHMC	100%	17%	12%	23%	9%	39%
Nombre de GHMC pour 1000 hts	66	71	52	63	33	96
Taux de fuites extra-régional en chirurgie*	23%	22%	**36%**	**23%**	34%	9%

*** Chirurgie au sens classification ASO C ou « Activité de soins » chirurgicale. Classification différente des GHM dits chirurgicaux pour la chirurgie. Elle permet de prendre en compte l'activité réelle d'une unité de chirurgie**.

Indicateurs d'activité – Evolution du nombre de séjours chirurgicaux en Picardie (2009/2010/2011- PMSI)

Données PMSI	**Nombre de GHMC** (Groupe homogène de Malades en chirurgie)	**2009**	**2010**	**2011**	**% chirurgie ambulatoire en 2011***
Aisne-Nord Haute Somme	CTRE HOSP DE PERONNE	1562	1578	1561	47.6%
	CENTRE HOSPITALIER DE CHAUNY	3160	3319	2998	51.9%
	CTRE HOSP DE SAINT QUENTIN	9969	10239	10828	41.3%
	POLYCLINIQUE ST CLAUDE	6164	6097	6083	39.6%
	Total	**20855**	**21233**	**21470**	**42.7%**
Aisne Sud	CTRE HOSP DE CHATEAU-THIERRY	1821	1958	2052	21.7%
	CTRE HOSP DE LAON	4502	4093	3919	33.2%
	CTRE HOSP DE SOISSONS	3999	4163	4558	28.7%
	CLINIQUE SAINT MARTIN	1191	1263	1285	90.6%
	CLINIQUE SAINT CHRISTOPHE	3456	3417	3353	54.5%
	Total	**14969**	**14894**	**15167**	**40.5%**
Oise Est	CENTRE HOSPITALIER DE NOYON	1388	1357	1287	46.8%
	CTRE HOSP DE SENLIS	3055	3061	3005	38.4%
	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL	3228	3083	3165	47.5%
	CTRE HOSP DE COMPIEGNE	4832	4781	4921	32.4%
	CENTRE HOSPITALIER LAENNEC	4830	4893	5225	38.9%
	SAS CENTRE CHIRURGICAL DE CHANTILLY	559	1410	2004	54.2%
	POLYCLINIQUE SAINT JOSEPH	2013	1544	900	100%
	POLYCLINIQUE SAINT-COME S. A.	8573	9295	9023	49.1%
	Total	**28478**	**29424**	**29530**	**45.4%**
Oise Ouest	CTRE HOSP DE BEAUVAIS	4485	4568	4941	30.7%
	CLINIQUE DU PARC SAINT LAZARE	5595	5202	5186	55.2%
	CTRE HOSP DE CLERMONT	972	1018	928	25%
	Total	**11052**	**10788**	**11055**	**42.5%**
Somme	CTRE HOSP D'ABBEVILLE	3073	3153	3045	12.7%
	C.H.U. D'AMIENS	19585	20613	20988	25.6%
	SA SAINTE ISABELLE	4573	4555	5049	45.9%
	POLYCLINIQUE DE PICARDIE	10191	10256	10392	42.6%
	SA CLINIQUE VICTOR PAUCHET	11241	11211	12017	44.6%
	Total	**48663**	**49788**	**51491**	**34.8%**
PICARDIE		**124017**	**126127**	**128713**	**39.8%**

Une structure autorisée en endoscopie ambulatoire n'est pas référencée dans le tableau car elle ne produit pas de GHM C.

GHM C : Le groupe homogène de malades (GHM) est la catégorie élémentaire de la classification médicoéconomique propre au PMSI permettant de décrire les séjours. Le C correspondant à des séjours chirurgicaux. Pour 2009, 2010 et 2011, tous les GHM C d'un établissement sont comptabilisés.

* % Chirurgie ambulatoire en 2011 = GHM C réalisés en ambulatoire / l'ensemble des GHM C réalisés dans l'établissement. Les GHM C de la CMD 14 (grossesse pathologiques, accouchements et affections du post-partum) ne sont pas comptabilisés dans un souci de cohérence avec le programme GDR Chirurgie ambulatoire.

Evolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire Public/ Privé en Picardie :

Taux de recours ajusté de la population picarde, à la chirurgie en 2009

	Taux de recours 2009 ajustés pour 10000 hab.					
	Régional	**TS Somme**	**TS Aisne Nord - Haute Somme**	**TS Aisne Sud**	**TS Oise Est**	**TS Oise Ouest**
Chirurgie HA	**494**	498	520	507	478	475
Chirurgie HC	**265**	245	288	262	273	265
TOTAL Taux de recours Chirurgie	**759**	**743**	**808**	**769**	**751**	**740**
Taux de fuite chirurgie	**23%**	**9%**	**22%**	**38%**	**24%**	**34%**

* *Définition taux de recours ajusté* **:** taux de recours qu'aurait la zone géographique (TS, région) si elle avait la structure de population nationale et l'état de santé (mortalité) de la population nationale.

Evolution du taux de recours en chirurgie (*données PMSI – périmètre d'étude différent du tableau ci-dessus en raison des évolutions du codage*)

Chirurgie (périmètre ajusté - données PMSI)	2006	2007	2008	2009	Evolution 2007/ 2009
Somme	768	754	763	776	2,92%
Aisne Nord - Haute Somme	855	820	853	863	5,24%
Aisne Sud	806	792	793	802	1,26%
Oise Est	772	788	777	783	-0,63%
Oise Ouest	756	764	673	772	1,05%
Picardie					

Données de démographie médicale – effectifs en anesthésie – réanimation au 01/01/2011 (*Sources Atlas CNOM 2011)*

Anesthésie / réanimation	Effectifs	Densité	% supérieur à 55 ans en exercice
Aisne	41	7,4	27%
Oise	52	6,3	17%
Somme	93	16	11%
Picardie	**186**	**9,5**	**16%**
France	**9615**	**15**	**18%**

1.2 Analyse qualitative de l'offre de soins

Une offre de soins en chirurgie en partie réorganisée depuis 2006

Le SROS III prévoyait une organisation reposant sur une offre de soins graduée autour de 4 niveaux, mais il ne prévoyait pas de reconversion d'activités de chirurgie.

Or, du fait des difficultés à assurer la continuité des soins en anesthésie et de la faiblesse de certaines activités, un certain nombre d'autorisations ont été suspendues.

- Ainsi, depuis 2006, les centres hospitaliers de Doullens et Montdidier ont cessé toutes activités de chirurgie
- Le centre hospitalier de Noyon propose une activité de chirurgie ambulatoire en lien avec le centre hospitalier de Compiègne.
- La polyclinique de St Joseph à Senlis a suspendu son activité de chirurgie
- La polyclinique St Martin à Château Thierry ne propose que des prises en charge en ambulatoire.

Une consommation de soins en chirurgie inférieure à la moyenne nationale mais fortement différenciée suivant les territoires de santé.
Le taux de recours (ajusté) régional s'élève à 758 pour 10 000 habitants contre 786 pour la moyenne nationale.

Pour autant, la situation est très différenciée suivant les territoires de santé. On constate une forte atypie du territoire Aisne Nord-Haute Somme, dont le taux de recours est comme pour les autres disciplines, bien plus élevé que la moyenne régionale.
L'ARS pose plusieurs hypothèses pour expliquer ces écarts et notamment les indicateurs socio économiques de la population qui contribuent probablement à retarder l'accès aux soins et à multiplier les séjours du fait de l'aggravation de l'état de santé.
La question des pratiques médicales en fonction de la formation des professionnels de santé pourrait également être étudiée.

Un taux de fuites extra-régional élevé

La région Picardie se place au premier rang des régions dont les besoins de santé sont en partie assurés par des établissements de santé situés dans les régions frontalières. Le taux de fuites extra régionales s'élève en moyenne à 23% pour la région avec des fortes disparités entre territoires de santé : de 9% pour le territoire Somme à 36% pour le territoire Aisne Sud.

Une partie de ces fuites est probablement liée aux spécificités géographiques et aux axes de communication de certaines zones des territoires ayant les plus forts taux de fuites extra-régionaux. Ces spécificités peuvent amener certains patients à être pris en charge à proximité de leur lieu de travail.

Toutefois, ces taux de fuites contribuent à fragiliser globalement l'offre de soins régionale. En effet, certaines spécialités sont réorientées systématiquement, ne facilitant pas la diversification des activités de l'offre de soins.

Or, la présence de plateaux techniques proposant toutes les grandes spécialités et disciplines est un facteur majeur d'attractivité pour les jeunes médecins.

Des études complémentaires (offre proposée, qualité, disponibilité, accessibilité...) pourront être menées afin de proposer des actions visant à améliorer notre offre de soins régionale et ainsi à réduire ces taux.

Des établissements de santé fragiles

La production moyenne, des 25 établissements, exploitant une autorisation d'activité de chirurgie, en 2010, est de 5045 GHMC (Groupe Homogène de Malade en Chirurgie), la médiane se situe autour de 4000 séjours chirurgicaux et seuls 5 établissements produisent plus de 8000 séjours chirurgicaux.
Certains établissements sont particulièrement fragiles en raison du niveau de leur activité très faible, mais aussi de leurs difficultés à assurer la continuité des soins en anesthésie notamment. Cette fragilité s'accentuera au regard des contraintes de démographie médicale.
La réglementation n'a certes, pas évolué en matière de seuil d'activité conditionnant l'autorisation d'activité en chirurgie.
Pour autant, les recommandations du Conseil National de Chirurgie continuent à prévaloir. Elles font notamment un lien entre qualité et sécurité des soins et niveau de pratiques des opérateurs.

Une démographie médicale particulièrement contrainte en anesthésie

Le développement de l'activité de chirurgie est fortement corrélé au développement de l'activité d'anesthésie – réanimation. Or, l'analyse des données de démographie médicale montre une population médicale vieillissante.

L'organisation de l'activité de chirurgie doit donc prendre en considération cette évolution d'autant plus que la région Picardie est une des régions françaises dont la densité médicale en anesthésie, est la plus faible (9,5 contre une moyenne nationale de 15 pour 100 000 habitants). La régulation

régionale des postes au concours de l'internat a permis d'atténuer notablement ces inégalités, sans toutefois enrayer des pénuries départementales préoccupantes comme dans l'Oise (6,3).
Plus d'un quart des effectifs en anesthésie – réanimation, dans l'Aisne, est âgé de plus de 55 ans contre une moyenne nationale à 18%. Ce constat conjugué à la faiblesse de la densité médicale rend la situation très préoccupante.

Parallèlement, la population se féminise et les aspirations des jeunes médecins évoluent. Les jeunes professionnels aspirent à exercer au sein de centres à l'activité diversifiée, leur permettant d'exercer de façon plus collégiale et de concilier davantage vie professionnelle et vie privée.

La question se pose dès lors, de la capacité de certains sites à pouvoir assurer la continuité des soins en anesthésie. La raréfaction des ressources médicales en anesthésie constitue une contrainte majeure qui fragilise les établissements et crée une concurrence entre sites. Celle-ci peut conduire certains établissements, à ne pas respecter le cadre réglementaire notamment en générant des surenchères de rémunérations.

Dans ces conditions, il convient de prendre en compte ces paramètres pour définir l'offre de soins cible afin de :

- garantir l'égalité d'accès aux soins en chirurgie,
- rendre attractif les plateaux techniques et fidéliser les jeunes médecins,
- sécuriser les prises en charge et les organisations.

Cela suppose de renforcer l'offre de recours infra régionale et régionale.

Les alternatives à l'hospitalisation et en particulier la chirurgie ambulatoire insuffisamment développées

La Picardie enregistre depuis ces dernières années un taux de réalisation de chirurgie ambulatoire en progression :
- 2009 : 35,3 %
- 2010 : 38,4 %
- 2011 : 39.8 %

Pour autant, avec un taux de 39.8% en 2011, la région Picardie possède encore un vrai potentiel de développement.
Le développement de la chirurgie ambulatoire est très contrasté suivant les territoires de santé mais surtout suivant le type de structures (public ou privé). On constate que la part de production en chirurgie ambulatoire est globalement plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public.
L'offre de soins en chirurgie a évolué depuis 2006. Cette réorganisation reste pour autant insuffisante au regard des enjeux sanitaires à relever.

L'enjeu du SROS PRS pour l'organisation de l'activité de chirurgie repose sur la capacité de la région à pérenniser à horizon des 5 ans à venir, une offre de soins s'appuyant sur des plateaux techniques solides capables de rester attractifs en termes de recrutement médical, en dépit des difficultés médicales attendues.

2 LES OBJECTIFS

2-1 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

Consolider l'offre de soins régionale et infra régionale

Garantir l'égalité d'accès aux soins en chirurgie est une nécessité pour notre région. Le taux de recours, la consommation de soins, en chirurgie est inférieure à la moyenne nationale. Mais l'enjeu est moins lié à un problème de sous équipement, qu'à un problème d'attractivité des sites et notamment des sites de recours infra régionaux et régionaux.

Le CHU doit veiller à agir en recours, en expert et en appui pour les activités chirurgicales relevant du recours régional comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique…. L'orientation vers le CHU des patients relevant de ces domaines de compétences doit être favorisée pour renforcer un « CHU formateur » des futurs professionnels de santé de la région.

En chirurgie, un site de recours infra-régional est un site dont l'objectif est de produire au moins 5000 séjours chirurgicaux en proposant une activité de chirurgie orthopédique et viscérale, mais aussi les spécialités chirurgicales ne relevant pas du recours régional, telles que l'ORL et la chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie, l'urologie, la chirurgie vasculaire …. Il participe à la prise en charge chirurgicale du traitement du cancer.
Le recours infra-régional garantit la prise en charge de l'activité programmée et non programmée de proximité comme spécialisée.
Il doit exister au moins un centre de recours infra régional par territoire de santé.
Le recours infra-régional peut coordonner l'organisation de la permanence des soins en chirurgie et veille à cet effet, à la mise en place d'une politique de gestion des risques.

Un certain nombre de sites, et notamment des établissements privés ne comprenant pas l'ensemble des activités requises (définition posée dans le préambule du volet hospitalier du présent schéma) pour être définis comme centres de recours infra régionaux, peuvent cependant, constituer des centres de recours en chirurgie. Ils participent à la qualité de la prise en charge en chirurgie, au développement d'un maillage de l'offre de soins qui garantit le libre choix du patient.

Les autres sites pratiquant des activités de chirurgie sont des sites intermédiaires qui se situent en dessous de la médiane régionale (établissements produisant 4000 ou moins de 4000 séjours chirurgicaux). Ils proposent le socle de base de l'activité de chirurgie (chirurgie viscérale, digestive et orthopédique) et en lien avec le centre de recours infra régional, proposent des activités spécialisées programmées.

L'organisation de l'offre de soins doit évoluer pour permettre de réaliser ces objectifs et rendre les établissements attractifs pour recruter de nouveaux professionnels.

Faciliter l'accès aux soins par le renforcement de l'offre de proximité

Au regard des objectifs d'efficience, de qualité des soins, des données de la démographie médicale, il convient tout à la fois de consolider les centres de recours infra régionaux et de renforcer l'offre de proximité.
L'offre de chirurgie en proximité repose essentiellement sur le développement de consultations avancées dans le cadre des communautés hospitalières de territoire mais aussi des coopérations entre structures privées ou entre structures publiques et structures privées.

De même, le maintien d'une activité ambulatoire en proximité devra être apprécié au regard des conditions de fonctionnement, notamment anesthésiques, des coopérations médicales qu'elle implique et de la viabilité économique. L'activité devra être dans ce cas exercée en conformité avec la règlementation (article D 6124-304) en terme d'organisation de la permanence et de la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture (dispositif d'orientation médicalisée, convention avec un autre établissement de santé).

Renforcer le rôle de recours du CHU en constituant un véritable maillage régional

Aujourd'hui, les taux de fuites restent très importants. C'est pourquoi, il s'agit progressivement de mettre en place un plan stratégique visant à favoriser l'installation de jeunes médecins formés par le CHU, dans les centres de recours infra régionaux prioritairement, afin de construire des filières de soins spécialisées pour les établissements publics, dont le recours régional sera prioritairement, le CHU.
Dans ce cadre, plusieurs dispositifs seront utilisés et notamment les dispositifs d'incitation à l'installation des jeunes médecins en région.

Structurer l'activité de chirurgie pédiatrique

La pathologie chirurgicale pédiatrique nécessite une compétence et une expérience chirurgicale et anesthésique reconnues, notamment pour la prise en charge de pathologies spécifiques (traumatiques ou non) et pour les enfants de moins de 3 ans.

La graduation de l'offre de soins est organisée comme suit :

- Etablissements ne disposant pas d'unités de chirurgie pédiatrique spécialisée

Au sein de ces établissements, ne sont pas pris en charge en chirurgie les enfants de moins de un an.
Pour les enfants de 1 à 3 ans, certains actes sont pratiqués, principalement en ambulatoire par des chirurgiens participant au réseau pédiatrique régional sous réserve d'une pratique régulière de la chirurgie pédiatrique et de l'anesthésie pédiatrique.

- Etablissements disposant d'unités de chirurgie pédiatrique spécialisée

L'accueil et la prise en charge sont assurés 24h sur 24, l'établissement disposant d'une unité d'accueil d'urgences pédiatriques spécifique.
Sous réserve de disposer d'une unité de chirurgiens et d'anesthésistes habitués à la pratique pédiatrique, l'établissement pourra réaliser des interventions de spécialités chirurgicales programmables chez l'enfant au-delà de 1 an et assurer la prise en charge des urgences en fonction des qualifications des chirurgiens et des anesthésistes.
Il existe un secteur spécifique en milieu pédiatrique d'hospitalisation chirurgicale. Une activité programmable ambulatoire spécialisée pourra être réalisée avec le concours de praticiens du CHU.

L'objectif est de s'appuyer sur deux établissements référents : l'un dans l'Oise et l'un dans l'Aisne.

- Etablissement régional référent

Le centre régional référent assure les missions d'un centre spécialisé pour la chirurgie orthopédique, viscérale, thoracique et plastique. Il assure également la prise en charge de pathologies spécifiques (poly malformations, chirurgie néonatale, oncologie, polytraumatisés, brûlures de surface corporelle inférieure à 40%.).

- Prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques

Pour l'organisation de la filière de soins d'urgence, les principes suivants devront prévaloir :

- Enfants de moins de 1 an: toutes les interventions sont réalisées au sein d'un centre régional référent.
- Enfants de 1 à 3 ans : tous les établissements disposant d'une unité de chirurgie pédiatrique spécialisée 24h/24, peuvent prendre en charge les enfants âgés de 1 à 3 ans ; pour les autres établissements, les patients sont transférés vers le centre régional référent.
- Enfants au delà de 3 ans : tous les établissements qui présentent une équipe chirurgicale et en anesthésie compétente en pédiatrie, peuvent prendre en charge les enfants de plus de 3 ans. A défaut, l'indication est portée par le pédiatre, le chirurgien ou l'anesthésiste auprès des praticiens de permanence des soins, du centre régional de référence pour assurer un transfert éventuellement par le SAMU Pédiatrique régional.

Le COTER périnatalité : petite enfance et en lien avec le réseau régional pédiatrique doit assurer un suivi de la coordination entre établissements et évaluer la filière de soins spécialisée en chirurgie pédiatrique.
Dans ce cadre, le réseau pédiatrique régional sera amené à élaborer un cahier des charges précisant notamment la liste des actes pouvant être pratiqués au sein des différents niveaux définis ci-dessus, mais aussi les conditions souhaitées en termes de fréquence des pratiques.
L'ARS intégrera ces recommandations, pour évaluer les conditions de mise en œuvre des autorisations de chirurgie et procéder (plus généralement) à des démarches d'évaluation de la prise en charge en chirurgie pédiatrique au sein de la région, en lien avec le réseau.

Par ailleurs, pour mettre en œuvre les orientations de ce volet chirurgie, et une fois les établissements de référence clairement identifiés (inscription dans le cadre du cahier des charges défini et labellisation accordée par l'ARS), le CHU assurera un accompagnement au travers du programme de recrutement stratégique régional et des programmes de formation continue qu'il proposera pour les praticiens.

2-2 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Développer les équipes de territoire

Pour réaliser les objectifs déclinés ci-dessus en termes de maillage de l'offre de soins, la constitution d'une organisation territoriale et d'équipes de professionnels de territoire est une nécessité. Il participe à l'amélioration de la qualité des soins en permettant aux professionnels d'assurer un même niveau de pratique quel que soit le lieu d'exercice. Les Communautés Hospitalière de Territoire doivent y contribuer.

Développer l'évaluation des pratiques professionnelles en chirurgie, l'évaluation des organisations

Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles est une garantie en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins.
Elle doit s'accompagner d'un point de vue organisationnel, d'un développement des comparaisons entre organisations de blocs opératoires (benchmark) pour améliorer la qualité des prises en charge et l'efficience des organisations.

Labelliser les filières de prise en charge des patients en surpoids

La chirurgie « bariatrique » tend à se développer dans plusieurs établissements de santé de la région. Or, ce mode de prise en charge doit impérativement s'inscrire dans le cadre d'une filière de prise en charge médico chirurgicale.

Il s'agit de créer un maillage connu et labellisé. Une organisation territoriale devra être précisée, les différents partenaires associés en amont (programmes d'éducation thérapeutique, bilan médical et psychiatrique….) et en aval (suivi en SSR à orientation nutritionnel…) identifiés.

En 2011, une filière régionale a été identifiée autour du CHU. Elle est chargée de proposer et structurer une filière de prise en charge mais surtout d'assurer une coordination régionale des prises en charge, en agissant comme un animateur et un recours.

Parallèlement, deux filières au moins doivent pouvoir être structurées, une dans le département de l'Aisne et une dans le département de l'Oise. Un cahier des charges visant à labelliser la filière de santé devra être défini sous l'égide de l'ARS avec les professionnels de terrain, sur la base de l'instruction DGS/EA3/DGOS 2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS3 et du plan obésité par les ARS, pour permettre de réaliser cet objectif.

2-3 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Développer la chirurgie ambulatoire et faire évoluer les organisations
L'objectif est de développer les prises en charge ambulatoire. Le développement de la chirurgie ambulatoire doit permettre de :

- améliorer la qualité et la sécurité des soins par la réduction des risques d'infections nosocomiales,
- réduire les fuites extra régionales en répondant mieux aux aspirations des patients et en améliorant l'attractivité des plateaux techniques,
- améliorer l'efficience du système de santé en améliorant son organisation, en réduisant le nombre de lits en hospitalisation complète.

L'objectif fixé pour la région en termes de taux de réalisation de chirurgie ambulatoire est de 50,5 % de l'ensemble de l'activité chirurgicale, à fin 2017. La chirurgie ambulatoire étant substitutive à l'hospitalisation complète, cet objectif sera exprimé en pourcentage de l'activité totale.

L'ambulatoire pourra, dès lors, être considéré comme la modalité principale de l'activité chirurgicale. Des mesures d'accompagnement seront mises en place par l'ARS pour faciliter l'atteinte de cet objectif. Elles feront l'objet d'un plan d'action s'inscrivant dans le cadre des objectifs de performance et de la gestion du risque.
Ce dispositif d'accompagnement s'appuie en particulier sur :

- un dispositif d'évaluation et de suivi régional (taux ambulatoire des 38 gestes marqueurs ; taux de chirurgie ambulatoire globale…) ;
- un dispositif d'incitation à la réduction des capacités d'accueil en hospitalisation complète ;
- un dispositif de formation et d'accompagnement des praticiens au développement de cette pratique.

Faire évoluer les activités de certains sites
Parmi les <u>sites intermédiaires</u>, ceux dont les niveaux d'activité sont les plus faibles, tout en étant proches d'autres sites autorisés à l'activité de chirurgie, pourront voir leur autorisation d'activité en chirurgie supprimée afin de répondre aux exigences d'efficacité et de qualité de l'offre de soins et d'optimiser l'organisation des soins en anesthésie au sein de la région.

2-4 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC L'AMBULATOIRE, LA PREVENTION ET LE MEDICO SOCIAL

Fluidifier les filières de prise en charge

Il est indispensable de faciliter le retour à domicile rapide en préparant avec les professionnels de santé de ville et les aides médico sociales la réadaptation au domicile du patient en optimisant la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes).

L'élaboration de protocoles de soins et des formations spécifiques doit faciliter cette coordination.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ne doit pas se limiter à la description de l'offre de soins pour la prise en charge des patients non programmés mais doit balayer l'ensemble des acteurs pour fluidifier les filières de soins.

Amélioration la coordination des soins entre chirurgie et soins de suite et réadaptation
Le parcours de soins entre la chirurgie et les soins de suite et réadaptation devra être fluidifié pour favoriser les prises en charge courte en chirurgie.
Il s'agit de préparer, le plus en amont possible, la sortie du patient et les modalités de retour ou d'admission, vers une structure médico sociale.

3- DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
Suivre et évaluer au niveau territorial et régional la réorganisation de la PDSES et mesurer ses impacts en termes d'évolution d'activité par site (mettre en place une cellule de coordination par territoire de santé ; analyse par la Commission Régionale Paritaire).

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles
Mettre en œuvre le programme de Gestion des Risques (GDR) visant à développer les prises en charge en ambulatoire, en lien avec l'assurance maladie.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation
Pérenniser le dispositif de financement de postes partagés.
Développer des équipes de territoire.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Développer la formation continue (DPC) et les techniques de prise en charge en ambulatoire.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé
Développer l'éducation thérapeutique et l'information du public en particulier dans le domaine de la prévention du surpoids.

Accompagner les aidants dans leurs actions auprès de personnes ayant besoin d'une prise en charge ou d'un accompagnement

Informer les patients et les associations d'usagers (CISS, CRSA usagers…) sur les bénéfices des prises en charge en ambulatoire.

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes
Adapter l'offre de soins.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé
Développer la télémédecine.
Poursuivre le déploiement du DMP.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre
Mettre en place un dialogue de gestion au niveau du territoire, au niveau régional dans le cadre du comité des fédérations pour étudier l'évolution des taux de recours et les productions des établissements.

4. EVALUATION ET INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs d'activité issue des données PMSI :

- Nombre de GHMC (Groupe homogène de malades en Chirurgie) par site
- Taux de fuites par territoire de santé

Indicateurs organisationnelles et d'efficience :

- Nombre d'équipes de territoire par spécialité et par site et activités associées
- Evolution annuelle des capacités d'hospitalisation complète en chirurgie par site

Indicateurs qualité :

- Score agrégé, ICALIN, ICSHA,
- ICATB, SURVISO, tenue du dossier anesthésique, évaluation de la douleur

Indicateurs de PDSES déclinés dans le volet PDSES

Indicateurs de suivi de l'évolution du développement de la chirurgie ambulatoire

- Suivi du taux de réalisation de chirurgie ambulatoire des 38 Gestes Marqueurs
- Suivi du taux de réalisation de chirurgie ambulatoire globale

5. DECLINAISON TERRITORIALE

Implantations :

Territoires de santé	Hospitalisation Complète		Alternatives : hospitalisation ambulatoire	
	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	4	4	4	4
Aisne Sud	4	4	5	4 à 5
Oise-Est	6	5 à 6	9	7 à 8
Oise-Ouest	3	2 à 3	3	2 à 3
Somme	5	5	7	7

Une implantation correspond à un site autorisé et ce même si l'établissement dispose de plusieurs entités géographiques au sein d'une même agglomération.

Pour les établissements fusionnés et exerçant leur activité sur plusieurs sites, au sein de villes différentes, il est noté autant d'implantations que de sites géographiques situés dans des villes différentes.

De façon générale les coopérations au sein de chaque territoire devront être renforcées. Ces coopérations territoriales visent à organiser les réponses aux exigences d'efficacité et à garantir à la population l'accès à des soins de qualité adaptés au niveau de prise en charge requis. Ces coopérations ont aussi pour objectif de rendre plus attractifs les établissements en matière de recrutement de professionnels.

Territoire Aisne-Nord/Haute-Somme :
Une évaluation sera menée, en même temps que celle prévue au titre de l'activité d'obstétrique, sur le site dont l'activité en hospitalisation est la plus faible.
Cette évaluation sera faite au regard des exigences d'efficacité, de qualité et de sécurité des soins, et compte-tenu de la proximité d'accès à d'autres sites qui pourront assurer la prise en charge des besoins de la population, dans le cadre en particulier de la communauté hospitalière de territoire existante à laquelle appartient l'établissement.

Territoire Aisne-Sud :
Dans un objectif de meilleure efficience, une coopération est à rechercher entre le site actuellement autorisé uniquement en chirurgie ambulatoire et le plateau technique installé au sein de la même agglomération, ceci afin de répondre dans les conditions les meilleures aux besoins de santé de la population. Elle pourra aboutir à la suppression à terme d'une implantation.

Territoire Oise-Est :
En chirurgie ambulatoire, l'évolution prend en compte l'arrêt de l'activité d'un établissement déclaré à effet mai 2012, sachant que les besoins de santé de la population sont considérés comme couverts par l'ensemble des sites en fonctionnement.
Par ailleurs, l'autorisation de chirurgie ambulatoire est maintenue dans un établissement de santé n'exerçant plus l'activité en hospitalisation complète. Elle devra satisfaire aux conditions de fonctionnement, notamment anesthésiques, aux coopérations médicales qu'elle implique en matière de permanence et de continuité des soins, et à des conditions de viabilité économique.
En dernier lieu, l'objectif de regroupement des deux autorisations exercées actuellement sur un même site hospitalier avec des statuts juridiques différents sera recherché.

Territoire Oise-Ouest :
Considérant l'existence d'offres de soins proches sur le présent territoire de santé et sur celui de Oise Est, pouvant satisfaire les besoins de santé de la population, une évaluation des conditions de poursuite ou d'arrêt des activités de chirurgie en hospitalisation complète ou ambulatoire du site dont l'activité est la plus faible sera réalisée au second semestre 2013.
Cette évaluation aura pour objectifs de déterminer ces conditions en termes de sécurité, de qualité, et d'efficience et au regard des besoins d'investissement pour y parvenir. Elle tiendra compte de l'existence d'une CHT sur ce territoire.

Territoire Somme :
Le développement des coopérations dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire et sous d'autres formes sera renforcé.

VOLET REANIMATION – SURVEILLANCE CONTINUE- SOINS INTENSIFS

Préambule

L'activité de réanimation, surveillance continue et soins intensifs est une activité structurante pour l'organisation des plateaux techniques en Picardie. Celle-ci conditionne la bonne organisation d'autres disciplines, notamment celle de la chirurgie, de la gynécologie obstétrique, de certaines prises en charge en cancérologie, celle de l'insuffisance rénale chronique et plus généralement de la médecine.

Cependant, comme pour la chirurgie ou la gynécologie obstétrique, la pérennisation de l'offre de soins est étroitement dépendante des effectifs médicaux en anesthésie-réanimation.
Les effets en matière d'évolution de la démographie médicale en particulier en anesthésie réanimation doivent être pris en compte dans une région disposant d'ores et déjà d'indicateurs de densité inférieurs en moyenne aux données nationales.
Par ailleurs, la qualité de l'organisation suppose une bonne articulation entre unités de surveillance continue et unités de réanimation. Cette fluidité de la filière reste très perfectible compte tenu d'une répartition des capacités d'accueil entre réanimation et surveillance continue qui mérite d'être ajustée.

L'enjeu de ce volet tient précisément à la nécessité de repenser l'organisation de cette activité, en veillant d'une part, à augmenter la capacité d'accueil en surveillance continue très insuffisante, par transformation pour partie de certaines unités de réanimation, d'autre part à organiser l'activité de réanimation à un échelon territorial, permettant de répondre à la problématique de l'accès aux soins.

Le maillage de l'offre en unités de soins intensifs spécialisés devra également être ajusté dans le sens d'une meilleure gradation des soins.

1 DIAGNOSTIC

Rappel réglementaire

L'activité de réanimation est une activité soumise à autorisation, alors que la surveillance continue et les soins intensifs sont soumis à reconnaissance contractuelle.

Pour ces types de soins, les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement sont définies par le Code de la Santé Publique.

Du point de vue de l'organisation de l'offre de soins, les différentes structures répondent à des besoins différents :

- les unités de réanimation sont destinées à des patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. La capacité médicale minimale est de 8 lits mais une autorisation d'activité peut être accordée, à titre dérogatoire, pour 6 lits.

- les unités de soins intensifs sont spécialisées. Elles sont destinées à prendre en charge des patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter, une défaillance aigüe d'un

organe. Leur pronostic vital est mis en jeu à court terme, impliquant ainsi le recours à une méthode de suppléance.

- les unités de surveillance continue sont organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique, répétée et méthodique.

Bilan du maillage de l'offre de soins

Récapitulatif des types de soins par territoire pour l'année 2012

Equipement en réanimation, surveillance continue et soins intensifs de Picardie

Territoires	Etablissements	Réanimation	Réanimation Pédiatrique polyvalente	Surveillance continue	Surveillance continue pédiatrique	Soins intensifs
Aisne Nord Haute Somme	**CH St Quentin**	**X**		**X**		**X**
	St Claude			**X**		**X**
	CH Chauny			**X**		**X**
	CH Péronne			**X**		
Aisne Sud	**CH Soissons**	**X**		**X**		**X**
	CH Laon	**X**		**X non installée**		**X**
	CH Château-Thierry	**X**		**X**		**X**
Oise Est	**CH Creil**	**X**		**X**	**X**	**X**
	CH Senlis	**X**		**X non installée**		
	CH Compiègne	**X**		**X**		**X**
	St Côme			**X**		**X**
	CMC Jockeys			**X**		
Oise Ouest	**CH Beauvais**	**X**		**X**		**X**
	Parc St Lazare			**X**		
Somme	**CHU Amiens**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
	GSV Pauchet			**X**		**X**
	Polyclinique Picardie			**X**		
	SAS Cardio-Urgences			**X**		**X**
	CH Abbeville	**X**		**X non installée**		**X**
	Sainte Isabelle			**X**		
	CH Doullens			**X**		
	Picardie	**10**	**1**	**21**	**2**	**14**

Le bilan peut être dressé pour 2011 comme suit :

- 10 établissements sont autorisés à exercer une activité de réanimation dont 1 établissement qui réalise moins de 2000 GHMC en 2010 ;

- 21 établissements bénéficient d'une reconnaissance contractuelle en surveillance continue dont 11 disposent d'une unité de surveillance continue non adossée à une structure de réanimation et 1 n'exerce plus son activité en chirurgie ;

- 14 établissements sont reconnus pour exercer une activité de soins intensifs dont :
  - 6 pour une unité de soins intensifs spécialisée en neuro-vasculaire (USINV)
  - 11 pour une unité de soins intensifs en cardiologie (USIC),
  - 3 établissements privés possèdent une unité de soins intensifs.

Parallèlement, les établissements autorisés en réanimation ont déposé un dossier de demande de renouvellement d'activité en septembre 2011. Pour deux de ces établissements, l'ARS a adressé une injonction en vue du dépôt d'un dossier complet.
Une enquête a été réalisée en 2011 auprès des établissements disposant de soins de réanimation, surveillance continue et soins intensifs dans le cadre des travaux préparatoires aux cahiers des charges de la PDSES.
Seules les lignes de permanence sur place en réanimation et en anesthésie (nombre de lignes variant suivant le volume d'activité) ont été retenues.
Il a été retenu le principe de 4 à 5 ETP pour réaliser une ligne de permanence sur place (calcul en temps de travail continu : 4 à 5 ETP sont nécessaires pour réaliser les périodes de permanence des soins de 18 heures 30 à 8 heures 30 en semaine, et de 13 heures le samedi à 8 heures 30 le lundi matin).

Le récapitulatif des effectifs en ETP n'intègre ni les temps de travail additionnels ni le recours à des prestations externes de type intérim.

Enquête déclarative 2011	**Picardie**	**Aisne Nord**	**Aisne Sud**	**Oise Est**	**Oise Ouest**	**Somme**
Population 2007	1 900 344	298 593	284 250	466 012	330 607	520 882
REANIMATION						
Nombre d ES autorisés	10	1	3	3	1	2
Nombre de lits réanimation	137	12	24	30	11	60
Nombre de lits pour 100 000 hts	7,21	4,02	8,44	6,44	3,33	11,52
Nombre de journées	45 567	3 938	7 655	9 580	3 553	20 841
Nombre d'admissions	5 574	440	860	1 048	367	2 859
TMO	91,1%	89,9%	87,4%	87,5%	88,5%	95,2%
DMS	8,2	9,0	8,9	9,1	9,7	7,3
Taux de recours à la réanimation pour 10 000 habitants	29,33	14,74	30,26	22,49	11,10	54,89
SURVEILLANCE CONTINUE*						
Nombre d ES reconnus pour une SC	20	4	3	5	1	7
Nombre d'ES dont les lits sont installés	16	4	1	4	1	6
Nombre de lits SC	137	28	4	21	6	78
Nombre de lits SC pour 100 000 hts	7,21	9,38	1,41	4,51	1,81	14,97
Nombre de journées SC	37 756	9 449	1 385	2 856	769	23 297
Nombre d'admissions	8 872	2 227	335	606	218	5 486
TMO SC	75,5%	92,5%	94,9%	37,3%	35,1%	81,8%
DMS	4,26	4,24	4,13	4,71	3,53	4,25
Taux de recours à la SC pour 10 000 habitants	46,69	74,58	11,79	13,00	6,59	105,32
* 1 établissement non répondant						
SOINS INTENSIFS						
Nombre d ES reconnus pour une SI	14	3	3	3	1	4
Nombre de lits SI	175	34	20	42	12	67
Nombre de lits SI pour 100 000 hts	9,21	11,39	7,04	9,01	3,63	12,86
Nombre de journées SI	48 945	8 766	5 769	9 810	3 615	20 985
Nombre d'admissions	12 894	2 474	1 715	2 870	864	4 971
TMO SI	76,7%	68,3%	85,4%	57,8%	108,4%	89,9%
DMS	3,8	3,5	3,4	3,4	4,2	4,2
Dont nombre de structures reconnues USIC	11	2	3	2	1	3
Dont nombre lits en USIC	90	18	16	17	8	31
Nombre de lits USIC pour 100 000 hts	4,74	6,03	5,63	3,65	2,42	5,95
Nombre de journées USIC	28 053	5 455	4 639	4 667	2 758	10 534
Nombre d'admissions USIC	7 829	1 404	1 355	1 635	634	2 801
TMO USIC	85,40%	83,03%	79,43%	75,21%	94,45%	93,10%
Dont nombre de structures autorisées USINV	6	1	1	2	1	1
Dont nombre lits en USINV	29	6	4	9	4	6
Nombre de lits USINV pour 100 000 hts	1.53	2.01	1.41	1.93	1.21	1.15
TMO USINV	71,74%	70,55%	62,53%	71,87%	58,70%	87,58%
Nombre ETP Anesthésistes réanimateurs	**182,88**	**20,85**	**21,1**	**36,83**	**11,4**	**92,7**
Nombre d'ETP consommés en garde	108	18	18	21	9	42
% de temps médical consommés en garde	**59,06%**	**86,33%**	**85,31%**	**57,02%**	**78,95%**	**45,31%**

Sources : Enquêtes déclaratives PDSES et Réanimation 2011

Légende

- USIC : unité de soins intensifs cardiologiques
- USINV : unité de soins intensifs neuro-vasculaires
- SC : surveillance continue
- TMO : taux moyen d'occupation
- DMS : Durée Moyenne de Séjour

Les principaux points à souligner sont les suivants :

1) Pour l'activité de réanimation et surveillance continue

- Le taux d'équipement en réanimation révèle un maillage inégal suivant les territoires de santé.

Le taux d'équipement moyen régional avoisine le taux moyen national qui s'élève à 7,4 (enquête DHOS-2009). Cependant, les taux d'équipements montrent un suréquipement du territoire Aisne Sud. Pour le territoire Somme, le taux d'équipement élevé est lié à la présence du CHU qui dispose d'unités de réanimation spécialisées correspondant à son activité de recours (réanimation pédiatrique, néphrologie, neurochirurgie…).

- Les unités de réanimation ne sont pas encore toutes parvenues à se mettre aux normes.

Certaines d'entre elles ne disposent pas de lits de surveillance continue (exemples : Senlis, Laon, Abbeville) et, par ailleurs, on observe de profondes disparités territoriales.

- Le maillage et la répartition des capacités d'accueil en réanimation et surveillance continue restent à affiner.

La filière réanimation – surveillance continue n'est pas efficiente et suffisamment fluide, comme en témoignent les taux d'occupation respectifs de ces deux activités.
Certains établissements ont des taux d'occupation supérieurs à 100% en réanimation, comme les centres hospitaliers de Compiègne et de Château Thierry. Le CHU présente un taux d'occupation également très élevé à 96%.
Inversement, certains centres hospitaliers (Compiègne) présentent des taux d'occupation en surveillance continue faibles (57,3%).
Enfin, en termes d'efficience, les organisations internes restent à améliorer avec la recherche d'un regroupement des unités de surveillance continue et un rapprochement des unités de réanimation.
Ces constats témoignent de la nécessité d'engager une réflexion sur l'articulation entre unités de réanimation et surveillance continue, mais aussi avec les autres services cliniques de l'établissement, afin de mieux dimensionner chacune de ces structures de prise en charge et d'améliorer le passage de l'une à l'autre quand l'état de santé du patient le justifie. Il sera également utile d'analyser les différents types de prise en charge en réanimation.

- Le taux de recours à la réanimation varie fortement d'un territoire à un autre.

Si on exclut le territoire Somme, du fait de la présence du CHU et de son rôle de recours qui introduit un biais dans l'analyse, on peut considérer que le taux de recours est élevé en Aisne Sud et bas en Oise Ouest.

Concernant l'Oise Ouest, ce territoire de santé présente un sous-équipement apparent qu'il faut cependant relativiser par la forte attractivité du pôle amiénois sur le nord du département de l'Oise, cette zone de population se tournant naturellement vers la Somme.
L'Aisne Nord Haute Somme semble souffrir d'un sous-équipement au regard de l'importance de l'activité du territoire, si on en croit le taux d'occupation qui est supérieur à 100%.
En revanche, pour le territoire Aisne Sud, on constate un réel suréquipement.

- Les données relatives aux effectifs médicaux en anesthésie-réanimation sont très préoccupantes et militent en faveur d'une réflexion sur l'organisation et le maillage des activités de réanimation et de surveillance continue.
Les données réalisées sur une base déclarative rappellent le nombre d'ETP de chaque établissement, spécialisés en anesthésie-réanimation. L'enquête n'est pas tout à fait exhaustive (il manque 3 établissements) mais on décompte un peu plus de 180 ETP.
Pour organiser la permanence des soins en réanimation et en anesthésie, suivant le nombre de lignes de permanence déclarées dans l'enquête 2011 par les établissements, il faut mobiliser environ 100 ETP et consacrer 59% du temps médical à l'organisation de la seule activité de permanence de soins (de nuit et de weekend).

- L'organisation de l'activité de prélèvements d'organes est encore très perfectible.
Cinq établissements publics sont financés : CHU, Saint Quentin, Laon, Compiègne et GHPSO.

2) Pour les soins intensifs spécialisés (dont USIC, USINV…)

- USIC : 11 établissements ont une reconnaissance pour pratiquer une activité d'unité de soins intensifs en cardiologie pour un total de 90 lits et un taux d'équipement de 4,7 lits pour 100 000 habitants.
Cet indicateur est très variable en fonction du territoire de santé mais il doit être lu également au regard du nombre de sites autorisés à pratiquer une activité d'imagerie par voie endo-vasculaire en cardiologie.
Il est à noter que parmi ces 11 sites, 5 sites ne sont pas autorisés à pratiquer une telle activité.
Le nombre de sites autorisés en USIC devra être apprécié au regard de l'évolution du maillage de l'offre de soins en imagerie par voie endo-vasculaire en cardiologie.

- USINV : 6 établissements ont une reconnaissance pour une activité d'unité de soins intensifs neuro-vasculaires.
Cependant, toutes les structures ne fonctionnent pas encore de façon efficiente, avec un nombre de lits installés inférieur à 6 et une organisation médicale à affiner. Le taux d'occupation régional (71,7%) est relativement faible.
La Picardie est une région particulièrement bien dotée avec un maillage permettant de répondre convenablement aux besoins de santé de la population, sous réserve d'installer tous les lits et d'affiner les organisations entre structures disposant ou non d'une USINV.

- SI spécialisés : Le CHU dispose d'unités spécialisées liées à son activité de recours (transplantation, hématologie clinique, onco-hématologie pédiatrique). Le CH de Compiègne dispose de deux lits en hématologie clinique.

3) En termes d'évolution des effectifs et de données de démographie médicale

Anesthésie / réanimation	Effectifs	Densité	% supérieur à 55 ans libre + mixte
Aisne	41	7,4	27%
Oise	52	6,3	17%
Somme	93	16	11%
Picardie	**186**	**9,5**	**16%**
France	**9615**	**15**	**18%**

Source Atlas CNOM 2011 – Effectifs, densité et part des 55 ans et plus en activité régulière

Globalement, des difficultés majeures sont attendues sur l'organisation de l'activité de réanimation surveillance continue, compte tenu des données de démographie médicale en anesthésie-réanimation[13]
.
La plupart des unités de réanimation des établissements les plus importants de la région ont une pyramide des âges assez similaire et on peut escompter des départs sur la même période.
Il est donc nécessaire d'anticiper des difficultés de recrutement et, par conséquence, de fonctionnement, d'autant plus que les capacités d'accueil en surveillance continue rattachées aux services de réanimation, vont augmenter.

Le recours à des médecins spécialisés dans d'autres disciplines (et notamment dans la spécialité médecine d'urgence pour l'organisation des activités de surveillance continue) est sans doute une des pistes à explorer, compte tenu de la reconnaissance de la médecine d'urgence comme un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires).

Cette opportunité pour l'organisation des structures de réanimation et de surveillance continue n'exonère pas, pour autant, la région d'anticiper les effets attendus de la démographie médicale.

2 OBJECTIFS

1 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

1.1 Faire évoluer le maillage actuel en structurant l'activité de réanimation-surveillance continue au niveau de chaque territoire de santé, selon un principe de graduation des soins

- **Niveau régional**

Le CHU est identifié comme seul niveau régional. Il dispose d'unités de réanimation spécialisées soumises à autorisation et d'unités de soins intensifs spécialisées soumises à identification. La réanimation pédiatrique polyvalente est assurée au CHU.

- **Niveau de recours infra régional**

Ce niveau dispose au moins d'une unité de :
- réanimation ;
- soins intensifs en cardiologie ;
- soins intensifs neuro-vasculaire.

Le recours infra régional doit être concentré sur des sites identifiés afin de garantir une utilisation effective et pérenne des structures de réanimation, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.
Il existe au moins une structure de réanimation par territoire de santé.
La prise en charge au niveau de recours infra régional est ainsi répartie au sein de chaque territoire de santé :

Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Somme
1	**1**	**2**	**1**	**1**

[13] *Etude démographique nationale CFAR – SFAR –INED 1999*
Etudes et résultats DREES n°161 et 679

L'effort de recomposition territoriale doit être poursuivi afin d'optimiser le temps médical spécialisé en anesthésie et réanimation.

Le niveau de recours doit être le garant de :

- la bonne organisation des prises en charge en réanimation et en surveillance continue du territoire de santé ;
- l'articulation entre unités de réanimation et unités de surveillance continue en proximité ;
- l'organisation de la permanence des soins sur le territoire de santé ;
- le partage de pratiques communes.

Si le territoire de santé comporte plusieurs structures de réanimation autorisées, chacune de ces structures définit un périmètre d'intervention au sein duquel elle organise les missions citées ci-dessus.

Les structures de réanimation peuvent être maintenues au sein de structures intermédiaires, elles agissent alors en lien étroit avec les centres de recours.

- **Niveau de proximité**

Les établissements non détenteurs d'une autorisation d'activité de réanimation, peuvent être dotés d'une surveillance continue en fonction des besoins territoriaux et compte tenu de l'éloignement géographique.

1.2 Définir des cahiers des charges régionaux permettant d'assurer la reconnaissance et l'évaluation des unités de surveillance continue et de soins intensifs

Il convient de définir des cahiers des charges régionaux pour chaque niveau de soins : unités de surveillance continue autonomes, unités de soins intensifs en fonction des spécialités notamment pour les activités USIC et USINV (en complément des circulaires existantes).

Les cahiers des charges permettent de garantir l'égalité d'accès aux soins de la population et une équité des conditions de reconnaissance. Ils visent à assurer à l'ensemble de la population un niveau de prestation équivalent quelle que soit la structure.

Le cahier des charges est structuré comme suit :

- Données d'activité (séjours, DMS, type de prise en charge…)
- Données de consommation de soins permettant de préciser les besoins de santé de la population ;
- Plateau technique requis ;
- Organisation médicale et paramédicale attendue ;
- Actions attendues en termes de politique d'amélioration de la qualité des soins et en particulier de développement d'actions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles ;
- Coopération à engager au sein du territoire de santé avec les autres établissements disposant d'unités de réanimation et de surveillance continue ou soins intensifs mais aussi avec le SAMU ;
- Coordination au sein de l'établissement entre unités de surveillance continue et autres services cliniques ;
- Indicateurs d'évaluation qualitatifs qui devront être définis par le COTER.

Pour les futures demandes de reconnaissance contractuelle, les besoins seront appréciés en fonction :

- du cahier des charges,
- des enquêtes prospectives visant à évaluer les éventuelles difficultés d'admission et de sortie de ces unités et de leurs motifs,
- l'analyse des séjours et des suppléments déclarés dans le PMSI.

Concernant les besoins en Unités de Soins Intensifs pour les activités en lien avec le SIOS (Schéma Interrégional d'Organisation des Soins), des groupes spécifiques seront créés.

2 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Finaliser la mise aux normes réglementaires des structures existantes

Les établissements disposant d'une autorisation de soins de réanimation doivent être dotés d'au moins une unité de surveillance continue.
La localisation des unités de surveillance continue doit être préférentiellement adjointe aux unités de réanimation sous la responsabilité de la même équipe afin de favoriser des mutualisations de moyens et la filiarisation des patients.

Renforcer les coopérations entre USC et unités de réanimation

Toutes les USC doivent définir, en lien avec la ou les unités de réanimation du territoire, les modalités d'admission et de retour des patients dans ces unités, notamment pour les patients présentant une ou plusieurs défaillances.
L'objectif est de réduire les délais d'admission en réanimation.
Les modalités de coopération doivent être formalisées au sein de chaque territoire de santé, dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire ou de façon élargie quand cela est nécessaire en associant les établissements privés.

Poursuivre les actions concourant à l'amélioration de la qualité des soins

Deux axes, en particulier, devront être développés :

- la formation des professionnels, indispensable au regard des besoins complexes des patients et de leur famille ainsi que de la technicité de certains actes ;
- la formalisation des protocoles et procédures : protocoles actualisés, référentiels de pratique professionnelle élaborés par les sociétés savantes ; prévention et lutte contre la douleur, infections nosocomiales, accidents iatrogéniques et prise en compte des problèmes éthiques.

Développer les prélèvements d'organes et de tissus

Un effort particulier doit être réalisé pour organiser et promouvoir les dons d'organes dans la région en maintenant le nombre de centres de prélèvements existants.

3 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Optimiser les capacités d'accueil en réanimation

Le maillage en réanimation est inégal et les taux d'équipements sont parfois un peu élevés notamment dans le territoire de santé Aisne Sud.
Il convient donc, au regard du développement des unités de surveillance continue, de revoir la capacité optimale en lits en réanimation par territoire de santé.
En raison de la technicité de cette activité, du niveau d'exigence en termes de ratio d'encadrement médical et paramédical, un regroupement des unités de réanimation sur les centres de recours infra régionaux est à organiser. Cette réorganisation de l'activité de réanimation doit s'accompagner d'un développement des unités de surveillance continue.

Poursuivre l'optimisation de la gestion des ressources médicales et paramédicales

Celle-ci passera par :

- le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue ;
- la fusion d'unités de petites tailles pouvant exister au sein d'un même établissement ;

- le respect des normes réglementaires (encadrement de personnel paramédical) pour les capacités d'accueil des unités de réanimation et soins intensifs de cardiologie.

L'UNV est préférentiellement située dans un service de neurologie, elle est composée de lits aigus pour la stabilisation de l'état clinique du patient et lits subaigus pour la suite du traitement. Selon les possibilités et facilités de l'établissement, pour des raisons d'efficience, de sécurité et de mutualisation des compétences, des lits aigus peuvent être situés dans ou à proximité d'une unité de soins intensifs cardiologiques ou, à défaut, d'une unité de surveillance continue.

Organiser la régulation des lits de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs

Il est indispensable d'améliorer la connaissance des disponibilités en lits en réanimation, surveillance continue et en soins intensifs spécialisés.
Les réanimateurs devront mener une réflexion sur la possibilité d'avoir un outil de régulation départemental, voire régional (utilité du Serveur Régional de Veille et d'Alerte : PICARDMED).
Une réflexion avec les établissements des régions frontalières pourra être conduite en complément.
Dans l'attente de la finalisation de cette organisation, les établissements doivent s'engager à partager les programmes de fermetures de lits temporaires et partielles, au sein de leurs unités de réanimation, surveillance continue et unités de soins intensifs.

4 OBJECTIFS RELATIFS A L'AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC L'AMBULATOIRE, LA PREVENTION ET LE MEDICO SOCIAL

Renforcer les partenariats avec l'aval

L'organisation de modules de formation spécifiques pour les personnels médicaux et paramédicaux des structures de soins accueillant les unités « Etat végétatif chronique/Etat pauci-relationnel » visera à fluidifier la filière des patients de réanimation et à réduire les durées moyennes de séjour.

Contribuer à l'évaluation des besoins en lits d'éveil pour les patients traumatisés graves

Il est nécessaire de suivre et quantifier les besoins de lits d'éveil pour les patients traumatisés crâniens graves et d'adapter l'offre régionale.

2 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

Créer un Comité Technique Régional portant sur l'organisation des prises en charge en réanimation, en surveillance continue et en soins intensifs chargé notamment d'évaluer la mise en œuvre du SROS PRS.

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

Définir via le COTER un cahier des charges des prises en charge médicales en fonction du principe de gradation des soins : il s'agit de définir les profils de patients pris en charge dans les différentes structures (centre de recours régional, infra régional, proximité avec les surveillances continues).

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation
Développer la recherche clinique au CHU en lien avec les autres établissements de la région intéressés.
Poursuivre la politique de création des postes partagés, conforme aux orientations du Projet Régional de Santé.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Mettre en place une adaptation à l'emploi des personnels de réanimation, surveillance continue et soins intensifs, en créant des formations mutualisées. Ces actions permettront de développer la formation mais aussi d'apporter un soutien psychologique aux personnels.

Accompagner les aidants dans leurs actions auprès de personnes ayant besoin d'une prise en charge ou d'un accompagnement
Assurer un accompagnement psychologique des familles en phase aiguë en incitant à l'intervention de psychologues ou à l'identification de postes de psychologues en réanimation.

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes
Poursuivre et finaliser la mise aux normes des structures de réanimation dans la région.

Développer le partage d'informations, entre les professionnels de santé et la population ou entre professionnels de santé
Mettre en place le Répertoire Opérationnel des Ressources et une organisation permettant de connaitre heure par heure le nombre de places disponibles en réanimation et surveillance continue. Cette coordination doit être engagée au niveau de chaque SAMU et au niveau régional.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre.
Assurer un suivi annuel de l'organisation de l'offre de soins en réanimation, surveillance continue et soins intensifs à partir des indicateurs définis par le COTER.

3 INDICATEURS D'EVALUATION

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :
- Nombre d'admissions et de journées
- Taux de recours,
- DMS et TMO,
- Distribution de l'indice de gravité simplifié « seconde version » (IGS2) des patients pris en charge,
- Nombre de séjours extrarégionaux (taux de fuite).

Pour les soins intensifs et la surveillance continue :
- Nombre de lits par établissement,
- Nombre d'unités par établissement,
- Nombre d'admissions et de journées
- DMS et TMO.

Parallèlement, le COTER sera amené à proposer des indicateurs d'évaluation complémentaires permettant de réaliser un tableau de bord régional du suivi des activités de réanimation, surveillance continue et soins intensifs.

Il s'agit notamment de définir des indicateurs qui permettraient d'évaluer la lourdeur de prise en charge de patient et le motif de l'admission.

Ces indicateurs pourraient comprendre par exemple :

- Pourcentage de patients ventilés,
- Pourcentage de patients bénéficiant d'une épuration extra – rénale,
- Taux des infections nosocomiales en unité de réanimation.

4 DECLINAISON TERRITORIALE

Implantations :

Territoire de santé	Réanimation pédiatrique		Réanimation adultes		Surveillance continue (*)		Unités de soins intensifs (*)		Dont Soins intensifs cardiologiques		Dont Soins intensifs neuro-vasculaires	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne Nord - Haute Somme			1	1	**4**	**4**	**3**	3	2	2	1	1
Aisne Sud			3	2 à 3	3	3	3	3	3	3	1	1
Oise Est			3	2 (-1)	5	5	3	3	2	2	2	2
Oise Ouest			1	1	**2**	**2**	1	1	1	1	1	1
Somme	1	1	2	2	**7**	**7**	4	4	3	3	1	1

(*) Rappels :
Les unités de surveillance continue et unités de soins intensifs ne sont pas soumises à autorisation mais à reconnaissance. Elles sont rappelées ici dans un souci de lisibilité et de vision globale de la prise en charge en réanimation – surveillance continue ou unités de soins intensifs dans la région.
Les unités de soins intensifs sont comptées pour une implantation, quel que soit le nombre de spécialités proposées par l'établissement.
Les *surveillances continues* liées à l'autorisation d'activité de réanimation sont retenues comme une implantation.
La *réanimation néonatale* relève du volet périnatalité.

Calendrier de mise en œuvre :

Une réflexion devra être construite sur l'organisation de l'activité de réanimation pour rendre effectif le schéma cible à horizon 2017.

Territoire Somme :
Le maintien de la totalité des activités autorisées et à reconnaissances contractuelles répond aux besoins de la population via les trois niveaux de recours. Les lits de surveillance continue devront être installés lorsque ce n'est pas encore le cas.

Aisne Nord-Haute Somme :

Les implantations de surveillance continue sont maintenues à l'identique afin de bien mailler le territoire en niveau de proximité. Il en est de même pour les activités de soins intensifs, dont les USIC.

Aisne Sud :
Les implantations de surveillance continue sont maintenues à l'identique afin de bien mailler le territoire en niveau de proximité.
Il en est de même pour les activités de soins intensifs, dont les USIC. .

Pour les implantations de réanimation : compte tenu de l'activité constatée dans les sites actuellement autorisés, une évaluation sera menée sous 2 ans soit en 2015 afin de déterminer la pertinence du maintien des 3 sites. Une fourchette est ainsi prévue de 2 à 3.

Oise Est :
Les activités soumises à reconnaissance contractuelle (soins intensifs, surveillance continue) sont maintenues à l'identique.
Quant à la réanimation, un rapprochement des unités situées à faible distance sera réalisé dans le cadre de la réorganisation des activités internes d'un (des) établissement(s).

Oise Ouest :
Il n'y a aucun changement pour ce territoire.

VOLET CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

PREAMBULE

La cardiologie interventionnelle a fait l'objet d'une révision dans le précédent SROS 3 en mars 2010. Les autorisations ont été accordées en 2010.

Pour autant, l'ARS a fait le choix de ne pas mettre en œuvre certaines orientations proposées par le SROS 3 afin de consolider l'offre de soins existante et en particulier certains centres de recours infra régionaux avant d'autoriser l'activité de certains établissements, dont l'activité était naissante.

Ce présent volet actualise les données d'activité et propose de nouvelles orientations compte tenu de la consolidation de la continuité des soins obtenue par chacun des établissements actuellement autorisés.

Pour mémoire, la cardiologie interventionnelle définit strictement les conditions d'implantation et de fonctionnement de 3 types d'activité :

- *Activité 1* : les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.
- *Activité 2* : les 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.
- *Activité 3* : les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

Les trois modalités différentes d'exercice de la cardiologie interventionnelle sont encadrées par des conditions d'implantation, des conditions techniques de fonctionnement et un seuil annuel minimal d'actes par site pour chacune d'entre elles.

L'enjeu à 5 ans de cette activité est à la fois de poursuivre le développement de l'offre de soins existante tout en envisageant l'ouverture de nouvelles activités dans un souci de renforcement des centres de recours à l'échelon de chaque territoire de santé.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1 Implantations

Production d'actes soumis à seuil par les établissements autorisés

basé sur la circulaire d'Août 2009 et actes CCAM validés par le COTER		Activité type 1			Activité type 2			Activité type 3		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Somme	CHU	276	246	278	17	24	31	587	596	654
	SARL PECV Amiens	80	89	85				789	762	810
	CH Abbeville	/	/	14						
Oise Est	CH Creil	31	19	46				176	678	841
	CH Compiègne	/	/	/				724	693	697
Aisne Nord - Haute Somme	CH St Quentin							244	339	438
Picardie		387	354	423	17	24	31	2 520	3 068	3 440

Rouge : seuil non atteint - Vert : seuil dépassé

1.2 Démographie des professionnels de santé

Médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires en activité libérale et mixte par tranche d'âge CNOM (- source : atlas de la démographie médicale au 1.1.2011 CNOM)

Département	Hommes	Femmes	Total	Densité	% >= 55 ans libéral + mixte
Aisne	27	5	32	5.8	41%
Oise	39	11	50	6.1	22%
Somme	42	13	55	9.5	18%
Picardie	108	29	137	7.0	25%
			France Métropolitaine	9.3	31%

1.3 Epidémiologie

Taux comparatif de mortalité en 2004-2006 pour 100 000 habitants

La Picardie présente une surmortalité de + 15% par rapport à la moyenne nationale.

Parmi les 22 régions métropolitaines, la Picardie est au 3è rang des régions présentant les plus fortes mortalités pour maladies de l'appareil circulatoire.

La mortalité par maladies cardiovasculaires est plus élevée en Picardie que dans l'hexagone pour chacun des sexes et à tous les âges, avec une surmortalité masculine maximale entre 55 et 64 ans.

Taux de mortalité par cardiopathie ischémique en 2004-2006 pour 100 000 habitants

Il est à noter que les études épidémiologiques récentes relatives à la prévalence des maladies cardiovasculaires en Europe montrent une baisse de l'incidence des maladies, à âge égal, dans la plupart des pays européens, y compris ceux comme la France où la prévalence de la maladie athéroscléreuse est faible.

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

Activité de type 1 : Rythmologie

La rythmologie interventionnelle est une activité essentiellement programmée pour laquelle la mise en œuvre de moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessite une compétence particulière.

L'autorisation porte sur la totalité des actes décrits, elle ne peut être limitée à une seule composante de ce type d'actes. Le seuil d'autorisation d'activité retenu est de 50 actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire.

Les recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) apportent des précisions complémentaires pour les procédures d'ablation endocavitaire, en distinguant deux niveaux :

- Niveau I : 50 à 100 procédures d'ablation par an ; ablations à faible risque de complications graves (ablation de flutter et de la jonction auriculo-ventriculaire)
- Niveau II : plus de 100 procédures d'ablation par an ; ablations à risque plus élevé de complications graves (toutes les autres ablations).

Les nouveaux actes pris en compte pour le calcul du seuil en 2010 et 2011 sont des actes à risque élevé de complications, réalisés en majeure partie par l'établissement de recours régional. Toutefois, cette distinction de niveau ne présente pas de caractère réglementaire.

D'autres recommandations de la SFC sont relatives au volume d'activité d'un centre formateur : 50 systèmes de resynchronisation par an, 80 à 100 défibrillateurs par an, 150 procédures d'ablations autres que la jonction auriculo-ventriculaire par an.

Sur les 5 structures autorisées pour la mention « rythmologie » (3 dans la Somme, 2 dans le territoire Oise Est), deux établissements dépassent le seuil exigé. Une structure voit son activité augmenter progressivement, depuis son ouverture à la mi-année 2009 et un établissement proposant l'activité rythmologie n'a pas enregistré d'actes soumis à seuil.

Activité de type 2 : Cardiopathies de l'enfant

Le seuil minimum annuel est fixé à 40 cathétérismes interventionnels portant sur les cardiopathies de l'enfant, dont la moitié au moins réalisés sur les enfants.

Le CHU d'Amiens est le seul établissement autorisé pour cette activité, sans toutefois parvenir à atteindre le seuil requis. Actuellement, la tendance s'est inversée sans que, toutefois, le seuil de 40 soit atteint.

Activité de type 3 : Angioplasties coronariennes

Les autres cardiopathies de l'adulte concernent principalement le traitement interventionnel sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie des sténoses des artères coronaires.

Le nombre minimal d'actes que doit réaliser, par site, le titulaire de l'autorisation est fixé à **350 actes d'angioplastie coronarienne**.

Le nombre minimal par opérateur est de **125 actes d'angioplastie par an**.

Les établissements autorisés assurent la permanence des soins et pratiquent cette activité 24h/24.

Les indices de performance des centres objectivés par la réalisation de certains actes de haute technicité sont atteints par les structures amiénoises.

La permanence des soins sous forme d'astreinte interventionnelle non partagée est effective dans toutes les structures autorisées pour les angioplasties coronariennes. Dans ces cas, la garde sur place à l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques est indépendante.

Des protocoles de prise en charge des patients entre le SAMU et le service de cardiologie interventionnelle existent dans toutes les structures autorisées mais l'électrocardiogramme télétransmis est inconstamment présent.

Implantation de valves aortiques par voie percutanée

Les actes de pose de bioprothèses valvulaires aortiques, par voie artérielle transcutanée (DBLF001) ou par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans circulation extra corporelle (DBLA004), sont encadrés par l'arrêté du 3 juillet 2012.
L'établissement doit être titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation de cardiologie interventionnelle. Il doit, par ailleurs, réaliser au moins 24 implantations sur douze mois.

Le CHU d'Amiens est le seul établissement éligible à ce type d'activité.

En 2011, le nombre de séjours extrarégionaux (Ile de France essentiellement) réalisés pour les patients picards s'élève à :

- **DBLF001 : 71**
- **DBLA004 : 5**

2 OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

1.1 – Assurer une offre de soins graduée en cardiologie interventionnelle

La gradation des soins a vocation à répondre aux impératifs de la sécurité des soins et à assurer la juste utilisation des ressources.
Elle se structure autour d'une offre de proximité ville-hôpital (premier recours), d'un plateau technique de recours infrarégional et d'un niveau de recours régional.

Les activités de chacun de ces niveaux peuvent se résumer comme suit :

- **Recours régional**

Le recours régional assuré par le CHU d'Amiens a vocation à assurer la prise en charge de recours infrarégional de sa zone d'attractivité à laquelle s'ajoutent des missions de formation, d'enseignement, de recherche, des prestations spécialisées (chirurgie cardiaque), une expertise et une compétence spécifiques (implantation de bioprothèses aortiques, procédures présentant un risque élevé de complications graves dans le domaine de la rythmologie interventionnelle, actes interventionnels portant sur les cardiopathies congénitales).

- **Recours infra régional**

Le recours infrarégional doit prendre en charge 24h/24 dans une unité de soins intensif de cardiologie (USIC) toutes les pathologies cardiovasculaires graves, à risque vital. Ce niveau dispose et/ou organise l'accès à un plateau technique autorisé à la pratique de la cardiologie interventionnelle où la présence médicale 24h/24 est indispensable.
Ce niveau est présent sur tous les territoires de santé.

Des conventions doivent être formalisées (entre établissements de recours infra régional et recours régional d'une part et niveau de proximité d'autre part) afin d'établir des filières de prise en charge.

Les soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections cardiovasculaires relèvent du niveau de référence infrarégional : chaque territoire disposera d'une implantation avec hospitalisation complète et de jour.

- **Niveau de proximité**

Ce niveau assure la prise en charge des pathologies cardiovasculaires en consultations (cardiologues de ville et consultations avancées de cardiologie à l'hôpital) et dans un service de médecine polyvalente (ou de médecine à orientation cardiologique) adossé à un plateau technique et/ou à une unité de surveillance continue polyvalente.

1.2 – Assurer l'accès au recours infrarégional pour les angioplasties coronariennes dans tous les territoires

Deux territoires sont dépourvus de plateau technique pour les angioplasties coronariennes : Aisne sud et Oise Ouest.
La prise en charge se doit d'être organisée, en lien avec le CHU d'Amiens, ce qui contribuera à limiter les fuites extrarégionales et, sous réserve du respect des conditions réglementaires, à mieux répondre aux besoins de santé.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

2.1 Respecter les normes réglementaires

La qualité et la sécurité des soins reposent sur le respect des normes réglementaires (seuil d'activité, personnel, équipement, environnement technique) et des recommandations des sociétés savantes.

2.2 Optimiser la prise en charge des patients pluri tronculaires

La désobstruction coronaire doit pouvoir être mise en balance avec la chirurgie cardiaque dans le cadre d'une analyse médicale bénéfice-risque.
Il est donc souhaitable que les équipes de cardiologie interventionnelle aient accès en tant que de besoin à une télé-expertise en chirurgie cardiaque via des outils de télémédecine à développer avec le CHU d'Amiens.

2.3 Améliorer le dispositif d'organisation en rythmologie interventionnelle

L'offre en rythmologie interventionnelle n'a pas vocation à être proposée dans l'ensemble des territoires compte tenu des données de démographie médicale et de la nécessité de maintenir le CHU d'Amiens à son niveau de centre universitaire formateur.

Le CHU organisera l'accès de son plateau technique de rythmologie interventionnelle aux autres établissements afin de permettre aux praticiens formés de maintenir un exercice régulier de leur activité.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

3.1 Développer les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les démarches d'EPP doivent être développées afin d'optimiser la qualité des actes et le niveau d'opportunité de leur réalisation :

- description des filières et protocoles formalisés de prise en charge des patients dans le cadre de l'appartenance au réseau des urgences
- mise en place d'un *registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus** en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel de référence du réseau pour la stratégie de reperfusion en urgence
[(*) indicateurs préconisés par la SFC].

- protocoles conclus avec les cardiologues, chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs, les urgentistes et autres spécialistes du site sur les modalités de prise en charge des patients
- protocole formalisés de prise en charge des patients
- *protocole formalisé de compte rendu d'hospitalisation ou d'intervention en ambulatoire et délai de transmission**
- participation au protocole national de suivi des implantations des défibrillateurs et des stimulateurs multi-sites ;
- *fonctionnement effectif en réseau avec un ou des centres à haut niveau d'activité* (réunions de discussion thérapeutique communes, convention de repli pour certains patients à haut risque… ;)*
- participation à des réseaux de santé, à des réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- *évaluation critique de l'activité de cardiologie interventionnelle* ;*
- *mise en commun de l'expérience des médecins (réalisation de procédures complexes par plusieurs médecins, vacations régulières d'angioplasticiens expérimentés…)* ;*

- formation continue des personnels médicaux et paramédicaux ;
- évaluation de pratiques professionnelles dans le domaine de la prise en charge des syndromes coronariens aigus en phase aigüe et post-aigüe ;
- démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à la iatrogénie, à la matériovigilance ;
- conventions avec d'autres établissements pour la prise en charge des patients (en amont : urgences, et en aval : chirurgie cardiaque, unité de soins intensifs en cardiologie (USIC), réanimation, réanimation pédiatrique, soins de suite et de réadaptation).

3.2 Qualité et contractualisation

Dans le cadre du CPOM, seront pris en compte les indicateurs répertoriés ci-après ainsi que les indicateurs de fonctionnement sélectionnés par le Comité Technique régional (COTER) cardiologie interventionnelle (exemples : capacité d'hospitalisation de l'unité dédiée à ces activités ou capacité mise à disposition par d'autres activités de soins ; nombre de lits de réanimation, de lits de soins intensifs et de lits de surveillance continue ; qualification et compétences du personnel médical et paramédical….)

3.3 Améliorer la prise en charge de l'urgence cardiologique

Les urgences prises en charge par le SAMU sont adressées directement vers l'USIC ou vers le plateau technique spécialisé susceptible d'assurer la désobstruction coronaire 24h sur 24 tous les jours de l'année avec accès direct sans passage par les urgences.

Tous les SAMU et SMUR sont en capacité de réaliser la thrombolyse pré hospitalière à partir de protocoles.
Les cinq territoires de santé disposent de structures autorisées pour cette prise en charge.

La convention d'adhésion au réseau régional des urgences précisera :

- Le niveau attendu de l'unité de cardiologie interventionnelle dans les actions de sensibilisation du grand public et des médecins et dans la formation des personnels du SAMU ;
- Le matériel et les moyens de télécommunications adaptés pour optimiser l'information en temps réel (ECG embarqué avec possibilité de télétransmission) ;
- Les protocoles décisionnels précisant le rôle de chacun, les stratégies de reperfusion retenues.

Les signataires de la convention devront constituer des registres de la prise en charge des syndromes coronariens aigus.
[(*) indicateurs préconisés par la SFC].

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

4.1 Développer les efforts de prévention en pathologie cardio-vasculaire

La prévention passe par le dépistage précoce de facteurs de risques cardiovasculaires et leur correction (obésité, tabagisme, sédentarité, dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle) pour les populations ciblées à haut risque.

Les acteurs impliqués sont divers : établissements de santé, professionnels de santé libéraux, assurance maladie, médecine du travail, éducation nationale, association, pôles de prévention et d'éducation du patient, associations, etc.

La prévention secondaire, lorsque la maladie est déjà installée, est à développer lors d'un séjour hospitalier ou au sein de structures adaptées.

4.2 Fluidifier les parcours de soins

Après la phase aiguë, les patients peuvent être pris en charge, dans le cadre d'un réseau structuré autour des établissements autorisés en cardiologie interventionnelle :

- dans les structures de SSR disposant de la mention affection cardiovasculaire, en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour ;
- dans les services d'hospitalisation à domicile.

Les patients insuffisants cardiaques chroniques peuvent bénéficier de télésurveillance à domicile.

On insistera d'une part sur la nécessaire coordination entre les soins de courte durée et les soins de suite via des outils comme le logiciel « Trajectoire », et d'autre part sur le rôle de l'éducation du patient qui doit être une composante de sa prise en charge et dont il convient de développer l'information.

Ces deux dispositifs pourront utilement être organisés dans un cadre coopératif (sous la forme de convention, ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire ou d'une communauté hospitalière de territoire).

D'une manière générale, les liens entre professionnels impliqués dans la prise en charge, de l'amont jusqu'à l'aval, gagneraient à être formalisés.

3- DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Pérenniser le dispositif de financement des postes d'assistant partagé ;
- Promouvoir les postes d'internes dans les établissements hors CHU.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Impliquer les médecins généralistes dans le dépistage précoce ciblé sur les populations à risque.

Développer la promotion de la santé afin que les picards soient acteurs de leur santé

- Développer l'éducation thérapeutique des patients.

Développer le partage d'informations, que ce soit entre les professionnels de santé et la population ou entre professionnels de santé

- Renforcer le niveau d'information de la population pour le dépistage des facteurs de risque.

Améliorer l'observation sanitaire et médicosociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre

- Pérenniser le COTER cardiologie.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs d'activité
Données PMSI (attractivité et fuites)
Activités 1 et 3

- Nombre d'actes non soumis et soumis à seuil ;
- Nombre de séjours par territoire de santé selon l'origine géographique des patients ;
- Taux de mortalité hospitalière associée à un acte interventionnel ;
- Nombre de séjours en chirurgie cardiaque et/ou vasculaire suite à un acte interventionnel.

Activité 2

- Nombre de séjours (réanimation, USIC) suite à un acte interventionnel ;
- Nombre d'enfants de moins de 15 ans.

Indicateurs d'organisation

- Mise en place d'un registre de SCA (Syndromes coronariens aigus) en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires	Population	Activité 1 Rythmologie		Activité 2 Cardiopathies de l'enfant		Activité 3 Angioplasties coronariennes	
		2012	2017	2012	2017	2012	2017
Somme	520 882	3	2 à 3	1	1	2	2
Aisne Nord Haute Somme	298 593	0	0	0	0	1	1
Aisne Sud	284 250	0	0	0	0	0	1 (+1)
Oise Est	466 012	2	2	0	0	2	2
Oise Ouest	330 607	0	0	0	0	0	1 (+1)

Nombre d'implantations = Nombre d'autorisations (mises en œuvre ou non)

Pour les trois types d'activité, le maintien des autorisations sera examiné au vu de l'adéquation des structures aux exigences prévues par les textes s'appliquant aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie :

- Conditions techniques de fonctionnement,
- Atteinte du seuil minimal annuel d'actes,
- Conditions permettant de justifier, pour les médecins, d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels sous imagerie médicale, par voie endovasculaire.

Territoire Somme : les besoins de la population sont actuellement couverts par les structures autorisées. Le maintien de l'une des trois structures, pour la rythmologie interventionnelle, est conditionné par l'adéquation aux critères prévus par les textes qui seront vérifiés lors de la visite

de conformité. L'activité de type 2 (cardiopathies de l'enfant), devant répondre aux besoins de la région, sera examinée selon les mêmes exigences.

Territoire Aisne Sud : la création d'une activité de type 3 (angioplasties coronariennes) doit être envisagée, en lien avec le CHU d'Amiens, pour répondre aux besoins de la population de la zone de ce territoire.

Territoire Oise Ouest : la création d'une activité de type 3 (angioplasties coronariennes), en lien avec le CHU d'Amiens, devrait permettre de limiter les fuites extrarégionales.

VOLET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

PREAMBULE

L'organisation des soins de suite et de réadaptation a fait l'objet d'une refonte dans le cadre de la révision du SROS de troisième génération pour prendre en compte les dispositions des décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 (articles D . 6124-177-1 à D.6124-177-53 du Code de la santé publique).

Le présent volet du SROS-PRS s'inscrit dans la suite de cette révision dont la mise en œuvre a été initiée en septembre 2010 par la délivrance par le Directeur Général de l'ARS des premières autorisations de soins de suite et de réadaptation selon les nouvelles modalités :

- Autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes
- Autorisation accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non,
- Autorisation accompagnée de la mention d'une ou plusieurs prises en charges spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
    - Affections de l'appareil locomoteur
    - Affections du système nerveux
    - Affections cardio-vasculaires
    - Affections respiratoires
    - Affections du système digestif, métabolique et endocrinien
    - Affections onco-hématologiques
    - Affections des brûlés
    - Affections liées aux conduites addictives
    - Affections des personnes âgées poly pathologiques, dépendantes ou à risques de dépendance.

Les missions communes à l'ensemble des SSR sont de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elles associent le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de soins de suite et de réadaptation peuvent être admis directement ou transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-social.

Pour remplir ces missions, l'établissement de SSR doit être en mesure d'assurer :

- Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
- Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle

La coordination des structures de SSR doit être favorisée sur un même territoire d'intervention avec non seulement les établissements de court séjour mais aussi les structures d'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et les établissements et services médico-sociaux.

L'enjeu en Picardie repose sur la capacité à construire dans les 5 ans à venir, un maillage de l'offre de soins répondant à ces objectifs et s'inscrivant dans le cadre d'un principe de graduation des soins.

1 DIAGNOSTIC REGIONAL

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

1.1 Les implantations

Etablissements autorisés en soins de suite et de réadaptation polyvalents de Picardie

Etablissements autorisés en soins de suite et de réadaptation spécialisés de Picardie

Réalisation ARS de Picardie, OSA (septembre 2012). Source Arhgos (septembre 2012). Fonds Actique©.

1.2 Les équipements et les activités

❖ **Données sites exploités en 2010 par territoire**

	France	Picardie	Territoire santé Aisne Nord	Territoire santé Aisne Sud	Territoire santé Oise Est	Territoire santé Oise Ouest	Territoire santé Somme
Population 2007	64 700 000	1 900 344	298 593	284 250	466 012	330 607	520 882
Nombre de sites exploités en 2010		51	11	4	16	8	12
Lits HC	100 333	2 861	505	545	768	447	596
Indicateurs lits HC	15,51	15,06	16,91	19,17	16,48	13,52	11,44
Places HJ	7988	222	16	19	89	50	48
Indicateurs places HJ	1,23	1,17	0,54	0,67	1,91	1,51	0,92
Nombre de lits et place en moy		60,45	47,36	141,00	53,56	62,13	53,67
Nombre de sites ayant – de 60 lits		34	9	1	12	5	7

Source : Base SAE 2010

En 2011, on compte un nouveau site (Hôpital de Crèvecœur le Grand), portant le nombre de sites à 52 pour l'ensemble de la région.

❖ **Offre de soins SSR / spécialités**

	France	Picardie	Part de la Picardie	Territoire santé Aisne Nord	Territoire santé Aisne Sud	Territoire santé Oise Est	Territoire santé Oise Ouest	Territoire santé Somme
SSR sans spécialité	723	13	1,80%	5	0	4	2	2
Affections de l'appareil locomoteur	410	14	3,41%	3	1	2	3	5
Affections du système nerveux	373	13	3,49%	2	1	2	4	4
Affections cardio vasculaires	183	5	2,73%	0	2	1	0	2
Affections respiratoires	148	5	3,38%	1	1	1	0	2
Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	119	8	6,72%	1	1	3	1	2
Affections onco-hématologiques	32	0	0,00%	0	0	0	0	0
Affections des brulés	23	2	8,70%	0	0	0	0	2
Affections liées aux conduites addictives	114	5	4,39%	1	1	1	0	2
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	574	29	5,05%	5	3	10	3	8
PEC enfants/adolescents < 6ans	124	2	1,61%	0	0	1	0	1
PEC enfants/adolescents > 6ans	163	2	1,23%	0	0	1	0	1
Autorisations SSR	2 986	98	3,30%	18	10	26	13	31

Source : Base autorisations 2010 + Remontées ARS au 1er juillet 2011

Activité 2010 par territoire de santé

Territoire de santé	TOTAL journées	Taux de recours	DPC*	DMS**	Taux de fuites	Taux d'attractivité
Somme	190 526	36,58	25	31	25,2%	19,1%
Aisne Nord - Haute Somme	164 773	55,18	28	30	33,3%	25,9%
Aisne Sud	168 888	59,42	18	35	27,2%	40,2%
Oise Est	221 267	47,48	29	33	30,3%	32,3%
Oise Ouest	145 178	43,91	38	44	49,6%	28,5%
PICARDIE	**890 632**	**46,87**	**26**	**34**	**19,4%**	**16,9%**
France	**34 520 463**	**53,35**	**27**	**33**		

Source : PMSI-ATIH (Année 2010) Programme GDR-SSR
** DPC : Nombre de journées totales sur nombre de séjours (quelque soit le type de prise en charge)*
*** DMS : Nombre de journées totales sur nombre de séjours (en Hospitalisation Complète)*

Répartition 2010 du nombre de journée par tranche d'âge

	Nombre total de journées par tranche d'âge				Poids de chaque tranche d'âge dans le nombre total de journées		
Territoire de santé	**TOTAL**	**Enfants**	**Adultes**	**Personnes âgées**	**Enfants**	**Adultes**	**Personnes âgées**
Somme	190 526	5 629	80 969	103 928	3,0%	42,5%	54,5%
Aisne Nord - Haute Somme	164 773	677	74 568	89 528	0,4%	45,3%	54,3%
Aisne Sud	168 888	167	88 564	80 157	0,1%	52,4%	47,5%
Oise Est	221 267	15 282	89 391	116 594	6,9%	40,4%	52,7%
Oise Ouest	145 178	10 090	81 216	53 872	7,0%	55,9%	37,1%
PICARDIE	**890 632**	**31 845**	**414 708**	**444 079**	**3,6%**	**46,6%**	**49,9%**
France	**34 520 463**	**1 348 118**	**16 752 700**	**16 419 645**	**3,9%**	**48,5%**	**47,6%**

Pour 2010 on comptabilise 890 632 journées dont 444 079 pour les personnes âgées soit 50 %
Source : PMSI-ATIH (Année 2010) Programme GDR-SSR
Liste des tranches d'âge : - Enfant : âge inférieur à 18 ans
- Adultes : de 18 à 75 ans
- Personnes âgées : âge supérieur ou égal à 75 ans

❖ **Mode de sortie par territoire de santé**

Source : PMSI-ATIH (Année 2010) Programme GDR-SSR

Mode de sortie : Nombre de séjours en Hospitalisation Complète terminé selon chaque mode de sortie / Nombre total de séjours en Hospitalisation Complète terminée

En Picardie 71.2 % des séjours en Hospitalisation Complète se sont terminés par un retour au domicile.

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

57 autorisations d'activité en SSR ont été accordées en 2010 par l'ARS de Picardie. 85 mentions spécialisées ont été accordées dans ce cadre et 13 établissements ont été autorisés sans mentions spécialisées.

L'organisation de l'activité de SSR est marquée par de fortes disparités :

- *en termes d'accès aux soins* :

Le nombre de sites autorisés est très variable par territoire de santé. 52 sites exploitaient une autorisation d'activité de SSR en 2011 dont près de la moitié sont situés dans l'Oise. De même, certaines spécialités ne sont pas proposées dans tous les territoires de santé ; ainsi l'activité de SSR mention spécialisée prise en charge des affections onco-hématologiques n'est pas proposée dans la région.

- *en termes de taux d'équipement* :

Le taux d'équipement est globalement satisfaisant et correspond à la moyenne nationale (15,06 lits pour 1000 habitants contre 15,51 en moyenne nationale pour 2010 – SAE). Cependant, ce taux est variable d'un territoire de santé à l'autre. Il est très en deçà de la moyenne sur le territoire de santé Somme (11.44) par exemple, mais très largement

supérieur dans le territoire de santé Aisne Sud (19.17) et dans une moindre mesure dans les territoires de santé Aisne Nord-Haute Somme (16.91) et Oise Est (16.48).
Ce taux d'équipement doit cependant, être lu au regard des taux de fuites et des taux d'attractivité. Ainsi, l'Aisne Sud dispose d'un taux d'équipement très largement supérieur aux moyennes mais le taux d'attractivité de ce territoire est de plus de 40%. Il est lié en particulier à l'existence d'un site spécialisé en SSR de plus de 400 lits qui recrute très largement des patients orientés par des établissements franciliens. Le même constat peut être formulé pour le territoire de santé Oise Est dans une moindre mesure (taux d'attractivité de 32.3%).

Inversement, le taux d'équipement inférieur à la moyenne du territoire de santé Oise Ouest doit être lu au regard d'un taux de fuite important de 49.6%.

- *en termes de consommation de soins* :

Le taux de recours en Picardie, est inférieur à la moyenne nationale (46.87 journées pour 100 habitants contre 53.35 en moyenne nationale). Mais, une fois encore, l'atypie des territoires de santé Aisne Nord-Haute Somme et Aisne Sud se confirment tandis que le territoire de santé Somme a un taux de recours très inférieur aux moyennes, lié sans doute à un sous équipement en capacités SSR.

- en *termes de capacités d'accueil de structures autorisées* :

Le nombre moyen de lits et places par structure s'élève en 2010 à 60.4 lits et places. Cependant, la médiane se situe à 40 lits et 34 structures disposent de moins de 60 lits. Seuls 6 sites (en réunissant les 2 sites de Corbie qui exploitent le même plateau technique), disposent d'une capacité d'accueil supérieure à 100 lits. Ces sites ont souvent une attractivité régionale voire extra régionale.

19 sites sur les 52 en exercice, proposent uniquement une activité de SSR.

Le relatif éclatement des structures (52 sites exploités en 2011 pour 1.9 millions d'habitants) et le nombre de mentions spécialisées de ces différentes structures, pose de réelles difficultés en termes de respects des conditions règlementaires de fonctionnement. En effet, la circulaire relative aux organisations d'activités en SSR prévoit l'intervention pour chaque mention spécialisée d'un certains nombre de personnels médicaux ou non médicaux spécialisés. Or, les problèmes de démographie médicale et des professionnels de santé spécialisés dans leur ensemble, ne permettent pas à ces structures de recruter ces compétences pourtant indispensables à la prise en charge des patients.

- *en termes de fluidité des filières de soins* :

Les filières de prise en charge ne sont pas suffisamment identifiées. La Durée de Prise en Charge (DPC) régionale est très proche de la valeur nationale, respectivement 26 et 27 jours. Les DPC seront à analyser au regard de chaque mention spécialisée.

Les outils de coordination entre structures de court séjour et structures SSR ne sont pas suffisamment développés. L'outil TRAJECTOIRE est par exemple, développé uniquement dans le territoire de santé Oise Ouest à ce jour. Les filières de soins ne sont pas identifiées en tant que telles.
La filière de soins pour la prise en charge des patients victimes d'AVC pose particulièrement problème avec des difficultés à faire admettre les patients dans des SSR polyvalents, notamment.
Concernant la filière en aval, la proportion de patients réorientés vers leur domicile après la prise en charge en SSR, est beaucoup plus faible que la moyenne nationale (71% en

Picardie contre 75% en moyenne nationale). Le taux de réorientation vers une structure MCO est élevé et peut concerner jusque 20% des patients dans certains territoires.
Ces chiffres illustrent les difficultés rencontrées par ces structures pour assurer l'ensemble de leurs missions en qualité de SSR spécialisés notamment.

Synthèse :
Le maillage régional en SSR est caractérisé par son éclatement et l'absence d'une organisation graduée des activités de SSR.
Le SROS 3 a voulu largement développer les prises en charge spécialisées en SSR. Cependant, la dispersion des moyens et les problèmes de démographie médicale rendent difficile la mise en œuvre d'un tel projet. Un certain nombre de structures pourraient ainsi se retrouver fragilisées et être en difficulté pour assurer les missions qui leur ont été confiées. Cette fragilité pourrait s'accentuer dans l'avenir si les modalités de financement venaient à évoluer.
L'enjeu est aujourd'hui d'accompagner la réorganisation des activités SSR de façon à concilier le développement d'une activité de proximité structurée autour d'un socle de base et d'une activité spécialisée selon un principe de graduation des soins.
Il est en outre, fondamental d'inciter à la constitution de structures disposant d'une capacité d'accueil suffisante pour d'une part répondre aux conditions règlementaires de fonctionnement et d'autre part, pouvoir faire face à une réforme annoncée du financement.
Certaines recompositions ont pu être engagées, il faut les poursuivre.

2 OBJECTIFS

1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

1.1 Organiser une répartition équilibrée des structures SSR selon un principe de graduation des soins

L'exercice de l'activité de soins de suite doit s'inscrire dans le cadre du développement des filières de soins (cf. : 1.3 Améliorer la fluidité des filières de prise en charge). Les structures SSR s'inscrivent également dans le cadre d'une offre de soins graduée, organisée autour :

- D'un niveau de proximité :
-

Les établissements de proximité sont des établissements proposant des activités sanitaires ou sanitaires et médico–sociales. Ils peuvent proposer une activité de soins de suites et réadaptation. Il s'agit dans ce cas de proposer une activité de soins de suites polyvalents sans mention spécialisée, répondant aux besoins de santé de la population en proximité et s'inscrivant dans le cadre notamment, de la filière gérontologique à laquelle ils sont rattachés.
Il est à noter que l'activité de soins de suites polyvalents comprend la prise en charge de patients âgés dépendants ou la prise en charge de patients victimes d'AVC.

Ces établissements de proximité peuvent être amenés du fait d'une spécialité qu'ils ont développée, à proposer une activité de SSR spécialisée notamment pour la prise en charge des affections liées aux conduites addictives.

Les unités Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci-relationnel (EVC – EPR) devraient également être organisées en proximité. Ces dernières sont régies par la circulaire du 3 mai 2002, à ce titre, elles sont de préférence accolées à des structures autorisées en SSR, mais ne doivent pas être elles-mêmes autorisées en tant que SSR. Ces unités font en revanche l'objet d'une reconnaissance contractuelle dépendant de l'identification du besoin par l'ARS et du respect du cahier des charges annexé à la circulaire du 3 mai 2002. De plus, comme le précise la circulaire, s' « Il est indispensable qu'il existe en permanence un partenariat étroit avec un service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) à orientation neurologique. », les unités EVC-EPR ne sont pas nécessairement adossées à des établissements SSR disposant d'un tel service et aujourd'hui identifiables via la mention « prise en charge des affections du système nerveux ».

- De centres de recours infra régionaux :

Les centres de recours infra régionaux ne sont pas forcément adossés à des centres de recours MCO. Au contraire, l'activité de SSR étant une activité très spécifique, le développement de centres autonomes, structurés, attractifs et travaillant en étroite collaboration avec les centres de recours infra régionaux de court séjour, est encouragé.

L'objectif est de pouvoir disposer au sein de chaque territoire de santé de filières de soins s'appuyant sur des structures SSR spécialisées dans le domaine :

- De la prise en charge des AVC et plus généralement des affections du système nerveux ;
- De la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, dans le cadre d'une filière de soins gériatrique ;
- De la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur ;
- De la prise en charge des affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens ;
- De la prise en charge des patients pour les mentions cardio-vasculaires ou respiratoires.

Les structures SSR de recours infra régional ne proposent pas forcément toutes les spécialités et sont même le plus souvent spécialisées dans certains domaines. Elles s'apportent mutuellement leur expertise par le biais de conventions.

Ces centres de recours assurent également une activité polyvalente de proximité.

- De centres de recours régionaux :

Les centres de recours régionaux ne se limitent pas au CHU du fait de la spécificité de l'activité SSR.

L'objectif est de pouvoir disposer au sein de la région d'une activité de recours très spécialisée dans certains domaines :

- Sur la prise en charge des AVC et plus généralement de certains patients neurologiques lourds ;
- Sur la prise en charge des enfants et des adolescents ;
- Sur la prise en charge des affections du système digestif, métabolique et endocrinien (prise en charge de nutrition parentérale, obésité massive, pieds diabétiques….) ;
- Sur la prise en charge des patients pour les mentions cardio-vasculaires ou respiratoires ;
- Sur la prise en charge des affections onco-hématologiques ;
- Sur la prise en charge des brûlés.

1.2 Améliorer l'accès aux soins dans le territoire de santé Somme

Le territoire de santé Somme souffre d'un taux d'équipement qui nuit à la fluidité des filières de prise en charge et contribue à augmenter la durée moyenne de séjour des structures sanitaires et notamment du CHU, dans le cadre de ses missions de proximité.

L'organisation de l'offre de soins SSR dans le territoire de santé Somme doit être renforcée mais aussi réorganisée du fait de la dispersion des structures comme des spécialités. Il s'agit de :

- consolider le site de Corbie public et privé comme un plateau technique de recours infra régional voire régional pour certaines spécialités. La répartition des spécialités sera revue de façon à asseoir le développement et la capacité d'accueil des deux structures présentes à Corbie devrait être augmentée ; un secteur de prise en charge en hospitalisation complète, des adolescents en surpoids sera à créer par redéploiement ;
- poursuivre les recompositions engagées pour chercher à augmenter la capacité d'accueil des structures de proximité dans le cadre d'un projet de fusion sur le littoral ou à renforcer leurs spécialités (addictologie dans le cadre du projet des Centres Hospitaliers de Montdidier et Roye) ;
- constituer un seul plateau technique SSR à Abbeville;
- imposer le CHU comme un centre de recours régional pour certaines mentions spécialisées : neurologie lourde ; brûlés enfants. (le CRF des 3 vallées étant centre de recours pour la prise en charge des brûlés adultes),…
- prévoir une autorisation pour les affections onco – hématologiques

1.3 Améliorer la fluidité des filières de prise en charge

La fluidité des filières de soins est un objectif central du SROS PRS. Il convient impérativement d'améliorer la coordination et l'articulation des structures de court séjour et des unités de SSR.
Cet objectif doit être décliné pour chaque filière et en priorité pour 2012 - 2013 pour les filières gériatriques et AVC.

Cela passe par :

- l'établissement d'une cartographie des filières recensant l'ensemble des partenaires associés par territoire de santé ;
- la création d'outils de coordination comme le déploiement de l'outil TRAJECTOIRE sur l'ensemble de la région ;
- la mise en place d'indicateurs permettant d'évaluer à chaque étape, les filières de prise en charge et en particulier d'évaluer les points de fragilité comme les délais de passage d'une structure de court séjour à une structure de SSR, puis d'une structure SSR au domicile ou à une structure médico-sociale.

Pour la filière AVC, la création d'une cellule de coordination régionale et de postes de coordinateurs par Unités Neuro Vasculaires (UNV) (ST Quentin – Soissons – Compiègne – GHPSO), doit permettre de finaliser ce travail à horizon fin 2013.
Les principaux objectifs sont de réduire la DMS dans les UNV et de réduire les délais constatés entre la date de demande d'admission en SSR et la date d'admission effective du patient.

1.4 Renforcer l'évaluation des structures SSR et en particulier des SSR polyvalents

Le programme de visites de conformité des structures SSR doit permettre une première évaluation des organisations mises en place et du respect des engagements pris par les établissements autorisés à exercer cette activité.
Pour autant, ces visites de conformité ne sauront suffire. Il convient en particulier, d'évaluer régulièrement les refus d'admission en SSR et les motifs invoqués, en particulier pour les activités de SSR polyvalents.

En fonction des analyses conduites, des plans d'actions devront être engagés pour faciliter la fluidité des prises en charge.

1.5 Engager la réflexion portant sur la définition et le dimensionnement de filières pour la prise en charge des patients cérébro-lésés.

La réflexion engagée pour évaluer le dimensionnement nécessaire à la prise en charge des patients cérébro-lésés, n'a pu être achevée. Il convient d'engager un travail pour réévaluer les besoins en capacités d'accueil EVC – EPR notamment, en plus de la structure existante à St Valery.

2 AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

2.1 Accompagner la mise aux normes des structures autorisées en SSR

Les décrets du 17 avril 2008, la circulaire du 3 octobre 2008, les recommandations (HAS, sociétés savantes…) précisent les conditions de fonctionnement des structures SSR en fonction des différentes mentions de prises en charges spécialisées.
Les visites de conformité organisées en 2012-2013 devront permettre d'évaluer le degré de conformité de l'ensemble des structures. Cependant, au regard de quelques visites de conformité organisées en amont, l'ARS constate les difficultés pour les établissements autorisés à se conformer à l'ensemble des obligations.
La mise en conformité des structures est un objectif réaffirmé car elle permet pour une structure de répondre véritablement aux besoins de santé de la population dans les spécialités concernées ; elle prendra également en compte les objectifs repris aux points 3 et 4 ci-après.

2.2 Organiser le plus en amont possible l'évaluation du patient dans les structures MCO pour anticiper son orientation vers une structure SSR

L'intervention des médecins de rééducation au sein des structures de court séjour est à encourager. Elle doit permettre de préparer le plus en amont possible, le projet de soins et l'orientation vers une structure de SSR adaptée.

2.3 Créer une équipe mobile de rééducation en particulier dans le cadre de la filière AVC

Le besoin d'une équipe mobile de rééducation est particulièrement important pour l'organisation de la filière AVC et l'amélioration de la prise en charge des patients pris en charge dans ce cadre.

Il s'agit d'étudier la possibilité de rattacher à une des structures SSR spécialisées dans la prise en charge des affections du système nerveux, une équipe mobile régionale spécialisée en rééducation comprenant notamment un médecin spécialisé en rééducation. Cette équipe

aurait vocation à intervenir sur un large territoire auprès de patients pris en charge en HAD notamment, suite à un AVC et à un passage en Unité Neuro Vasculaire.

3 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

3.1 Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Chaque implantation prévue au présent volet prévoira la mise en place d'alternative à l'hospitalisation complète sous forme d'hospitalisation de jour.
La mise en œuvre de ces alternatives devra être basée sur une démarche volontaire des établissements afin de développer ce type de prise en charge à tous les patients pouvant en relever. Dans ce cadre seront privilégiés les projets offrant la meilleure optimisation des ressources.

Les structures ayant une capacité d'accueil suffisantes doivent également chercher à créer des unités d'hôpital de semaine, quand le type d'activité pris en charge le permet, pour répondre aux attentes des patients.

Des coopérations avec les structures SSIAD et les structures d'HAD devront également être développées.

3.2 Dimensionner les structures de façon efficiente et accompagner la réorganisation de l'offre de soins

Le dimensionnement de la structure est aujourd'hui un enjeu majeur pour l'organisation de l'offre de soins SSR. Pour parvenir à définir le niveau optimal d'organisation et le dimensionnement optimal des structures, il faut chercher à mieux connaitre l'activité SSR. Une étude relative aux séjours « borne haute » dans les structures MCO, aux attentes d'admissions en SSR ou encore une analyse de la DPC des structures SSR, devra être conduite sur l'ensemble de la région.

Un regroupement des activités et des plateaux techniques, dans le respect d'un principe d'égalité d'accès aux soins et de répartition équitable de l'offre sur le territoire, sera recherché.

Ces opérations de réorganisation, devront permettre de créer de nouvelles structures spécialisées comme une unité de prise en charge des adolescents en surpoids ou une unité pour la prise en charge des affections onco-hématologiques, activités qui n'existent pas aujourd'hui dans la région.

Cette démarche permettra enfin de préparer l'évolution des modalités de tarifications des structures SSR qui, si elle est confirmée, nécessitera de façon encore plus exigeante l'exhaustivité et la qualité du recueil de l'information médicale afin de valoriser toute la prise en charge ayant eu lieu lors du séjour.

4 AMELIORER LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO SOCIAL

4.1 Organiser et fluidifier les filières avec le médico-social

Les textes prévoient la signature de convention avec les structures d'aval. Ce point fera l'objet d'une attention particulière lors des visites de conformité.
La réflexion sur les malades en impasse d'hospitalisation et sur le déficit des structures d'aval des établissements SSR sera menée en lien avec la démarche d'évaluation des filières de soins qui devra être mise en place au plus tard en 2013 pour la filière gériatrique et la filière AVC, puis étendue à d'autres filières de soins.
Dans ce cadre il sera nécessaire d'évaluer les filières de soins.
A noter que des études complémentaires sont menées dans le cadre du programme national de Gestion du Risque.

4.2 Favoriser la communication et la coordination

Favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR, les professionnels de ville, les structures médico-sociales (SSIAD, établissements pour personnes handicapées, établissements pour personnes âgées), les structures sanitaires pour développer les pratiques préventives et éviter notamment les ré-hospitalisations pour cause de sortie précoce pouvant engendrer des décompensations.

3 DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
Développer les structures de réflexion régionales de type Comité Technique Régionale (COTER) pour permettre l'évaluation des filières de prise en charge, au sein desquelles les établissements autorisés en SSR occupent une place centrale

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles
Inciter le développement des prises en charge en hôpital de jour, en hôpital de semaine

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation
Poursuivre le développement de la politique des postes d'assistants partagés dans la spécialité médecine physique et réadaptation

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Favoriser l'intervention croisée des professionnels de santé au sein des filières de soins pour faciliter les partages d'expérience et permettre à chacun des différents intervenants de connaitre leurs contraintes respectives

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé
Développer l'éducation thérapeutique en structures de SSR

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes
Poursuivre la mise en conformités des structures autorisées en SSR

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population ou entre professionnels de santé
Développer le DMP, les outils de système d'information communs de type TRAJECTOIRE

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre
Développer l'évaluation des filières de soins et évaluer au sein de ces filières les points de fragilité dans la coordination entre structures court séjours, SSR, médico-sociales, professionnels de vile, HAD, SSIAD …

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Les indicateurs d'évaluation suivants constituent un socle incompressible mais ne sont pas exhaustifs

➔ Indicateurs de suivi

- Filière AVC : part des séjours en SSR dans les 30 jours suivants une hospitalisation pour AVC (ind. CPOM)
- Délais moyens d'admissions en SSR (par filière de soins : AVC, gériatrique…)
- Coopérations : Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements (court séjour) et services médico-sociaux (établissements d'hébergement, SSIAD)
- Sortie des patients : proportion de retours à domicile ; d'orientation vers une structure médico-sociale; proportion de retour vers une unité MCO
- Admissions : Nombre de refus et motifs des refus d'admissions par structure SSR
- Activités : Nombre de journées en HC et alternatives à l'hospitalisation complète, répartition par Catégorie Majeure Clinique (CMC) et/ou mentions spécialisée (PMSI)

5. DECLINAISON TERRITORIALE

La déclinaison territoriale telle que développée pour chacune des mentions ci-après prend en compte les orientations et perspectives suivantes :

- ⇨ Pérenniser l'offre sanitaire existante et favoriser les regroupements d'établissements de petite capacité tout en préservant le maillage territorial
- ⇨ Inciter dans chaque territoire de santé, les acteurs des services d'hospitalisation de courte durée et des SSR à maintenir ou à mettre en place des filières de soins, organisées par type de spécialités, en particulier au sein des CHT
- ⇨ Renforcer la coopération avec les services de court séjour, l'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et le secteur médico-social
- ⇨ Développer les alternatives à l'hospitalisation
- ⇨ Tenir compte de l'impact de la mise en œuvre des nouvelles autorisations lorsque l'ensemble des visites de conformité auront été réalisées

Le schéma est ainsi susceptible d'être revu, plus particulièrement en ce qui concerne les mentions spécialisées, notamment affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, au regard des résultats des visites de conformité qui seront réalisées d'ici au 31 mars 2013.

NOMBRE D'IMPLANTATION DES ACTIVITES DE SOINS.

Une implantation (enfant ou adulte) correspond à une adresse géographique. Dans le cas où deux titulaires d'autorisations sont installés sur un même site, il sera comptabilisé 2 implantations géographiques.
Il est à noter qu'une implantation géographique pourra comprendre de 0 à plusieurs mentions de prise en charges spécialisée elle-même partagée en deux modalités Hospitalisation complète ou hospitalisation à temps partiel.

Nombre d'implantation d'activité de soins de suite et de réadaptation

Territoire de santé	SSR	
	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	12	10 à 12
Aisne-Sud	4	4
Oise-Est	17	15 à 17
Oise-Ouest	8	8
Somme	16	14 (-2)
Total	**57**	**51 à 55**

Dont nombre d'implantation d'activité de soins de suite et de réadaptation – Prise en charge enfants /adolescents

Territoire de santé	SSR PEC Enfants/adolescents > 6 ans	
	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0
Somme	1	2 (+1)
Total	**2**	**3 (+1)**

Territoire de santé	SSR PEC Enfants/adolescents < 6 ans	
	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0
Somme	1	2 (+1)
Total	**2**	**3 (+1)**

Commentaires :
- les implantations enfants/adolescents > et < à 6 ans sont les mêmes,
- l'implantation existante du territoire de santé Somme se confond avec une implantation adulte, l'implantation Oise-Est est quant à elle exclusive.

Les éléments de cible 2017 tiendront compte des visites de conformité organisées en 2012-2013 qui permettront d'évaluer le degré de conformité de l'ensemble des structures. Notamment les difficultés identifiées pour les établissements autorisés à se conformer à l'ensemble des obligations.

De même seront prises en compte les situations où les sites n'auraient pas mis en œuvre leurs autorisations dans les délais prévus réglementairement.

Les déclinaisons territoriales énoncées, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées ci-dessous.

Les établissements SSR ne disposant pas d'une mention spécialisée assurent une prise en charge de proximité au sein des territoires de santé où ils sont implantés, c'est un maillage qu'il convient de conserver.

Cependant, au delà du respect des conditions règlementaires et techniques de fonctionnement qui sera un préalable au maintien de toute autorisation délivrée, les structures de SSR non spécialisés doivent avoir une taille suffisante pour faire face aux contraintes inhérentes aux évolutions démographiques des effectifs médicaux et/ou paramédicaux. Contrainte à laquelle il faut ajouter les nécessaires adaptations qui seront liées à la réforme du financement.

L'ensemble de ces éléments incite à promouvoir et accompagner les rapprochements de ces structures non spécialisées, à favoriser le renforcement de structures existantes et à éviter la création de structures nouvelles.

Territoire de santé Aisne-Nord / Haute Somme :
Le tableau du nombre d'implantations prend en compte les évolutions et réorganisations en cours de réflexion ou déjà mises en œuvre sur les sites ayant un faible taux d'activité. Le maintien d'une offre de soins accessible et maillée sera examiné au regard du respect des conditions techniques de fonctionnement, de la viabilité économique ainsi que de l'intégration de cette offre dans une démarche de coopération en particulier sur le Nord du territoire.

Territoire de santé Oise-Est :
Le tableau du nombre d'implantations prend en compte l'évolution du site ayant la plus faible activité, dont le maintien sera examiné au regard du respect des conditions techniques de fonctionnement, de la viabilité économique et de l'évolution de l'activité. Ainsi que d'un site n'ayant pas débuté son activité à ce jour.

Territoire de santé Somme :
En ce qui concerne la prise en charge adulte

Afin de répondre aux besoins, la priorité est de renforcer les structures déjà implantées dans un objectif de confortation du maillage et de meilleure efficience.

Dans le cadre d'une offre multiple sur le même bassin de vie, la rationalisation et l'efficience du maintien de ces différentes implantations seront examinées au regard du maillage déjà existant, du respect des conditions techniques de fonctionnement, du volume d'activité ainsi que de la viabilité économique des différentes structures sur la partie SSR.

La recherche d'une implantation unique en partenariat avec l'ensemble des acteurs sera privilégiée dans le cadre de regroupement et/ou de coopérations efficientes.

En ce qui concerne la prise en charge enfants /adolescents

Se reporter à la DT mention spécialisé affections du système digestif métabolique et endocrinien.

DECLINAISON PAR MENTION SPECIALISEE

SSR affection de l'appareil locomoteur

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	
Adulte	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	3	2 à 3
Aisne-Sud	1	1
Oise-Est	2	2
Oise-Ouest	3	3
Somme	5	3 à 5
Total	**14**	**11 à 14**

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections de l'appareil locomoteur	
Enfant / Adolescent	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0
Somme	1	1
Total	**2**	**2**

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de santé Aisne-Nord / Haute Somme :

L'objectif est sur ce territoire de renforcer la coopération afin d'atteindre un niveau d'activité par site permettant une prise en charge de qualité conforme aux conditions techniques de fonctionnement et répondant de manière efficiente aux besoins de la population.
La recherche d'une implantation unique en partenariat avec l'ensemble des acteurs sera privilégiée dans le cadre de regroupement et de coopérations efficientes.

Territoire de santé Somme :

Il sera tenu compte des évolutions et réorganisations en cours ou déjà mises en œuvre dans le cadre de la réflexion territoriale. Cette dernière s'appuie sur une meilleure optimisation des

plateaux techniques existants pouvant aller jusqu'à une spécialisation plus spécifique des sites dans le cadre de la graduation des soins.

SSR affection du système nerveux

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections du système nerveux	
Adulte	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	2	2
Aisne-Sud	1	1
Oise-Est	2	2
Oise-Ouest	4	4
Somme	4	3 (-1)
Total	**13**	**12 (-1)**

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections du système nerveux	
Enfant / Adolescent	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0
Somme	1	1
Total	**2**	**2**

L'objectif est principalement de conforter l'offre existante afin de répondre, en lien étroit avec la filière neurologique, aux besoins de santé de la population.

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de santé Somme :
Afin de répondre aux besoins, la priorité est de renforcer les structures déjà implantées dans un objectif de confortation du maillage et de meilleure efficience.
Il sera également pris en compte les implantations retenues dans les territoires limitrophes pour ce type de prise en charge.

SSR affections cardio-vasculaires

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections cardio-vasculaires	
Adulte	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0 à 1
Aisne-Sud	2	2
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0 à 1
Somme	2	1 à 2
Total	**5**	**4 à 7**

Chaque unité SSR spécialisée dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires doit s 'inscrire dans une filière de soins cardiologique. L'accès à une unité de soins intensifs de cardiologie par convention de transfert est obligatoire lorsque l'établissement de santé titulaire n'en dispose pas, tant pour les structures avec hébergement que pour les structures d'hospitalisation à temps partiel.

En hospitalisation de jour sont accueillis des patients, résidant à proximité, pour la prise en charge de toute affection cardio-vasculaire stabilisée, en relais ou non d'une hospitalisation complète.
En cas d'hospitalisation à temps partiel exclusive dans cette spécialité (situation existante en Picardie) l'article R. 6123-121 du Code de la Santé Publique impose l'organisation par convention de la prise en charge des patients dont l'état le requerrerait dans un établissement de santé autorisé à exercer cette activité en hospitalisation complète.

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de santé Aisne Nord –Haute Somme et Oise Ouest :
Il est préconisé d'achever le maillage permettant l'accès à la réadaptation cardio-vasculaire sur chaque territoire de santé et ce afin de répondre aux besoins de santé de la population.

Territoire de santé Somme :
La réunion de plusieurs spécialités sur un même site est souhaitable car elle correspond souvent à une offre de proximité existante. Cependant sa pertinence devra être examinée au regard des mutualisations possibles tant en terme de plateaux techniques que de personnels.
Après analyse de l'activité des établissements il pourrait s'avérer que la taille ou l'organisation de la structure ne lui permette pas de développer l'ensemble des activités en assurant la sécurité de la prise en charge et l'efficience du service.
Dans cette hypothèse il pourra être envisagé, soit de redéployer l'autorisation sur un autre site, soit de la supprimer.

Le site présentant les meilleurs critères d'efficience sera privilégié dans cette hypothèse.

SSR affections respiratoires

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections respiratoires	
Adulte	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	1	1
Aisne-Sud	1	1
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	0
Somme	2	1 à 2
Total	**5**	**4 à 5**

En cas d'hospitalisation à temps partiel exclusive (situation existante en Picardie) dans cette spécialité l'article R. 6123-121 du Code de la Santé Publique impose l'organisation par convention de la prise en charge des patients dont l'état le requerrerait dans un établissement de santé autorisé à exercer cette activité en hospitalisation complète.

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de Santé Somme :

Dans le cadre de la réflexion territoriale, le maintien des deux autorisations accordées n'apparaît pas pertinent. L'objectif est de maintenir une autorisation avec une capacité et un plateau technique cohérent, assurant la sécurité de la prise en charge et l'efficience du service.

SSR affections du système digestif métabolique et endocrinien

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections du système digestif, métabolique et endocrinien	
Adulte	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	1	1
Aisne-Sud	1	1
Oise-Est	3	3
Oise-Ouest	1	1
Somme	2	1 (-1)
Total	**8**	**7 (-1)**

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections du système digestif, métabolique et endocrinien	
Enfant / Adolescent	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	0	0

Oise-Ouest	0	0
Somme	0	1 (+1)
Total	**0**	**1 (+1)**

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de santé Somme :

En ce qui concerne la prise en charge adulte

Afin de répondre aux besoins, la priorité est de renforcer les structures déjà implantées dans un objectif de confortation du maillage et de meilleure efficience.

En ce qui concerne la prise en charge enfants /adolescents

La priorité de renforcer les structures déjà implantées dans un objectif de confortation du maillage et de meilleure efficience notamment dans le cadre de la filière obésité passe par la la création d'une structure régionale permettant la prise en charge des enfants/adolescents en surpoids.

Cette dernière sera positionnée au sein d'une structure autorisée pour la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.
La structure sera implantée dans une zone facilement accessible afin de permettre aux parents de participer à certaines séances d'éducation.
Dans le cadre de l'organisation des filières de soins dans la région, il est préconisé qu'elle soit installée à proximité du centre spécialisé pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère, d'où son implantation préférentielle sur le territoire de santé de la Somme.
Elle pourra disposer de place d'hospitalisation de jour afin de permettre des séances de rappel réunissant parents et enfants à distance d'une hospitalisation complète.

SSR affections onco-hémato

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections onco-hématologiques	
Adulte	**2012**	**2017**
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	0	0
Oise-Ouest	0	0
Somme	0	1 (+1)
Total	**0**	**1 (+1)**

Cette mention spécialisée n'étant pas présente dans l'offre de soin actuelle, il est préconisé la mise en œuvre d'une mention spécialisée à l'échelon du recours régional.

Territoire de santé Somme :

Afin de garantir la sécurité des patients qui passera nécessairement par la proximité d'une unité de réanimation ou d'une unité de soins intensifs spécialisés et la présence quotidienne d'un médecin présentant au minimum une expérience ou une formation attestée en onco-hématologie, cette unité sera implantée à proximité immédiate du service d'hématologie de l'établissement qui sera autorisé pour l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques.

SSR affections des brulés

Territoire de santé	SSR prise en charge affections des brulés	
Adulte	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	0	0
Oise-Ouest	0	0
Somme	2	2
Total	**2**	**2**

Territoire de santé	SSR prise en charge affections des brulés	
Enfant / Adolescent	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	0	0
Aisne-Sud	0	0
Oise-Est	0	0
Oise-Ouest	0	0
Somme	2	2
Total	**2**	**2**

Le tableau d'implantation prévoit le maintien de l'offre sanitaire existante.

SSR affections liées aux conduites addictives

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections liées aux conduites addictives	
	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	1	1
Aisne-Sud	1	1
Oise-Est	1	1
Oise-Ouest	0	1 (+1)
Somme	2	1 (-1)
Total	**5**	**5**

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Les établissements de la région devront, pour ceux qui pratiquent uniquement le traitement de l'alcoologie, prévoir l'élargissement de leurs compétences actuels vers de l'addictologie.

Territoire de santé Aisne-Nord / Haute Somme :
L'objectif est d'appuyer l'offre de soins en addictologie sur une prise en charge ambulatoire déjà existante et par ailleurs en capacité de répondre aux conditions techniques de fonctionnement, répondant ainsi aux besoins identifiés de 15 à 20 lits dans le document de politique transversale sur les addictions en Picardie.

Territoire de santé Oise-Ouest :
Conformément au document de politique transversale sur les addictions, il est préconisé en vue d'un maillage cohérent avec les objectifs de la filière, la mise en place d'une mention prise en charge des affections liées aux conduites addictives sur le territoire Oise Ouest. Cette dernière étant destinée à couvrir les besoins isariens, il est préconisé qu'elle soit installée au centre du département.

Territoire de santé Somme :
Le document de politique transversale sur les addictions identifie un maillage actuel cohérent. Cette couverture des besoins a été intégrée dans les projets de restructurations en cours sur le territoire. Dans ce cadre le tableau du nombre d'implantations prend en compte les évolutions en cours de réflexion ou de mises en œuvre. Les organisations mise en œuvre dans le cadre de projet de recomposition et/ou de fusion d'établissement hospitalier, notamment fortement incité et avancé sur le territoire de santé de la Somme, pourront amener les acteurs à revoir la répartition par type d'activité.

SSR affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Territoire de santé	SSR prise en charge des affections des personnes âgées polypathologique, dépendantes ou à risques de dépendance	
	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	5	3 à 5
Aisne-Sud	3	3
Oise-Est	10	8 à 10
Oise-Ouest	3	3
Somme	8	6 à 8
Total	**29**	**23 à 29**

Chaque filière de soins gériatriques telle que développée dans la thématique filière gériatrique comprend au moins un SSR avec mention spécialisée affections de la personne âgées poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, maillon indispensable de celle-ci, assurant sa mission d'expertise et de recours auprès des autres structures SSR à proximité.

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit l'identification de trois unités cognitivo comportementales en Picardie, implantées dans des SSR disposant de la mention spécialisée personne âgées poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance et réservées à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, vivant une situation complexe.

Les déclinaisons territoriales énoncées ci-dessous, se référeront aux principes généraux édictés dans les objectifs et préconisations prévues dans le corps du schéma. Seules les évolutions spécifiques seront développées.

Territoire de Santé Aisne-Nord / Haute Somme :

L'objectif est de renforcer la qualité de la prise en charge en s'appuyant sur l'expertise technique des établissements et les filières existantes et en maillant le territoire de façon équilibrée.

Pour les sites ayant une offre en mentions spécialisées élargie mais n'effectuant qu'une faible partie de leur activité sur cette mention spécialisée, il est préconisé un recentrage de l'activité sur les autres mentions spécialisées les plus techniques afin d'éviter une dispersion de moyens pour le maintien d'une activité marginale.

Territoire de santé Oise-Est :

Les autorisations d'activités s'apprécieront au regard de l'appartenance à une filière gériatrique au sein du territoire, du respect des conditions techniques de fonctionnement, de l'évolution de l'activité et de la viabilité financière des différents sites.

Territoire de santé Somme :

Le tableau du nombre d'implantations prend en compte les évolutions en cours de réflexion ou déjà initiées. Les organisations mises en œuvre dans le cadre de projets de recomposition et/ou de fusion d'établissement hospitalier fortement incité et avancé sur ce territoire, pourront amener les différents intervenants à repenser la répartition de leurs spécialités.

VOLET HAD

PREAMBULE

Les structures d'HAD sont des établissements ou des services de santé exerçant une activité d'HAD dans un lieu géographique donné. Cette activité peut être réalisée par un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire.

L'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aigües ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Elle concerne les soins de médecine, d'obstétrique et les soins de suite et de réadaptation ; elle est à distinguer de l'HAD en psychiatrie.

L'HAD est une activité de proximité qu'il convient de consolider et renforcer. Pour autant, l'enjeu à 5 ans de cette activité en Picardie est moins à l'extension des structures, la couverture régionale étant d'ores et déjà satisfaisante, qu'au développement de prises en charge plus spécialisées.

La constitution de structures disposant de la masse critique suffisante pour recruter des personnels spécialisés dans les différents domaines de compétences, ainsi que le développement de cette activité par transfert de séjours depuis l'hospitalisation complète, en fonction de l'état de santé du patient, doivent constituer un objectif cible à 5 ans.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1. Autorisations et activité

La Picardie dispose de 16 implantations pour 17 structures autorisées à pratiquer l'HAD.

Aires d'interventions des structures d'HAD en 2012

Territoires d'intervention	Population de la zone d'intervention (INSEE, RP2008)	Superficie de la zone d'intervention (km²)	Densité de population de la zone d'intervention (hab/km²)	Nombre total de journées HAD 2010 PMSI	Nombre de journées HAD pour 100 000 hab. 2010 PMSI
Aisne Sud	285 389	4 549	121	13 205	4 627
Aisne Nord -Haute Somme	274 319	3 069	89	24 362	8 882
Oise Est	180 133	1 274	141	8 415	4 672
Oise Ouest	237 274	2 410	98	6 788	2 861
Somme	469 924	4 669	371	36 756	7 822
Oise-Est, Oise-Ouest	356 027	1 772	201	24 924	7 001
Oise-Est, Oise-Ouest, Somme	119 023	1 971	60	2 323	1 952
Somme, Aisne-Nord-Haute Somme	35 516	622	57	4 986	14 039

Certaines HAD interviennent sur deux territoires de santé : c'est la raison pour laquelle le tableau récapitulatif intègre les structures ayant une double appartenance.

1.2 Démographie des professionnels

Les structures d'HAD font appel à divers professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, salariés et libéraux.

La prise en charge en HAD de la rééducation peut se voir limitée sur les zones où l'offre de libéraux est faible, concernant particulièrement les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes et les ergothérapeutes.

Les soins de périnatalité sont dépendants, entre autres, de l'offre en sages femmes et pédiatres et de leur implication dans la prise en charge en HAD.

Les médecins généralistes sont les acteurs pivots de la prise en charge en HAD.

1.3 Epidémiologie

La classe d'âge la plus représentée au niveau régional est celle des plus de soixante-quinze ans avec 33,1 % des séjours.

Pour l'année 2010, sur l'ensemble de la région, il y a eu 159 séjours concernant des patients de moins de 18 ans (4,1%), dont 12 (0,3 %) pour des enfants de six mois ou moins et 30 pour des enfants de six mois à deux ans (0,8 %).

2 ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse des données disponibles fait apparaitre les points suivants :

- **Le maillage de l'offre est satisfaisant et la prise en charge en HAD est proposée sur presque tout le territoire régional**

Depuis fin 2009, l'ensemble des cinq territoires de santé est couvert par des autorisations d'HAD.
Les 17 structures se partagent les 129 cantons de Picardie avec des disparités tant en nombre d'habitants sur la zone d'intervention *(moyenne = 122 350 hab ; médiane = 99 036 ; min = 20 918, max = 356 027)*, qu'en superficie couverte *(moyenne = 1 159 km² ; médiane : 934 ; min : 180, max : 2828)*.
Six cantons appartiennent à l'aire d'intervention de 2 structures HAD différentes.

Pour autant, le recours à l'HAD est très variable suivant les structures et zones d'intervention : la médiane s'élève à 7 026 journées pour 100 000 habitants avec un minimum à 1 952 journées et un maximum à 18 993 journées. Pour mémoire, la moyenne nationale est de *5 340 journées pour 100 000 habitants. La moyenne régionale est de 7 763 pour 100 000 habitants.*

- **L'activité est peu spécialisée et certaines prises en charge sous représentées**

Toutes les structures de Picardie sont de nature polyvalente et l'activité a fortement progressé au cours de ces dernières années avec une augmentation de plus de 76% du nombre de journées.

En 2010, les trois quarts des journées d'HAD à l'échelle régionale étaient représentées par 4 modes de prise en charge principaux : les soins palliatifs (32.4 % des journées/ *26.6 % au*

niveau national), les pansements complexes 18.4 % *(20.2 % au niveau national)*, les soins de nursing lourds 15.9 % *(7,7 % au niveau national)* et la nutrition entérale 9.1 % *(7,4 % au niveau national).*

Trois domaines sont sous représentés en Picardie par rapport à la France entière :

- la périnatalité, les soins techniques de cancérologie et les soins de rééducation / éducation.

Ainsi en 2010, les journées consacrées à une prise en charge en périnatalité, en cancérologie ou en rééducation représentaient respectivement 2,5 %, 2.2%, et 2.1% en Picardie contre 7,1 %, 5.1% et 4.6% pour la France entière.

L'éducation du patient et de son entourage est également en augmentation (+ 147 %), avec 15 patients en 2009 et 37 en 2010.

- **Les structures majoritairement hospitalières ont des niveaux d'activité limités qui ne leur permettent pas de disposer du seuil critique nécessaire pour proposer des prises en charge spécialisées**

Sur les 16 implantations (17 structures autorisées) :

- 9 sont adossées à un hôpital (Abbeville, Beauvais, Compiègne, Guise, Nouvion, Péronne, Albert, Ham, Doullens *(depuis 11/2011)*) ;
- 6 sont de statut associatif (ACSSO Senlis, Soins Service Rivery, AMSAM Soissons, Temps de vie Saint-Quentin, ADMR Laon, CRF HAD Chauny) ;
- 1 est gérée dans le cadre d'un GCS de moyens HADOS Montdidier, mais les autorisations sont portées conjointement par le CH de Montdidier et la clinique Victor Pauchet.

6 d'entre elles ont un volume annuel inférieur à 4 500 journées, 5 entre 4 500 et 9 000, 3 entre 9 000 et 13 500 et 2 avec plus de 13 500 journées.

Sur les 11 structures ayant un nombre de journées par année inferieur à 9 000, huit sont des structures adossées à un centre hospitalier. Les structures ayant plus de 9 000 journées en 2010 sont toutes de statut associatif.

- **La prise en charge en EHPAD reste trop limitée**

Sur l'ensemble de la région Picardie, la part de l'activité réalisée en EHPA(D) représente 1,3% des journées HAD en 2010, soit 1 594 journées. Cette activité est par ailleurs l'apanage de quelques structures.
Cinq de ces structures représentent prés de 93 % des journées HAD en EHPA(D) de la région (HADOS Montdidier (38,8 %), HAD Albert (22,5 %), AMSAM Soissons (13,4 %), ACSSO Senlis (11,9 %) et HAD Nouvion (6,1%)).

- **Les difficultés d'organisation de la continuité des soins ambulatoires sur certains secteurs sont un frein au développement de l'HAD**

La collaboration est parfois délicate entre les structures HAD et les professionnels libéraux au regard des contraintes que peut représenter cette technique de prise en charge pour les médecins généralistes, en termes de tenue du dossier, traçabilité des actes, continuité des soins, participation aux réunions de synthèse, participation à l'évaluation des pratiques.

2 OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

Les prises en charge doivent se spécialiser dans les domaines de la cancérologie, de la rééducation, de la périnatalité pour mieux répondre aux besoins de santé de la population

- **Le développement des activités de rééducation notamment dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC)**

Une estimation des besoins en HAD réadaptation a été réalisée dans le cadre du groupe de travail HAD et du COTER AVC sur la base de la méthodologie mise en place par l'ARH Ile de France et publiée en 2006 à partir des hospitalisations en neurologie et SSR.

Cette étude montre que 5,5 % des patients hospitalisés en Neurologie, 3,3% des patients hospitalisés en SSR Spécialisé affections système nerveux et 2,7% des patients hospitalisés en SSR Polyvalent auraient pu être pris en charge en HAD.

Cette estimation vise surtout les besoins en HAD réadaptation pour pathologies neurologiques, en particulier les AVC, la rééducation orthopédique restant à évaluer.

Pour la Picardie, le besoin en HAD réadaptation, estimé à partir des lits autorisés en 2010, serait de 24 places (15 places réinsertion et 9 places rééducation).

Dans ce cadre, il est proposé d'étudier la possibilité de créer une équipe mobile en rééducation rattachée à une structure SSR spécialisée en affections du système nerveux autorisée, composée de personnels qualifiés médecin MPR et ergothérapeutes. Cette équipe mobile permettrait un accompagnement pluridisciplinaire coordonné (HAD-MPR-médecin traitant) du patient et de son entourage dans le milieu de vie ordinaire.

La question des modalités de financement d'une telle équipe reste à préciser dans le cadre notamment du passage à la T2A SSR.

- **Le développement des activités de périnatalité**

Il est nécessaire d'évaluer le potentiel d'activité pouvant être transféré vers une prise en charge en HAD. L'évolution actuelle tendant à une réduction des durées moyennes de séjour en maternité est complémentaire à cet objectif de développement de l'HAD.

- **Le développement des activités de cancérologie**

Le besoin d'évaluation du potentiel de développement en soins techniques de cancérologie doit se faire avec le réseau régional de cancérologie ONCOPIC. Le projet doit s'inscrire dans un cadre global en tenant compte de l'intérêt des différents acteurs.

La question de la formation des personnels est un sujet qui devra faire l'objet d'une attention particulière.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **Le développement de l'HAD doit s'accompagner de la généralisation de protocoles afin d'harmoniser les modalités de prise en charge, notamment pour les activités spécialisées**

Dans le cadre d'une réflexion globale du COTER Périnatalité Petite Enfance, une harmonisation des protocoles de prise en charge en périnatalité et pédiatrie est à rechercher, en s'appuyant notamment sur les travaux de l'HAD Compiègne.

Pour la cancérologie, le réseau régional d'oncologie doit mettre en place, en association avec les établissements disposant d'une autorisation et les structures associées d'HAD, une charte organisant la chimiothérapie à domicile à partir des recommandations de la HAS et de l'INCa. Cette charte permettrait de garantir la qualité et la sécurité de ces soins en précisant les modalités d'organisation régionale de la chimiothérapie à domicile.

- **La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse doit être définie et déclinée au sein de chaque structure**

La continuité de la prise en charge médicamenteuse reste fragile en HAD. Les structures d'HAD doivent, en s'inscrivant dans le cadre du contrat de bon usage du médicament, veiller à améliorer la traçabilité et mettre en place les éléments prévus dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Le nombre de structures d'HAD doit être réduit dans un objectif de développement des activités spécialisées**

Aujourd'hui, le maillage régional est satisfaisant en termes de couverture mais on constate une trop grande dispersion du nombre de structures.
Cette dispersion et la faiblesse du niveau d'activité freinent le développement d'activités spécialisées.
L'objectif est donc de disposer de structures ayant la masse critique suffisante pour décliner les objectifs définis ci-dessus.
Cela induit une réduction du nombre de structures autorisées avec le développement d'antennes permettant de renforcer l'activité en proximité.
Les structures d'HAD doivent être plus visibles dans l'offre de soins. La taille importante des structures (avec une activité conséquente proposant une grande diversité des modes de prise en charge) est un des facteurs favorisant la visibilité.

- **La continuité des soins doit être assurée tout au long du parcours du patient afin d'éviter des retours en hospitalisation complète**

Les établissements d'hospitalisation complète doivent passer des conventions avec les structures d'HAD en précisant notamment les modalités de réadmission d'un patient transféré en HAD ainsi que les conditions de prise en charge en urgence. La continuité et la permanence des soins doivent être impérativement mise en œuvre conformément à la réglementation.

Afin de garantir la continuité des soins et d'éviter les ruptures de prise en charge, cette réadmission doit se faire sans délai et dans le même service.
Pour les services faisant souvent appel à l'HAD, la désignation d'un médecin correspondant ou d'une infirmière de liaison permettrait de faciliter les relations et coopérations entre les services d'hospitalisation complète et les structures d'HAD dans un objectif de fluidité des filières de soin.
Les échanges entre médecin coordonnateur et établissements doivent être facilités en offrant la possibilité de participer aux CME ou groupes de travail par exemple.

- **L'amélioration du codage PMSI est une nécessité**

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

- **Le développement de l'HAD induit un renforcement des coopérations avec les structures infirmières (SSIAD)**

Les SSIAD étant des services complémentaires de l'HAD, la bonne articulation entre ces deux modes de prise en charge est essentielle, tant en amont qu'en aval de l'HAD.
Afin de permettre une continuité des soins entre SSIAD et HAD, la mise en place de liens conventionnels pour les structures ne proposant pas ces deux activités est nécessaire.
Il faudra alors indiquer, au regard de la réglementation, le rôle tenu par chaque entité dans la prise en charge du patient.

- **Le développement des prises en charge en EHPA(D)**

L'intérêt d'une HAD pour un EHPA(D) est, entre autres, d'éviter une hospitalisation souvent perturbante et génératrice de problèmes pour le résident. Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de l'organisation de la filière de soins gériatrique.
Il sera nécessaire de signer des conventions de partenariat entre les structures HAD et les EHPA(D) de leur territoire conformément à la réglementation.

- **Le renforcement de la coordination avec les centres de PMI et les centres périnataux de proximité**

Des liens particuliers devront également être tissés avec les centres périnataux de proximité et les PMI pour le développement des activités d'HAD.

3 DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Renforcer les liens des HAD avec les réseaux de santé et les équipes mobiles rattachés aux établissements de santé.
- Mettre en place le répertoire opérationnel des ressources et intégrer les structures HAD.

Démographie des professionnels de santé

- Encourager le développement de la télémédecine.

-

Promotion de la santé

- Développer l'éducation thérapeutique en HAD.

Accompagnement des aidants

- Diffusion d'une information relative aux modalités d'aides tel le le guide de l'aidant.

Respect des normes et référentiels

- Observation et analyse en lien avec l'assurance maladie de l'activité des prestataires de soins à domicile, en particulier des chimiothérapies à domicile.
- Mise en place et diffusion de référentiels régionaux sur les prises en charge en HAD.

Partage d'informations

- Favoriser la mise en place du DMP.

4. INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs d'évaluation annuelle par structure HAD :

OBJECTIFS GENERAUX	INDICATEURS de SUIVI	REALISATION du SUIVI
Evaluation de la pertinence des implantations	Nombre total de journées et pour 100 000 habitants	ARS – source : PMSI HAD
	Lieu géographique des patients pris en charge	
	Nombre d'antennes créées	ARS – source : dossiers autorisations
	Nombre de regroupement de structures	
Evaluation de la promotion de la prise en charge/visibilité en HAD	Provenance et destination de sortie des patients (domicile, SSIAD, établissement de santé, décès, EHPA(D)…).	ARS – source : PMSI HAD + Structures HAD
	Nombre de journées et de patients pris en charge en EHPA(D) et autres établissements d'hébergement médico-sociaux	
	Nombre d'admission en HAD avec prescription par médecin hospitalier ou libéral.	Structures HAD (suivi annuel CPOM)
	Recensement des conventions de partenariat	
Evaluation de la qualité et de la sécurité des prises en charge	Informatisation du dossier médical	Structures HAD (suivi annuel CPOM)
	Taux de patients suivi par une équipe mobile de soins palliatifs pour les patients avec MPP (mode de prise en charge principal) soins palliatifs	
	Formations effectuées (domaine, modalités, participants formés,…)	
Evaluation de la diversification des modes de prise en charge	Nombre de journées et de patients pris en charge par MPP	ARS – source : PMSI HAD
Evaluation de la réponse des HAD aux attentes des prescripteurs	Nombre et motifs de non admission en HAD (résident hors zone, refus médecin traitant, refus du patient ou de sa famille, inadéquation du patient aux critères d'admissions, environnement inadéquat, indisponibilité des paramédicaux libéraux…).	Structures HAD (suivi annuel CPOM)

5- DECLINAISON TERRITORIALE

L'ensemble du territoire étant couvert par au moins une structure d'HAD, la création de nouvelle structure n'est pas envisagée.

Le regroupement des structures doit permettre d'optimiser leur fonctionnement, d'améliorer l'organisation de la permanence des soins et de développer des activités spécialisées.

Le seuil critique d'activité d'une structure d'HAD est estimé à au moins 10 000 journées par an, activité correspondant à une capacité supérieure à 30 lits. Cependant des volumes capacitaires plus conséquents sont recommandés.

Les structures avec un potentiel d'accueil important doivent mettre en place des antennes relais afin de couvrir toute leur zone d'activité en réduisant les coûts.

Dans le cas où plusieurs structures d'HAD se partagent le même canton, les modalités d'intervention doivent faire l'objet d'une convention définissant les coopérations à mettre en place de manière à couvrir le territoire en complémentarité et non en concurrence.

L'ensemble du territoire régional doit bénéficier d'une couverture.

	2012	2017
Aisne Nord/Haute Somme	**6**	**2 à 3**
Aisne Sud	**2**	**2**
Oise Est	**2**	**2**
Oise Ouest	**1**	**1**
Somme	**6**	**2 à 3**
Total	***17***	***9 à 11***

Pour les territoires Aisne Nord/Haute Somme et Somme, l'objectif est de regrouper les autorisations exercées actuellement par des structures différentes afin de leur permettre d'atteindre la masse critique rendant possible une meilleure prise en compte de la permanence et de la continuité des soins, le développement d'une offre plus spécialisée avec les professionnels nécessaires. Cette adaptation permettra de répondre tout à la fois aux exigences d'efficacité, à la réalisation de parcours de soins et d'accompagnement, et à une demande de soins de proximité.

VOLET IMAGERIE ET MEDECINE NUCLEAIRE

Préambule

IRM : rappel du contexte

Dans le cadre du programme de gestion des risques 2010-2011, il est demandé aux ARS de définir les objectifs d'évolution du parc d'IRM en intégrant sa diversification en cohérence avec le SROS-PRS. Les examens portant sur le domaine ostéoarticulaire et le rachis représentent près de 50% des actes d'imagerie. Il est préconisé de les réaliser sur les appareils IRM plus efficients pour ces indications.

Lors du renouvellement des appareils d'imagerie dans les établissements, Il est prévu la substitution d'appareils plus efficients aux appareils polyvalents, pour les examens d' imagerie ostéoarticulaire des membres supérieurs et inférieurs ainsi que du rachis,

L'évaluation de la diversification de l'offre IRM est à conduire en tenant compte du critère d'adossement de ces IRM spécifiques à des IRM polyvalentes, dans un objectif de complémentarité des appareils et de mutualisation des compétences.

Le forfait technique sera adapté aux équipements concernés (IRM dédiées 1.5T et IRM spécialisées 1.5 T).

Distinction IRM dédiées / spécialisées

Les appareils dédiés 1.5 Tesla
Les 6 antennes émettrices réceptrices incluses, sont dédiées aux seuls examens des régions suivantes :

- antennes genou, cheville, pied.
- antennes de surface dédiées aux articulations distales main, doigts poignet, coude.

Les appareils spécialisés 1.5 Tesla
Ce sont des appareils « fermés » ayant les mêmes caractéristiques que les IRM polyvalentes avec une utilisation réservée aux examens ostéoarticulaires, au regard de leurs caractéristiques techniques.
Ces appareils apportent une qualité diagnostique comparable à celle de l'IRM dite « dédiée » pour les articulations distales et permettent d'éviter de refaire un examen sur une IRM polyvalente.
L'équipement, en termes d'antennes réceptrices, est limité aux seuls examens des régions suivantes :

- Antenne genou, cheville, pied
- Antenne rachis
- Antennes de surface dédiées aux articulations coude, poignet, main
- Antenne cervicale
- Antenne épaule

Ces appareils ne sont pas des appareils bas champ et sont adossés à une IRM polyvalente.

Médecine Nucléaire : Rappel du contexte

Définitions

La médecine nucléaire regroupe les utilisations de radionucléides en sources non scellées à des fins de diagnostic ou de thérapie.
Dans le cadre de ce volet, ne sont envisagées que les utilisations diagnostiques de techniques fondées sur l'administration de radionucléides au patient permettant de réaliser de l'imagerie fonctionnelle, complémentaire à d'autres techniques d'imagerie purement morphologique (scanner, IRM).

La technique consiste à étudier le métabolisme d'un organe grâce à un radiopharmaceutique administré au patient.
Les radionucléides sont différents selon l'organe ou la fonction étudiés :

- Technétium 99 (processus ostéoarticulaire, perfusion ventilation pulmonaire),
- Iode 123 (Métabolisme thyroïdien),
- Thallium 201 (perfusion du myocarde),
- Fluor 18 (oncologie, recherche de métastases)

La scintigraphie (via des γ [gamma]-caméras) permet d'obtenir des images du fonctionnement des organes explorés.
Le technétium est le radionucléide le plus souvent utilisé.
Le fluor 18 (radionucléide émetteur de positons) nécessite l'utilisation d'une **TEP** (**tomographie à émission de positons**).

La fusion des images morphologiques et fonctionnelles est réalisée via des appareils hybrides qui équipent désormais la plupart des services :

- TEP couplés à des scanners (TEP TDM)
- γ-caméras couplées à un scanner (TEMP-TDM)

Les indications des examens TEP concernent à 90% la cancérologie et, dans une moindre part, la neurologie et les syndromes inflammatoires.

La circulaire du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de positons (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission de positons (TEDC) définit, dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, l'organisation territoriale de l'accès à l'équipement :

- Compatibilité avec le volet SROS-cancérologie,
- Création d'un maillage territorial s'appuyant sur un environnement de haute technicité avec intégration dans une structure de soins de cancérologie (activité de recherche souhaitable),
- Examen des nouvelles demandes d'autorisation (présentées par les établissements autorisés pour l'activité de cancérologie) sous condition d'évaluation médico économique,
- Egalité d'accès à ces techniques, des patients et des professionnels de santé des établissements publics et privés.

- Critères populationnels :

    - 1200 examens par millions d'habitant (augmentation à prévoir du fait de l'élargissement des indications de l'AMM),
    - 1500 examens par an par TEP (hors activité de recherche),
    - mesure de l'activité d'un TEP selon les indications de l'AMM et selon les activités de recherche clinique et de formation
    - 1 TEP par million d'habitants

- Suivi et évaluation de la diffusion de l'imagerie à positons.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

1-1 IRM et scanner

Source : Enquête IRM 1er semestre 2011 – ARS Picardie

Dans le cadre des travaux conduits pour le volet SROS IRM, a été réalisée une enquête auprès des détenteurs d'autorisation portant sur l'activité du premier semestre 2011. L'objectif de cette enquête était de pouvoir analyser la part de l'activité dite « ostéo articulaire » au sein de l'activité globale (cette distinction n'étant pas possible avec la CCAM).

Le délai moyen de prise en charge des patients hospitalisés est de 7 jours, avec des variations allant de ***1 à 20 jours*** selon les structures.

Le délai moyen de prise en charge des patients en consultation est de 35,1 jours, avec des variations allant de ***10 à 108 jours*** selon les structures.

Le délai moyen de prise en charge des patients en urgence est de 2,6 heures, avec des variations allant de ***0 à 12 heures*** selon les structures (médiane à 1 heure).

En termes de continuité des soins, cinq structures sont accessibles 24 heures sur 24 :

- CH Saint Quentin
- GIE IRM Soissons
- GIE Beauvais
- CHU Amiens
- GIE Compiègne

Cette continuité de service est organisée sous forme d'astreinte médicale et de manipulateurs en électroradiologie médicale.
Il n'existe pas de médecins libéraux participant à ces astreintes.

1-2 – Analyse quantitative de l'offre en médecine nucléaire

Nombre de TEP pour 1 000 000 d'habitants par région (INCa / source DGOS INSEE 2009)

Délai de prise en charge

	CHU Amiens	ONCOTEP Amiens	Creil
Hospitalisés	1 semaine	Sans délai à 21j maxi	24h à 48h
Consultations	1 semaine	Sans délai à 15j	24h à 48h
Urgences	1 à 2 jours	1 jour	24h

Plages d'ouverture

CHU Amiens	ONCOTEP Amiens	Creil
Lundi à vendredi 8h - 17h	Lundi à vendredi 8h – 19h	Lundi à vendredi 7h 30– 19h

2 ANALYSE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DE L'OFFRE

2-1 IRM

La Picardie compte un nombre d'IRM polyvalents, inférieurs à la moyenne. Ce retard pose un problème d'accès aux soins notamment dans le cadre de la cancérologie (en référence au plan cancer). La moyenne nationale est de 10 équipements par million d'habitants. Il existe en Picardie en 2011, 18 IRM autorisés pour 1.9 million d'habitants.

Les délais de prise en charge sont également un frein à l'accessibilité et la qualité des soins : délai moyen de 35 jours (moyenne nationale à 29.1 jours), avec un maximum de 108 jours.

A ces deux indicateurs, il faut également ajouter les problèmes de démographie médicale, notamment dans certaines spécialités comme en radiologie (retard de diagnostics et retard de soins pouvant entrainer une dégradation de l'état de santé).

L'accessibilité à l'IRM polyvalent est donc un élément permettant d'améliorer ces indicateurs.

2-2 Médecine nucléaire

L'offre de soins en TEP scan, en autorisations comme en installations, est largement supérieure aux recommandations nationales.

Les indices TEP ont évolué au fil des années :

- La circulaire de 2002 citée supra préconisait l'implantation de 1 TEP par million d'habitants
- Dans le cadre du plan cancer 1, le nombre d'autorisations de TEP ou de TEP-TDP a été fixé à 1 pour 800 000 habitants
- Le plan cancer 2009-2013 précise que le nombre et la répartition des TEP sont aujourd'hui adéquats.

En 2012, la région dispose de 7 autorisations de TEP pour 1 900 000 habitants, soit 3,7 TEP autorisés pour 1 million d'habitants et 2,6 TEP installés par million d'habitants.

Sur les 7 autorisations délivrées :

- 5 appareils sont en fonctionnement : 2 à Amiens, 1 à Creil, 1 à St Quentin, et 1 à Soissons (Taux d'équipement : 2.6 par million d'habitants)
- 2 appareils restent à installer : Compiègne et Beauvais

Tous ces équipements autorisés sont adossés à des gamma-caméras et sont installés sur des sites disposant d'une autorisation pour le traitement du cancer.

Les faibles délais de rendez-vous s'expliquent par le nombre d'équipements disponibles et les effectifs médicaux.

Il faut noter que la présence d'un seul médecin pour 1 TEP +1 Gamma caméra apparait insuffisante.

Les zones de recrutement sont actuellement :

- Amiens : Somme et Nord de l'Aisne
- Creil : Oise, Ile de France, Nancy (du fait de réalisation de TEP à la choline)

En 2010, les nombres de forfaits techniques sont d'environ 7300 pour trois machines installées.
En projection, 2500 forfaits sont envisageables par appareil, compte tenu des possibilités des nouvelles machines.
Le nombre d'examens, qui est actuellement de 10 à 11 par jour, serait alors porté à 20 par machine et par jour au regard de la durée de l'examen (20 à 30 mn), du temps de prise en charge du patient (environ 3h) et du temps d'analyse (15 à 30 mn).

En 2010, l'activité des TEP était basée sur une utilisation quasi-exclusive du FDG.
Il faut tenir compte de l'arrivée récente de nouveaux radiopharmaceutiques qui entraîneront une augmentation des besoins.

La TEP est une activité non substituable et complémentaire des autres techniques (machines hybrides TEP-IRM).

Radionucléides
Un cyclotron est installé à Glisy, ce qui permet 2 à 3 livraisons par jour. Il produit du 18 FDG (fluoro-déoxy-glucose) qui est le radiopharmaceutique le plus utilisé.

Le technétium est disponible hors région. Dans l'avenir, il devrait pourvoir aux besoins de 95% de la scintigraphie conventionnelle. Il faut noter que sa production dépend de trois fournisseurs mondiaux (Pays Bas, Canada, Afrique du sud).
Le risque de pénurie en molybdène reste réel et la très grande majorité des examens ne peut être substituée par des traceurs monophotoniques.
En cas d'absence de technétium, la substitution par thallium est plus coûteuse et ne s'applique qu'à la cardiologie.

3 DEMOGRAPHIE MEDICALE

Effectifs des médecins spécialistes en radio-diagnostic et imagerie médicale

Source DREES – Les médecins au 1er janvier 2012 – n°167

	Total	Hôpital public	Etablissements privé ESPIC	Etablissements privé lucratif	Cabinet	Autres
Picardie	166	56	-	16	86	8
France métropolitaine	**8137**	**2300**	**180**	**633**	**4397**	**627**

Médecins spécialistes en médecine nucléaire
Effectifs, densité et part des 55 ans et plus en activité régulière
Source : atlas de la démographie médicale au 1er janvier 2011 (CNOM)

Départements Région	Hommes	Femmes	Total	Densité	% ≥ 55 ans Libéral + mixte
Aisne	2	1	3	0.5	67%
Oise	2	2	4	0.5	0%
Somme	4	3	7	1.2	0%
Picardie	8	6	14	0.7	14%
France métropolitaine	**363**	**207**	**570**	**0.9**	**13%**

2- OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

- **Adapter le maillage de l'offre d'imagerie au principe de la graduation des soins**

L'organisation de l'offre en imagerie doit être définie en cohérence avec le principe de graduation des soins :

Le recours régional
Le recours régional doit assurer des fonctions d'expertise et de recours.
Il assure le développement de la radiologie interventionnelle.
Il garantit l'organisation de la permanence des soins en télé radiologie pour l'accès à l'IRM 24/24h.
Pour les scanners, du fait de son activité de recours, il définit et met en place une offre intégrant des scanners haut de gamme.

Le recours infra régional et les plateaux techniques
Tout plateau technique de recours infra régional doit disposer d'un plateau technique d'imagerie médical complet : imagerie traditionnelle, IRM et scanner, médecine nucléaire (gamma camera, pas forcément TEP scan).
Le regroupement des différents appareils sur un même plateau technique et la diversification du parc pour les IRM, doivent être encouragés.
L'optimisation des équipements de médecine nucléaire doit être poursuivie.
Pour le parc de gamma camera, un objectif d'activité de 3000 examens minimum doit être visé et le nombre de gamma camera doit être au minimum de 2 par site, de façon à assurer la continuité en cas de défaillance technique.
La coopération public–privé pour l'organisation de la permanence des soins doit être recherchée.

La proximité
Toute structure de médecine d'urgence doit disposer d'un scanner qui peut fonctionner en permanence des soins, via la téléradiologie.
L'optimisation des équipements, par accès au plus grand nombre possible de radiologues à un équipement, notamment dans le cadre de coopérations public-privé, doit être recherchée.

- **Favoriser un accès rapide à l'imagerie en oncologie**

Un des objectifs du plan cancer est de réduire les délais d'attente pour l'accès à un examen d'IRM. Compte tenu de l'objectif de réduction des délais de prise en charge en cancérologie, aux différentes étapes de prise en charge, il est fondamental de faciliter l'accès à l'IRM.

Une procédure garantissant l''accès prioritaire doit être prévue pour toutes les filières de soins territoriales en cancérologie. Cet objectif, qui concerne l'IRM et le scanner, doit être décliné tant au niveau des communautés hospitalières de territoire qu'au niveau des filières privées.

Un état des lieux devra être dressé pour chaque territoire de santé. En fonction de ce bilan, des outils pouvant être diffusés à chaque filière de soins devront être déclinés.

- **Développer la télé radiologie et tendre à un accès 24/24h en IRM pour la prise en charge des AVC**

L'organisation de la permanence des soins en imagerie constitue une difficulté du fait de la faiblesse des effectifs notamment au sein des établissements publics. Une organisation territoriale de la permanence des soins en imagerie doit être mise en place par le développement de la télé radiologie.

Parallèlement, l'accès à l'IRM 24/24h doit être garanti pour les filières neuro vasculaires Dans le cadre de la prise en charge des AVC, une permanence des soins régionale dédiée à l'IRM, doit être mise en place. Le CHU est chargé d'organiser cette permanence des soins régionale en lien avec les établissements disposant d'unités neuro vasculaires mais aussi avec l'ensemble des structures de médecine d'urgence. (Cf. volet AVC)

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **Optimiser les prescriptions d'examens et engager un plan volontariste de limitation des rayonnements ionisants pour les patients**

Il s'agit de sensibiliser les médecins aux bonnes pratiques en matière de prescription d'examens d'imagerie et d'examens comportant des rayonnements ionisants.
La diffusion du guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, doit être assurée et des actions de sensibilisation doivent être faites auprès des prescripteurs.
Un véritable plan régional de radioprotection pour les patients doit ainsi être engagé, dans un objectif de prévention.

- **Poursuivre la mise aux normes des établissements en matière de respect des règles de radioprotection pour les personnels**

En complément des actions de l'Autorité de Sureté Nucléaire, il s'agit de sensibiliser, les établissements à l'importance de la mise en place du plan de radio physique conformément à la réglementation, de la mise à disposition des moyens techniques et organisationnels permettant de garantir la sécurité dosimétrique en médecine nucléaire.

Les démarches qualité doivent être encouragées.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Diversifier le parc d'appareils IRM pour les examens ostéo-articulaires**

Suite à l'instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27 avril 2011 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale, des objectifs de diversification ont été déterminés.

Devant les problématiques d'accès aux soins (délais de prise en charge), l'état de santé (taux de mortalité), le retard en nombre d'IRM polyvalentes (le plan cancer prévoyait 10 IRM par millions d'habitants), le principe d'un adossement des IRM spécialisées aux IRM polyvalentes existantes a été retenu.

Cette démarche d'adossement s'accompagnera également d'une augmentation du nombre d'IRM polyvalentes sur la période 2012-2015 afin, notamment, de respecter les

préconisations du plan cancer mais également d'améliorer l'accès aux soins dans notre région.

Enfin, les IRM efficientes dites spécialisées seront privilégiées. Leurs indications sont plus larges que celles dédiées, les IRM spécialisées incluant le rachis et l'épaule.

Un document de synthèse de l'évaluation régionale portant sur l'objectif de développement de l'IRM intégrant la diversification du parc, a été adressé et négocié au niveau national (CNAMTS et ministère de la Santé) le 17 août 2011 et propose les objectifs suivants :

	2015
Objectif 2015 % de diversification en appareils IRM plus efficients en OA	31,0%

APPAREILS IRM 1,5 T	Autorisés au 31/12/2011	2015
Total IRM 1,5 T Polyvalents		***19***
Total IRM 1,5 T plus efficients		***9***
Total IRM 1,5 T	**17**	**28**

APPAREILS IRM > 1,5 T	Autorisés au 31/12/2011	2015
Total IRM > 1,5 T	**1**	**1**

APPAREILS IRM < 1,5 T	Autorisés au 31/12/2011	2015
Total IRM < 1,5 T		**0**

TOTAL APPAREILS IRM	18	29

Au total, en 2015, la région disposera de 29 IRM répartis de la façon suivante :

- 20 IRM polyvalentes : 19 IRM 1.5T et 1 IRM > 1.5T
- 9 IRM spécialisées.

- **Dimensionner les équipements en fonction des besoins de la population**

Le choix de l'équipement et sa performance pour les scanners, dépend du promoteur. Or, on peut constater une estimation approximative des besoins avec un risque de surdimensionnement des équipements au regard des besoins de la population.

Les promoteurs doivent veiller à présenter dans leur demande de renouvellement d'équipements, des matériels correspondant aux besoins de la population, aux formations des radiologues, aux prestations proposées au sein du territoire de santé, à la zone de population desservie.

Les coopérations entre sites autorisés doivent encourager la répartition des activités et techniques spécialisées de type pratique des coro-scanners, endoscopies virtuelles…. qui nécessitent des compétences et formations spécifiques.

3- DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

- Améliorer l'accès à l'IRM (polyvalentes et spécialisées/dédiées).

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Développer et pérenniser le principe des postes d'assistants partagés.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale auprès des prescripteurs, des réalisateurs d'examens d'imagerie, de tous les acteurs de santé ville-hôpital ainsi qu'auprès du grand public à travers des campagnes d'information.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé

- Sensibiliser la population à la juste consommation d'examens d'imagerie sous prescription médicale.

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes

- Accompagner l'évolution des pratiques médicales en conformité avec les référentiels médicaux.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de sante et la population ou entre professionnels de sante

- Organiser le partage interprofessionnel via la télémédecine.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre

4- INDICATEURS D'EVALUATION

Amélioration de l'accès aux soins

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Développer et diversifier le parc IRM	Evolution du Nb d'IRM : - polyvalentes - efficients (spécialisés) Nombre d'examens (examens réalisés pour l'entité, examens réalisés pour l'extérieur de l'entité) avec distinction IRM polyvalentes/spécialisées	Groupe de travail GDR IRM

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Améliorer l'accessibilité aux TEP/γ-caméra	Nombre d'examens (examens réalisés pour l'entité, examens réalisés pour l'extérieur de l'entité) Délai d'attente moyen, par type d'examen, pour les patients hospitalisés et les externes Nombre d'heures d'ouverture globale hebdomadaire	ARS

Amélioration de la qualité et la sécurité des soins

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Réduire les délais de rendez-vous pour l'IRM	Délai de prise en charge	Groupe de travail GDR IRM en partenariat avec les professionnels de santé

Amélioration de l'efficience du système de santé

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Optimiser la productivité des TEP	Nombre de forfaits par machine	ARS

5- DECLINAISON TERRITORIALE

IRM – 2012

Territoires	Population	IRM polyvalentes
Somme	520 882	5
Aisne Nord-Haute Somme	298 593	2
Aisne Sud	284 250	3
Oise Est	466 012	6
Oise Ouest	330 607	2
Picardie	**1 900 344**	**18**

IRM – 2017

Territoires	Population	IRM polyvalentes	IRM spécialisés
Somme	520 882	5	3
Aisne Nord-Haute Somme	298 593	2	1
Aisne Sud	284 250	4 (+1)	2
Oise Est	466 012	6	2
Oise Ouest	330 607	3 (+1)	1
Picardie	**1 900 344**	**20**	**9**

Une augmentation du nombre d'IRM polyvalentes sur la période du SROS est prévue afin, notamment, de respecter les préconisations du plan cancer mais également d'améliorer l'accès aux soins dans notre région, en particulier dans les territoires Aisne Sud et Oise Ouest

Les implantations des IRM spécialisées viendront en complément sur les sites d'implantations des IRM polyvalentes. Ces implantations d'IRM spécialisées permettront, notamment, à chaque territoire de répondre aux demandes d'examens ostéo-articulaires mais également de libérer du « temps machine » sur les IRM polyvalentes afin de réduire les délais d'attente et d'améliorer l'accès aux soins notamment pour la prise en charge des AVC en urgences.

Dans l'hypothèse où une décision nationale permettrait d'augmenter le nombre d'IRM polyvalentes en complément des installations prévues supra, la priorité sera donnée au territoire Somme.

SCANNER

Territoires	Population	2012	2017
Somme	520 882	11	11
Aisne Nord-Haute Somme	298 593	5	6 (+1)
Aisne Sud	284 250	4	4
Oise Est	466 012	8	8
Oise Ouest	330 607	5	5
Picardie	1 900 344	33	34 (+1)

Territoire Aisne Nord Haute Somme
Une implantation supplémentaire pourra être envisagée au vu de l'évolution de l'activité en particulier sur la prise en charge des urgences.

TEP et GAMMA-CAMERA

Territoires	Population	TEP 2012	TEP 2017	γ-caméra 2012	γ-caméra 2017
Somme	520 882	2	2	5	5
Aisne Nord-Haute Somme	298 593	1	1	2	2
Aisne Sud	284 250	1	1	2	2
Oise Est	466 012	2	2	4	4
Oise Ouest	330 607	1	1	1	1
Picardie	**1 900 344**	**7**	**7**	**14**	**14**

TEP
Pour tous les Territoires :
A ce jour, deux équipements ne sont pas installés.
En 2009, le taux d'équipement picard se plaçait au-delà de la moyenne nationale de 1.18 par million d'habitants. Avec 5 appareils autorisés et installés, le taux d'équipement est passé à 2,6 par million d'habitants.
Compte tenu de cette couverture et des constats du plan cancer 2, les besoins de la population sont satisfaits à ce jour avec les équipements en fonctionnement. L'activité développée en coopération public-privé et les besoins en santé dans le domaine de la cancérologie, voire de la neurologie justifient le maintien des autorisations.

Gamma-Caméra
Aucun besoin particulier n'ayant émergé, le volume des autorisations est reconduit à l'identique dans les cinq territoires de santé.

VOLET TRANSFUSION

Préambule

La recherche d'une articulation entre le Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine (SOTS) et le Schéma Régional de l'Organisation de l'Offre de Soins (SROS) est préconisée par le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS/PRS.

Le SOTS est élaboré pour une durée de 5 ans par l'Etablissement Français du Sang et soumis pour avis aux Agences Régionales de Santé (article R.1224-3 du code de la santé publique).

Les objectifs sont de veiller à la cohérence des deux schémas, d'assurer la disponibilité régionale en Produits Sanguins Labiles (PSL), d'optimiser l'organisation de l'activité transfusionnelle et de contribuer à la sécurité transfusionnelle au sein de tout Etablissement de Santé (ES) dont les activités de soins comportent des situations impliquant une thérapeutique transfusionnelle.

1- CADRE JURIDIQUE SPECIFIQUE

Etablissement Français du sang :

- Décret n°2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'Etablissement Français du Sang et à l'Hémovigilance.

Dépôts de sang :

- Décret n°2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 relatif aux conditions d'autorisation des dépôts de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant le modèle type de convention entre un ES et l'ETS réfèrent pour l'établissement d'un dépôt de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant la liste des matériels des dépôts de sang.
- Arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang.
- Arrêté du 16 décembre 2008 portant homologation du cahier des charges de la formation des personnels des dépôts de sang.
- Arrêté du 15 juillet 2009 modifiant l'arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels de dépôts de sang.
- Arrêtés du 13 septembre 2007 et du 7 septembre 2012 relatifs au Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine du Nord de la France.

2- ETAT DES LIEUX : MAILLAGE TRANSFUSIONNEL EN 2011

1 ROLE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG (EFS) NORD DE FRANCE EN REGION PICARDIE

Activité de collecte

Collecte sur site fixe :

- 1 site dans le département de la Somme à Amiens (quartier Saint Leu),
- 2 sites dans le département de l'Aisne à Saint-Quentin (site Bellevue hors structure hospitalière) et Soissons : Villeneuve Saint Germain (site hors structure hospitalière).

Collecte mobile : organisée dans les 3 départements.

Déplacement d'une équipe mobile sur un lieu de travail ou collecte effectuée en véhicule adapté. Le département de l'Oise est géré à partir du site d'Amiens.

Les dons sont ensuite acheminés à Lille pour une prise en charge par le plateau technique de préparation et de qualification biologique. Les produits sanguins labiles sont secondairement distribués aux sites transfusionnels interrégionaux et délivrés par ces derniers aux Etablissements de Santé en fonction des besoins.

L'organisation de la collecte de sang par l'Établissement Français du Sang doit permettre la disponibilité constante de produits sanguins finis afin de répondre à la demande régionale en produits sanguins labiles.

Prélèvements collectés dans la région :

Nombre de prélèvements	Année 2011
en collecte fixe	14957
en collecte mobile	48871
toutes collectes	63828

Activité de délivrance/distribution des PSL

L'organisation régionale de l'approvisionnement des Etablissements de Santé en produits sanguins labiles a pour objectif de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des services de soins et ce, dans des délais compatibles avec la sécurité et la qualité.

La distribution régionale des produits sanguins labiles est cadrée réglementairement par le Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine (Arrêté du 13 septembre 2007 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine de Nord de France).

Le schéma d'organisation de la transfusion fixe le maillage transfusionnel en précisant le lieu d'implantation des sites transfusionnels et des dépôts de sang hospitaliers.

L'optimisation de l'approvisionnement régional en produits sanguins labiles est organisée sur la base des principes suivants :

- Accessibilité aux produits sanguins labiles. Obtention des produits sanguins labiles dans toutes les situations rencontrées : transfusion en urgence vitale ou transfusion programmée prévisionnelle
- Rationalisation de la ressource grâce à une gestion rigoureuse permettant une réduction de la destruction des produits sanguins labiles après délivrance.

5 sites EFS répartis comme suit, permettent d'assurer l'approvisionnement des Etablissements de Santé en Produits Sanguins Labiles :Amiens, Creil, Saint-Quentin, Reims, Lille pour le secteur de la Thiérache.

Répartition et nombre de PSL délivrés par les sites transfusionnels

Délivrance totale des PSL par site Etablissement de Transfusion Sanguine (ETS):

Site E.T.S.	PSL Délivrés 2011
AMIENS LESOT CHU NORD	34450
CREIL	21397
REIMS	4867
SAINT QUENTIN	11390
LILLE	766
TOTAL	72870

2 ROLE DES DEPOTS DE SANG : ACTIVITE DE DELIVRANCE DES PSL

En complément des sites de distribution/délivrance de l'Etablissement Français du Sang, il existe en région Picardie 16 dépôts de produits sanguins labiles.

Ces unités à la charge des structures de santé, sous responsabilité médicale, permettent d'approvisionner en produits sanguins labiles les Etablissements de Santé éloignés d'un site transfusionnel et justifiant d'une activité médicale à potentiel transfusionnel.

Le rôle des dépôts de sang régionaux est de garantir la mise à disposition à tout moment, pour chaque patient, de produits sanguins labiles appropriés. L'objectif principal est de faire face à l'urgence vitale par la délivrance immédiate de Concentrés de Globules Rouges (CGR) de groupe O «universel». Leur gestion et leur fonctionnement sont soumis aux règles de bonnes pratiques.

Les demandes d'autorisation de fonctionnement sont cadrées par une procédure régionale établie sur la base de références réglementaires.

Les dépôts régionaux de PSL sont différenciés en 3 catégories :

- **Dépôt d'urgence vitale** : qui conserve des concentrés de globules rouges de groupe O et des plasmas de groupe AB distribués par l'Etablissement de Transfusion Sanguine référent et les délivre en urgence vitale pour un patient hospitalisé dans l'Etablissement de Santé. Le nombre maximum d'unités de PSL qui peuvent être conservées et délivrées par un dépôt d'urgence est fixé dans la convention passée entre l'Etablissement de Santé et l'Etablissement de Transfusion Sanguine référent.

On dénombre : 2 dépôts d'urgence vitale.

- **Dépôt relais / Urgence Vitale** : dépôt qui conserve des PSL délivrés par l'ETS référent en vue de les transférer à un patient hospitalisé dans l'Etablissement de Santé.
  On dénombre : 6 dépôts relais et Urgence-Vitale

- **Dépôt de délivrance** : dépôt qui conserve des Produits Sanguins Labiles distribués par l'Etablissement de Transfusion Sanguine référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'Etablissement de Santé.
  On dénombre : 8 dépôts de délivrance.

Nombre de dépôts de PSL classés par type et département :

	Type de dépôts			
Département	**DELIVRANCE**	**URGENCE VI**	**UV+RELAIS**	**TOTAL**
département 02	5	0	0	5
département 60	2	1	2	5
département 80	1	1	4	6
Total région	8	2	6	**16**

Nombre de dépôts de PSL classés par ville :

VILLE	TYPE DE DEPOT	NOMBRE
ABBEVILLE	DELIVRANCE	1
AMIENS CGO	URGENCE VITALE	1
AMIENS CHU/SUD	UV+RELAIS	1
DOULLENS	UV+RELAIS	1
PERONNE	UV+RELAIS	1
MONTDIDIER	UV+RELAIS	1
BEAUVAIS	DELIVRANCE	1
COMPIEGNE	DELIVRANCE	1
NOYON	UV+RELAIS	1
SENLIS	UV+RELAIS	1
CLERMONT	URGENCE VITALE	1
CHATEAU-THIERRY	DELIVRANCE	1
CHAUNY	DELIVRANCE	1
HIRSON	DELIVRANCE	1
LAON	DELIVRANCE	1
SOISSONS	DELIVRANCE	1
TOTAL REGIONAL		**16**

Tous les dépôts de sang de Picardie disposent d'une autorisation de fonctionnement.

Les demandes d'autorisation de fonctionnement ou de renouvellement sont cadrées par une procédure régionale établie sur la base des références réglementaires.

Part des dépôts dans la délivrance régionale

Année	Nombre total de PSL délivrés en région (y compris détruits après délivrance)	Dont délivrés par les dépôts Part en % dans la délivrance	PSL transférés par les dépôts (fonction relais) % des PSL utilisés	Activité totale des dépôts part en % des PSL utilisés en région	PSL délivrés par l'ETS Part en % dans la délivrance
2011	73010	21474.0 29.41 %	5942 8.14%	27416 37.55 %	70.59 %

Délivrance des PSL par les dépôts par territoire de santé

Territoire	PSL délivrés en 2011
AISNE-NORD	1599 7.45 %
AISNE-SUD	5931 27.62 %
OISE-EST	5476 25.50 %
OISE-OUEST	5095 23.73 %
SOMME	3373 15.71 %
Total Régional	**2011:** 21474 100.00 %

3 OBJECTIFS

1. Calquer les besoins transfusionnels régionaux avec les activités prévues par le PRS/SROS (maternité, urgences, réanimation, chirurgie, hémato-cancérologie). Faciliter l'accès des produits sanguins labiles aux Etablissements de Santé en tenant compte de la répartition géographique des sites transfusionnels, des dépôts de sang et de leur typologie.

2. Garantir la permanence de l'accès aux produits sanguins labiles pour chaque Etablissement de Santé transfuseur (maintenir une organisation logistique permettant l'approvisionnement des Etablissements de Santé (7j/7 ; 24h/24), assurer la permanence des soins transfusionnels dans chaque territoire de sante et la réponse à toute demande de produits sanguins labiles prévisionnelle ou en situation d'urgence vitale extrême).

3. Mettre à disposition tant sur le plan qualitatif que quantitatif le produit sanguin labile adapté à la situation du receveur potentiel ; (assurer le maillage régional transfusionnel en partenariat avec l'Etablissement Français du Sang Nord de France, collecte et promotion du don, rechercher l'autonomie régionale …).

4. Regrouper (le plus souvent possible) la réalisation des examens d'immuno-hématologie pré-transfusionnels sur un seul laboratoire (laboratoire du site de délivrance des PSL) : permettre la disponibilité des résultats Immuno-Hématologiques Receveurs (circuit d'acheminement et de transport des échantillons biologiques pré-transfusionnels vers le laboratoire de biologie médicale référent, renforcer le dispositif permettant la réalisation des

analyses et la transmission des résultats dans les délais les plus courts (transmission électronique…).

5. Consolider l'utilisation des dépôts de sang par l'utilisation des systèmes d'informations pour une gestion optimisée de l'activité transfusionnelle (transmission informatisée laboratoire/dépôt des résultats d'examens, délivrance sécurisée des produits sanguins labiles grâce à l'assistance informatique, traçabilité informatique des produits sanguins labiles, déclaration des incidents de la chaine transfusionnelle et des effets indésirables receveurs…).

6. Améliorer le partenariat ES/EFS : adaptation des besoins, gestion des stocks de PSL, pertinence des indications, conseil transfusionnel.

7. Garantir l'efficience de la sécurité transfusionnelle en cohérence avec les activités de soins exercées. Limiter le taux de destruction des PSL : pour des raisons d'éthique, de coût et de sécurité relative à la disponibilité et à l'accessibilité aux PSL, il doit être le plus faible possible. Indicateur témoin de la qualité de la liaison EFS/ES et du niveau d'organisation de la gestion d'un produit rare et couteux par l'Etablissement de Santé.

4 ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA D'ORGANISATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE (SOTS) DU NORD DE LA FRANCE EN PICARDIE

1 MOUVEMENT DES SITES TRANSFUSIONNELS DE L'EFS REGIONAL : SITUATION EN PICARDIE

- Prévisions 2012-2017 :

Rattachement du site transfusionnel de Reims (Etablissement Français du Sang Nord de France) à l'Etablissement Français du Sang Lorraine-Champagne. Décision de l'Etablissement Français du Sang au niveau national.

Liste des établissements de santé de Picardie rattachés et approvisionnés par le site transfusionnel de Reims :

- Centre Hospitalier de Château-Thierry
- Centre Hospitalier de Soissons
- Hôpital de Villers Saint-Denis – La Renaissance Sanitaire
- Clinique Saint-Christophe de Courlancy à Soissons.

Mouvement du Site transfusionnel du CHU Nord vers le futur monosite au Groupe Hospitalier Sud.

Localisation inchangée des sites transfusionnels des centres hospitaliers de Saint Quentin et Creil.

2 MOUVEMENT DES DEPOTS DE PSL

Maillage transfusionnel à corréler avec l'évolution des autorisations d'activités de soins prévues dans le volet SROS hospitalier du présent PRS.

Dépôt de délivrance : CH Abbeville, CH Beauvais, CH Compiègne, CH Château-Thierry, Chauny, CH Laon, CH Soissons, CH Hirson (évolution à considérer dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire regroupant les structures de santé du Nord/Pas-de-Calais et de la Picardie). Existence et maintien du dépôt de sang (et du Groupement de Coopération Sanitaire actuel) corrélés à l'offre de soins et aux activités futures dispensées dans le territoire de santé Aisne Nord.

Dépôt d'urgence-relais :

CHU Amiens (CGO et CHU sud) dans l'attente du regroupement vers le site unique au Groupe Hospitalier Sud, CH Péronne, CH Montdidier, CH Doullens, CH Senlis, CH Clermont et CH Noyon.

Nouveaux dépôts : Prévisions 2012-2017 :

Dépôt d'urgence à la Polyclinique St Côme à Compiègne (ouverture prévue dernier trimestre 2012)
Dépôt d'urgence au Groupe Santé Pauchet à Amiens .

Suivi / indicateurs

Bilan d'hémovigilance annuel / indicateurs principaux :

- *Nombre de dons et de prélèvements collectés dans la région ; évolution ;*
- *Bilan d'activité des dépôts de sang régionaux ;*
- *Transfusion régionale par type de PSL ; Taux de consommation des PSL. Ratio nombre de PSL/ lits MCO ;*
- Taux de destruction des PSL Homologues ;
- Part des dépôts de sang dans la dispensation régionale des PSL ;
- Nombre d'autorisations de fonctionnement établies en adéquation avec le SOTS prévisionnel ;
- Nombre de renouvellement d'autorisations de fonctionnement pour les dépôts de sang régionaux déjà fonctionnels.

VOLET SOINS PALLIATIFS

PREAMBULE

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile.

La prise en charge en soins palliatifs, organisée via différentes structures de soins, repose sur l'adéquation des projets aux référentiels d'organisation : Lits identifiés en soins palliatifs (LISP), Unités de soins palliatifs (USP), Hospitalisation à domicile (HAD) et bénévolat d'accompagnement.

La prise en charge des soins palliatifs est une mission de service public concernant toutes les catégories d'établissement et organisée selon le principe de la gradation de l'offre de soins et de l'adaptation aux besoins des patients. Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé, ou une partie de celui-ci.

Quelle que soit l'organisation retenue, ces soins visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Caractérisés par leurs activités transversales, les soins palliatifs ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

La loi du 22 avril 2005 institue le refus de toute « obstination déraisonnable » permettant de suspendre ou de ne pas entreprendre des actes apparaissant inutiles ou disproportionnés, et ceci dans le cadre d'une procédure collégiale pluridisciplinaire. Cependant, professionnels de santé et public ignorent trop souvent les dispositions de cette loi et les problématiques touchant à la fin de vie.

L'enjeu de ce volet tient à la fluidification du parcours des patients, de l'hôpital jusqu'au domicile dans le cadre d'une gradation des soins lisible et structurée. Le décloisonnement des pratiques et l'estimation des besoins seront des objectifs de réflexion et de propositions du groupe régional ARS/Professionnels de santé à mettre en place.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1. Implantations et activité

Lits identifiés en soins palliatifs (LISP)

Taux d'équipement etrépartition des lits identifiés en soins palliatifs par région en 2010

Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs (avril 2011)

LISP contractualisés 2011	MCO	SSR	USLD	TOTAL
Somme	57	16	0	**73**
Aisne Nord Haute Somme	30	18	0	**48**
Aisne Sud	21	6	0	**27**
Oise Est	37	13	8	**58**
Oise Ouest	18	16	2	**36**
Picardie	**163 (121 en 2010)**	**69 (42 en 2010)**	**10 (4 en 2010)**	**242 (167 en 2010)**

Unités de soins palliatifs (USP)

USP contractualisées 2011	Total Lits USP	Nombre USP
Somme	10	**1** (Amiens)
Aisne Nord Haute Somme	15	**2** (La Fère, St Quentin)
Aisne Sud	12	**1** (Soissons)
Oise Est	22	**2** (Senlis, Compiègne)
Oise Ouest	10	**1** (Beauvais)
Picardie	**69 lits** (24 lits en 2010)	**7 USP** (4 en 2010)

Répartition des Unités de Soins Palliatifs par région en 2010

Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs (avril 2011)

Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

EMSP 2011	Nombre EMSP
Somme	**3** (Amiens, Abbeville, Doullens)
Aisne Nord Haute Somme	**3** (St Quentin, Chauny, Le Nouvion)
Aisne Sud	**2** (Laon, Soissons)
Oise Est	**3** (Compiègne, Creil, Senlis)
Oise Ouest	**1** (Beauvais)
Picardie	**12 EMSP (10 en 2010)**

Répartition des équipes mobiles en 2010

Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs, CEpiDc-INSERM (avril 2011)

Les soins palliatifs pédiatriques

Au CHU Amiens, la prise en charge en soins palliatifs des enfants est effective avec :

- La reconnaissance de 2 LISP
- La structuration de la prise en charge avec les autres établissements de la région disposant d'un service de pédiatrie
- La création d'une Equipe Ressource Régionale en Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) basée au CHU Amiens, intervenant à l'échelle régionale (en inter et extra hospitalier, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile)

Réseaux de soins palliatifs

Cinq réseaux de soins palliatifs assurent une couverture géographique quasi complète, hormis le secteur de Laon et la Thiérache.

Activité de soins palliatifs réalisée dans les structures d'HAD

Les soins palliatifs représentent le tiers des journées servies pour les patients pris en charge en HAD en 2010.

Activité en court séjour (année 2011)

En MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), trois GHS (Groupes Homogènes de Séjours) correspondent à différentes formes de prises en charge des soins palliatifs :

- GHS 7993, lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité (LISP)
- GHS 7994, lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité
- GHS 7992, dans les autres cas.

Activité en soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les séjours de soins palliatifs sont recensés dans une catégorie majeure clinique spécifique : la CMC 20 « soins palliatifs ». L'effectif exprimé en RHA (résumé hebdomadaire anonyme) entraîne des difficultés d'interprétation.
Les soins palliatifs semblent sous employés en Soins de suite et de réadaptation faute de vision sur leur plus value (en terme de valorisation).

1.2 Epidémiologie

La Picardie occupe le second rang des régions à forte mortalité, supérieure de 13% à la moyenne nationale.
La région est classée parmi les régions à plus haut taux de mortalité infantile.

Les lieux de décès sont un premier indicateur des besoins de soins et d'accompagnement en fin de vie.
Ils varient selon les régions avec un gradient nord sud : en Picardie, plus de 60% des décès se produisent à l'hôpital.

En France, 70% des décès par cancer surviennent à l'hôpital (30% aux Pays Bas).

Proportion des décès à l'hôpital par région de résidence en France métropolitaine en 2008

Source : *CépiDc INSERM – Exploitation : Observatoire national de la fin de vie, 2011*

Le rapport 2011 de l'Observatoire national de la Fin de Vie (ONFV) objective une proportion de décès à l'hôpital stable depuis les 20 dernières années avec des questionnements sur :

- une tendance à la médicalisation de la fin de vie en France
- des pratiques très « médicales » autour de certaines pathologies (tumeurs notamment)
- une organisation des soins expliquant la persistance ou l'augmentation de la prise en charge de certaines pathologies à l'hôpital (AVC par exemple)
- une culture médicale différente selon les régions

Seules des enquêtes complémentaires sont susceptibles d'étayer les hypothèses envisagées.

2 ANALYSE QUALITATIVE

- **Le cadre réglementaire a permis une amélioration de l'offre de** prise **en charge en soins palliatifs**

Pour les **LISP**, le taux d'équipement en 2010 variait, en France métropolitaine, de 4.6 à 17.6. Pour 100 000 habitants en Picardie, l'offre est passée de 10 LISP en 2010, à 12.7 en 2011.
Pour les **USP**, le taux d'équipement en 2010 variait, en France métropolitaine, de 0.4 à 8.2 USP pour 1000 000 habitants. En Picardie, celui-ci se situe entre 1 et 1.3 avec 3 USP ouvertes en 2010. En 2011, 4 USP supplémentaires ont été contractualisées, au regard du nombre de décès enregistrés dans les hôpitaux (supérieur à 600).
Pour les **EMSP**, le rapport 2011 du Pr Régis Aubry objective un nombre important d'EMSP, rapporté au nombre de décès survenant en établissements de santé, dans les régions à dominante rurale ou semi-urbaine disposant par ailleurs d'une offre de lits USP et LISP assez faible : c'est le cas de la Picardie qui dispose désormais de 12 EMSP faisant l'objet d'un financement.

- **Cependant, le périmètre d'intervention de chaque élément structurant le dispositif reste à clarifier**

L'adéquation aux référentiels nationaux est à revoir car il existe des différences de définition et de fonctionnement entre les différentes structures. Il est nécessaire de connaître ce qui est réellement fait, de clarifier les cofinancements, de mettre en place des contrôles avec des indicateurs préalablement définis. L'objectivation des ressources humaines en USP, LISP, EMSP au regard de l'activité entre également dans ce cadre. Ceci implique, pour les EMSP, d'améliorer le suivi de leurs activités et d'harmoniser leurs modalités de fonctionnement.

- **L'Union Régionale des Soins Palliatifs de Picardie (URSPP) rassemble et dynamise les acteurs de l'offre hospitalière ainsi que les réseaux**

L'organisation actuelle de colloques régionaux annuels renforce le professionnalisme des soignants. La lisibilité des soins palliatifs, pour les professionnels de santé et le grand public, pourrait bénéficier de la mise en place de journées « grand public », intégrées à d'autres thématiques (gériatrie, cancérologie et soins de support, éthique, Loi Léonetti) en lien avec l'espace éthique régional, le CISS et les associations de bénévoles d'accompagnement.

- **Les prises en charge en soins palliatifs sont vouées à se développer, tant dans les structures hospitalières et médico-sociales qu'au domicile des patients**

Ceci implique une estimation précise des besoins ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité. Parallèlement, doivent s'engager des actions de recherche avec le soutien de l'équipe du CHU Amiens ainsi qu'un déploiement de la réflexion éthique.
L'accompagnement de la mise en œuvre et du suivi du volet SROS-PRS « Soins palliatifs » s'appuiera sur un comité technique régional d'expertise, force de réflexion et de proposition sur l'organisation et la coordination à conduire, en lien avec l'ARS et l'URSPP.

- **L'amélioration du parcours de soins de la personne requérante en soins palliatifs implique un recours pertinent au système de soins**

Afin d'éviter les ruptures de parcours, sources d'hospitalisations en urgence, il importe d'accentuer la diffusion de la culture palliative, de mieux coordonner les différents acteurs et de renforcer l'adéquation entre l'offre en soins palliatifs des différents niveaux de recours avec les besoins des patients.

OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

La gradation du recours s'organise en trois niveaux sur le socle que constitue la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

- **Assurer la bonne orientation des patients**

Proximité

Les acteurs de ce premier niveau de recours interviennent à domicile et dans les établissements médico-sociaux : il s'agit principalement des structures d'Hospitalisation à Domicile et des réseaux de soins palliatifs. Cette prise en charge de proximité s'exerce également au sein des services de court séjour.

Recours infra régional

Lorsque la prise en charge palliative s'avère impossible en niveau de proximité, le relai est pris par des établissements de santé pour lesquels la prise en charge des soins palliatifs est une mission de service public.

Les patients sont accueillis dans des **LISP** qui peuvent constituer un repli du domicile. La situation des patients requérants n'est pas trop complexe (sur le plan clinique ou éthique) et ne rend pas nécessaire le recours systématique à une expertise ou à un plateau technique. L'admission des patients s'appuie sur une évaluation globale médico-sociale et donne lieu à un projet de soins individualisé, évolutif et inscrit dans le dossier médical. Les personnels médicaux et paramédicaux sont formés à la démarche palliative.

L'**USP** assure la gestion des situations les plus complexes qui relèvent d'une compétence ou d'une technicité spécifique ou encore du recours à un plateau technique. Ces unités spécialisées, pourvues d'équipes pluridisciplinaires, ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs.

Afin de garantir la fluidité des parcours de soins, la qualité et la sécurité des prises en charge, des liens étroits, formalisés par convention, seront tissés entre USP et d'une part, les acteurs du niveau de proximité, et d'autre part, avec les établissements disposant de LISP.

Recours régional

Assuré par le CHU Amiens, ce niveau offre les prestations du recours infra régional ainsi que des prestations spécialisées ou encore des techniques innovantes. Il coordonne les activités de recherche et formation, apanage des USP. La prise en charge des situations palliatives des enfants et adolescents s'organise au niveau régional via l'équipe ressource (ERRSPP).

Des conventions sont à passer avec les acteurs du niveau infrarégional.

- **Structurer les coopérations entre les professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie**

La transversalité des interventions des EMSP est un élément important de la qualité des soins palliatifs. Equipe multidisciplinaire et pluri professionnelle, se déplaçant au lit du malade, l'EMSP intervient dans son établissement de rattachement mais aussi à domicile, dans un réseau ou en établissement médico-social. De par son rôle de conseil et soutien des professionnels, de mise en œuvre d'actions de formation, il importe que les collaborations soient formalisées.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **Mettre en place un groupe régional de réflexion**

Ce partenariat ARS/Professionnels de santé aura vocation à proposer tous travaux d'évaluation ou cahiers des charges portant notamment sur :

- l'établissement de critères permettant de différencier les patients accueillis dans les trois niveaux de recours,
- l'adéquation des pratiques avec les référentiels existants,
- les périmètres d'intervention des réseaux et des EMSP,
- le dimensionnement des équipes au regard de l'activité déployée,
- l'évaluation des formations en soins palliatifs,
- le développement d'indicateurs d'évaluation,
- l'estimation des besoins.

- **Intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante**

La pérennité de cette action permet d'assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert.

- **Organiser la diffusion de la culture palliative**

Les EMSP sont le vecteur de l'acculturation aux soins palliatifs de l'ensemble des professionnels de santé. En ce sens, elles bénéficieront de l'appui du groupe régional de réflexion.

- **Favoriser le maintien à domicile des patients requérant des soins palliatifs**

L'anticipation des situations palliatives, à domicile ou en établissement médico-social, devrait être cadrée par des conventions multipartites intégrant les EMSP, l'HAD, les, SSIAD, les médecins généralistes.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Engager une démarche d'évaluation quantitative et qualitative de l'offre hospitalière en soins palliatifs**

Celle-ci s'inscrit dans un souci d'adéquation des moyens au regard des référentiels ainsi qu'à l'évolution des besoins.
Une réflexion sur l'efficience des moyens de prise en charge sera poursuivie portant sur les mutualisations de compétences (renforcement entre établissements de santé par exemple dans le cadre des communautés hospitalières de territoires et des groupements de coopération sanitaires) et sur les organisations coordonnées entre les trois niveaux de recours.

- **Eviter les transferts de patients en favorisant l'accès aux compétences**

Que ce soit à domicile ou au sein d'un établissement, il s'agira de renforcer l'effectivité des interventions des EMSP dans l'ensemble des services de soins et des EHPAD.

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

- Rendre effective l'intervention des EMSP dans les EHPAD
- Favoriser le maintien au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux des résidents en fin de vie et éviter les hospitalisations en urgence non justifiées
- Favoriser la participation des professionnels de santé libéraux au parcours de soins des patients en soins palliatifs (par exemple, participation aux RCP dans le cadre d'un maintien à domicile)

3. DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSRS

Coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Développer la prise en charge des soins palliatifs dans le secteur médico-social
- Analyser la prise en charge en soins palliatifs dans les situations de polyhandicaps et proposer un cadre de développement de ces soins couplé à une évaluation

Gradation des modes de prises en charge

- Structurer et moduler la graduation des soins (proximité, recours infrarégional, recours régional) au regard des besoins des patients et des collaborations à mettre en œuvre

Formation des professionnels

- Mettre en œuvre une évaluation des formations en soins palliatifs
- Former les médecins spécialistes et recréer du lien avec les spécialistes
- Développer la culture palliative

Accompagnement des aidants

- Réfléchir sur la place de l'usager en ajustant les prises en charge là ou il vit

Respect des normes et référentiels

- Définir les niveaux de ressources des trois niveaux avec le collège technique régional
- Evaluer et contrôler les structures financées
- Développer des indicateurs d'évaluation

Partage d'informations

- Engager les collaborations avec la psychiatrie par rapport à l'éthique et à la Loi Léonetti
- Organiser des journées « grand public »
- Rendre lisible la prise en charge palliative dans le cadre de l'urgence, d'une hospitalisation, d'un retour au domicile ou en EHPAD

Observation sanitaire et médicosociale

- Collaborer avec le réseau régional de cancérologie afin de développer les formations et la recherche en soins palliatifs
- Réaliser des enquêtes afin de connaitre, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, les référents soins palliatifs et la nature des équipes ressources

4. INDICATEURS D'EVALUATION

OBJECTIFS GENERAUX	INDICATEURS de SUIVI	REALISATION du SUIVI
Evaluation de la structuration de l'offre	Nombre de conventions formalisées entre le Centre de recours régional (USP CHU, ERRSPP) et les acteurs du recours infrarégional (USP)	Etablissements (suivi annuel CPOM)
	Nombre de conventions formalisées entre les USP de recours infrarégional et les établissements disposant de LISP	
	Nombre de conventions formalisées entre USP et acteurs du premier recours	
Evaluation de l'activité	Rédaction d'un cahier des charges des EMSP	ARS
	Evaluation des EMSP	
	Nombre de LISP pour 100 000 habitants	
	Nombre de suppléments	
	Nombre de décès par établissement	
	Nombre de lits de l'USP	Etablissements (suivi annuel CPOM)
	Nombre de séjours dans l'USP	
	Pourcentage de retours à domicile (hors décès) dans l'USP	
	Nombre de réunions pluridisciplinaires	
	Pourcentages d'IDE et AS formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur	
	Nombre total d'heures d'enseignement en soins palliatifs réalisés par les membres de l'USP	
Evaluation de la qualité et de la sécurité des soins	Mise en place d'un groupe régional de réflexion	ARS
	Nombre de formations dispensées au personnel soignant	URSPP
	Nombre de formations dispensées par les EMSP	ARS
	Nombre de conventions multipartites EMSP/autres	Etablissements (suivi annuel CPOM)
Evaluation de l'amélioration de la coordination avec le médico-social	Nombre d'établissements médicosociaux bénéficiant de l'intervention d'une EMSP	Etablissements (suivi annuel CPOM)
	Nombre de conventions HAD / EHPAD	Etablissements (suivi annuel CPOM)

5. DECLINAISON TERRITORIALE

Les soins palliatifs ne sont pas soumis à autorisation d'activité mais à reconnaissance contractuelle.
Au cours de l'année 2013, un processus d'évaluation contractuelle sera initié, prenant en compte le référentiel national d'organisation des soins palliatifs et l'ensemble des objectifs régionaux d'amélioration, en termes d'accès aux soins, de qualité des soins, d'efficience du système de santé, de coordination avec la prévention et le médico-social.

VOLET DOULEUR

PREAMBULE

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*).

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Elle existe dès que la personne affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie son intensité et son origine, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence,
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois,
- Réponse insuffisante au traitement,
- Retentissement émotionnel,
- Détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile, comme à l'école ou au travail.

Avant même que la lutte contre la douleur ne devienne, en France, l'une des grandes priorités des usagers à l'hôpital puis des personnes souffrant de maladie chronique, la Picardie avait structuré cette offre de soins, constituant l'un des modèles nationaux en la matière ainsi qu'en attestent les publications scientifiques.

La constitution d'un réseau régional des Structures de lutte contre la Douleur Chronique en 1994, porté par son émanation associative l'Association de Lutte contre la Douleur Amiens Picardie (ALDAP), fut le socle du référentiel régional présenté en janvier 1998 et inscrit au SROS qui proposa un maillage territorial égalitaire de ces structures ainsi qu'une coordination confiée au CHU Amiens. Leurs missions furent précisées à cette occasion.

En matière de douleur aiguë, en urgence, liée aux soins, la nécessité d'un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) fut établie pour chacun des établissements de santé en précisant leur rôle.

Dès 1999, les recommandations scientifiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) furent intégrées.

Les premières réflexions ont été conduites dans le cadre du SROS 2. Aucun volet «Douleur» n'a été identifié dans le SROS 3 2006-2011.

L'enjeu de ce volet tient au développement du dispositif de prise en charge de la douleur chronique à partir des besoins identifiés, via les données d'activité des Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique (SDC), les remontées de la coordination régionale, ainsi qu'à partir du seuil de financement minimal (500 consultations médicales externes par an).

DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1. Implantations et activité

10 structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) sont identifiées en région Picardie :

- 1 centre : CHU Amiens
- 9 consultations : CH Abbeville, GS V. Pauchet (Amiens), CH St Quentin, CH Laon, CH Soissons, CH Compiègne, GHPSO (sites de Creil et de Senlis), CH Beauvais.

Par ailleurs, des consultations avancées des SDC sont présentes dans 11 sites hospitaliers :

Aisne	Oise	Somme
- Ham, Péronne (CH St-Quentin) - Chauny, Vervins, le Nouvion (CH Laon) - Château-Thierry (CH Soissons)	- Noyon (CH Compiègne) - Hôpital Privé de Chantilly (GHPSO Creil Senlis)	- Albert, Corbie, Montdidier (CHU Amiens)

Activité des Structures Douleur Chronique identifiées (Centre et Consultations)
SAE 2010 et 2011

SDC identifiées	2010		2011	
	Nombre de consultations médicales externes	Nombre de nouveaux patients	Nombre de consultations médicales externes	Nombre de nouveaux patients
CH St Quentin	1 095	271	1 078	299
CH Laon	797	195	817	172
CH Soissons	4 020	1 080	3 164	525
Total Aisne	**5 912**	**1 546**	**5 059**	**996**
CH Senlis	964	171	906	153
CH Beauvais	1 465	204	1 150	258
CH Compiègne	724	135	839	119
CH Creil	1 503	205	839	119
Total Oise	**4 656**	**715**	**3 734**	**649**
CH Abbeville	3 097	645	3 269	582
CHU Amiens	2 001	464	1 987	412
Clinique Pauchet	870	500	1 165	540
Total Somme	**5 968**	**1 609**	**6 421**	**1 534**
Total Picardie	**16 536**	**3 870**	**15 214**	**3 179**

Activité des consultations avancées des SDC au 31/12/2011
Nombre de consultations médicales externes

Aisne	Oise	Somme
506	1124	618

Source : Enquête ARS 2011

Activité en hospitalisation (ambulatoire et complète)

Dans l'ensemble des GHM concernés, le volume des séjours en hospitalisation complète pour douleur chronique rebelle est en diminution (353 séjours en 2010, 199 en 2011). C'est le territoire Somme qui produit la part la plus importante de séjours : 46% en 2010, 59 % en 2011.

Les niveaux de sévérité des séjours (sévérité croissante de 1 à 4) sont fonction de l'existence de comorbidités associées, de l'âge du patient, du mode de sortie (décès inclus) et de la durée de séjour minimale.

Le Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU Amiens est la seule structure à couvrir les 4 niveaux de gravité (séjours en hospitalisation complète).

Deux établissements produisent des séjours en ambulatoire pour bloc nerveux ou infiltration : CH Laon et CH Soissons.

Le CH Laon réalise la quasi-totalité des prises en charge pour douleur chronique rebelle en séjour de très courte durée (inférieure à deux nuits).

1.2 Démographie des professionnels

Départements	Types de SDC	Ressources Humaines (ETP)			
		Médecin	IDE	Psychologue	Secrétaire
Somme	Centre	2.6	1	1.5	2
	Consultations	2.7	1.3	1.2	2
Aisne	Consultations	3.3	2.1	2	3.5
Oise	Consultations	3.05	4.95	2.5	2.4

Source : Enquête ARS 2011

1.3 Epidémiologie

La prévalence de la douleur chronique, selon les données nationales et internationales, varie de 10.1% à 55.2%. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge, surtout au-delà de 50 ans.
La prévalence de la douleur chronique sévère (très fréquente et intense) est évaluée à 11% chez l'adulte et 8% chez l'enfant.

La douleur chronique est l'une des priorités du plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, et le renforcement de sa prise en charge fait l'objet de la mesure 19.1 du plan cancer 2009-2013 : « renforcer les soins de support en intégrant mieux la lutte contre la douleur et le recours à la démarche palliative quand il s'avère nécessaire ».

La douleur est fréquente en cancérologie, y compris lors de la phase de surveillance et malgré les progrès réalisés depuis le premier plan de lutte contre la douleur (1998), il persiste pour la douleur cancéreuse un écart entre bons résultats attendus et la réalité : 14 à 30% des personnes présentant des douleurs quotidiennes modérées à intenses n'ont aucun traitement antalgique.

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.

Le suivi des objectifs annexés à cette loi indique que les systèmes d'information existants ne permettent pas de repérer spécifiquement les douleurs chroniques rebelles, en l'absence de définition explicite.

2 ANALYSE QUALITATIVE

- **Les établissements offrent diverses expertises cliniques et pratiques dans le cadre des consultations identifiées**

En sa qualité de SDC de type « Centre », seul le CHU Amiens offre toute la palette des technicités.

Les données d'activité 2011 confirment la position de recours régional du CHU pour la radiologie interventionnelle : 266 séjours réalisés pour des actes thérapeutiques à visée palliative ou symptomatique indiqués dans le traitement de la douleur.

La neurostimulation médullaire (implantations d'électrodes et générateurs indiqués dans le traitement des douleurs neuropathiques) est réalisée au CHU Amiens principalement ainsi qu'au CH Laon (activité 2011).

Les actes relevant de la neurochirurgie, activité hautement spécialisée faisant l'objet d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire, ne sont réalisés qu'au CHU Amiens.

- **L'offre en SDC identifiées de type « consultation » couvre l'ensemble de la région**

Les cinq territoires de santé sont dotés d'au moins une consultation.
Les sites de consultations avancées, qui sont des SDC de plus petite taille offrant des soins de proximité, animées par des médecins diplômés pour la prise en charge de la douleur, sont diversement associés à des SDC labellisées.
Ces antennes gagneraient à être développées, notamment dans le territoire Oise Ouest, afin de mieux mailler le territoire et faciliter l'accessibilité à des soins de qualité.

- **L'offre en SDC identifiées de type « centre » est à développer**

Le nouveau cahier des charges 2011 prévoit que les SDC, toutes polyvalentes et rattachées à un établissement de santé, doivent satisfaire à 13 critères entièrement revus, qui portent une attention particulière à la formation des personnels notamment pour la pédiatrie, aux modalités de prise en charge, à l'activité et à l'organisation minimales.

Deux niveaux (ou grades) de SDC sont prévus :

- les consultations qui assurent une prise en charge pluri-professionnelle, à la fois spécialisée et de proximité, en lien avec l'offre de premier recours
- les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire, ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation, assurent les missions supplémentaires spécifiques (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire RCP, participation à la recherche, à l'enseignement, à l'épidémiologie).

Un seul centre, régional, remplit tous les critères exigibles : le CHU Amiens identifié dès 2011.
Afin de répondre au dispositif cible (1/3 centres et 2/3 consultations), deux nouveaux centres (un dans l'Aisne, un dans l'Oise) devront être identifiés.
Un dossier de reconnaissance, finalisé par l'ARS, devra être complété par les SDC candidates.

OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

La structuration du maillage territorial repose sur l'instruction DGOS du 19 mai 2011 et sur la notion de gradation des soins.

Articulé autour de la sécurité des soins, de la juste utilisation des ressources et de l'accès aux soins spécialisés, le périmètre de prise en charge recouvre trois niveaux : la proximité, le recours infrarégional, le recours régional.

- **Poursuivre la structuration de l'offre entre la ville et l'hôpital**

Proximité
Ce niveau est constitué par les Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique (SDC) pluri professionnelles de type «Consultation» adossées à des établissements de santé, publics ou privés.

Les équipes peuvent organiser, dans le cadre de conventions, des consultations avancées au sein de centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé.
Les liens avec les médecins traitants doivent être confortés afin que ces derniers puissent être associés aux décisions thérapeutiques de la SDC dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée des patients douloureux, à leur domicile ou en structure d'hébergement.

Recours infra régional
Ce niveau est constitué par les Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique (SDC) pluridisciplinaires de type «Centre» qui assurent l'accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation.
Outre les missions des consultations, ces structures assurent des traitements spécifiques, participent aux activités de formation et de recherche ainsi qu'au recueil de données épidémiologiques.
Des conventions seront à formaliser entre consultations de proximité et centre de recours infrarégional.
A terme, chacun des trois départements disposera d'un centre.

Recours régional
Ce niveau offre les prestations des deux autres niveaux et, en sus, dispose de prestations spécialisées ainsi que de techniques innovantes.
Il conviendra de définir et formaliser les articulations entre le CHU Amiens, recours régional, et les deux autres centres qui restent à identifier.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **Parfaire la mise en place de la coordination régionale**

La coordination régionale, telle que définie par l'instruction de 2011, inclut l'identification de filières de prises en charge assise sur le fléchage d'expertises spécifiques liées aux technicités ou aux pathologies douloureuses proposées par certaines SDC de type « centre ».

Les points forts de la région sont la mise en place de formations continues (1994) et universitaires (1996), un colloque régional annuel depuis 2001, un colloque régional inter-CLUD (Comité de lutte contre la Douleur) depuis 2002, et des expertises reconnues pour certaines SDC.

A contrario, certaines consultations sont sujettes aux disponibilités de leurs responsables, l'établissement des référentiels régionaux est difficile, la diffusion des référentiels nationaux pour les trois établissements de santé mentale est à réaliser et le développement des soins oncologiques de support est encore récent.

- **Améliorer la traçabilité**

La prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire (critère 12.a) dans le cadre de la certification. L'évaluation et le traitement de la douleur devront être améliorés en matière de traçabilité, notamment dans les soins chirurgicaux et dans le cadre de la sortie du patient de l'établissement de santé.

- **Améliorer l'accès des enfants et adolescents à la prise en charge de la douleur chronique selon les principes de la gradation des soins**

Proximité

La prise en charge des syndromes douloureux chroniques de l'enfant et de l'adolescent est réalisée dans la plupart des SDC de type « consultation » et essentiellement dans la Somme.
Il conviendra d'améliorer la quantification distinctive adultes/enfants pour les consultations médicales externes ainsi que pour la file active de patients externes.

Recours infrarégional

Il n'existe pas de SDC de type « centre » disposant d'une spécificité pédiatrique clairement répertoriée faute de satisfaire au critère relatif au personnel en pédiatrie (le médecin responsable de la SDC « Centre », qu'elle soit spécialisée en pédiatrie ou mixte, doit disposer, en sus de la valence douleur, d'une valence pédiatrique).

Recours régional

Il appartient au CHU Amiens, d'organiser et rendre lisible, en son sein, la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Les délais d'attente sont longs, de un à deux mois.
Une seule consultation est en mesure d'assurer une permanence de soins « douleur » (Soissons).

Diverses collaborations, déjà mises en œuvre, sont à encourager :

- A Soissons, la prise en charge des patients est commune entre les soins palliatifs en intra hospitalier et le réseau ville-hôpital,
- A Creil, le GHPSO a une forte collaboration avec les soins de support en oncohématologie et les soins palliatifs (unité de soins palliatifs),
- Le travail en réseau des SDC de St Quentin et de Laon, articulé avec les RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) de cancérologie ainsi que le réseau de diabétologie et d'éducation des patients permet de mailler le nord de l'Aisne. Le projet de fusion des deux SDC avec projet médical commun organisé autour d'un téléréseau est un point fort.

Le rapprochement des SDC pédiatriques de la Somme est à développer, de même que les complémentarités et collaborations entre diverses SDC ainsi qu'avec les référents libéraux médicaux et paramédicaux : neurochirurgie, réunions EPP (évaluation des pratiques professionnelles et RMM (revues de morbi-mortalité).

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

La prise en charge de la douleur en EHPAD a fait l'objet de conventions entre le CHU Amiens et une quinzaine d'établissements.

Toutefois la préoccupation « douleur » est insuffisamment diffusée en EHPAD et surtout dans les autres établissements médico-sociaux.

3. DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSRS : PLAN D'ACTIONS

Coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Développer la prise en charge de la douleur en EHPAD,
- Informer sur le SROS, les plans de Santé publique, les référentiels nationaux et les articuler aux actions régionales et nationales prioritaires.

Gradation des modes de prises en charge

Structurer la graduation :

- Proximité (médecine de ville, SDC type consultation),
- Recours infrarégional (SDC type centre dans chaque département),
- Recours régional (CHU SDC Centre de référence).

Démographie des professionnels de santé

- Maintenir les formations continues et notamment les formations universitaires sous la coordination du CETD du CHU.

Formation des professionnels

- Maintenir l'offre de formation notamment au niveau du CETD (Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur) du CHU d'Amiens,
- Poursuivre la formation sur la prise en charge de la douleur aux formations continues des médecins et IDE, à la formation des internes en médecine générale et dans les IFSI.

Promotion de la santé

- Favoriser le développement des projets d'éducation thérapeutique des patients douloureux chroniques,
- Développer les actions grand public.

Accompagnement des aidants

- Créer des groupes de patients douloureux en y associant les proches

Respect des normes et référentiels

- Réaliser le suivi annuel des SDC au regard des critères de l'instruction DGOS

- Suivre le respect des référentiels nationaux

Partage d'informations

- Rendre lisible la prise en charge de la douleur par l'organisation de journées « grand public », la mise à jour et la diffusion de l'annuaire des SDC

Observation sanitaire et médicosociale

- Suivre les données déclaratives d'activité en consultation
- Suivre les données du PMSI
- Suivre l'allocation financière

4. INDICATEURS D'EVALUATION

OBJECTIFS GENERAUX	INDICATEURS de SUIVI	REALISATION du SUIVI
Evaluation de la structuration de l'offre	Rédaction d'un cahier des charges pour l'identification de SDC type « Centre »	ARS
	Nombre de conventions formalisées entre le Centre de recours régional et les centres de recours infrarégionaux	SDC Etablissements (suivi annuel CPOM)
	Nombre de conventions formalisées entre les SDC de type « Centre » (recours infrarégional) et les SDC de type « Consultations » (proximité)	
	Nombre de conventions formalisées entre les SDC de type « Consultations » (proximité) et les sites avancés (MSP, pôles de santé, centres de santé)	
Evaluation de l'activité des SDC	Nombre de consultations médicales externes annuelles (dont nombre de consultations pour enfants et adolescents de moins de 18 ans)	SDC Etablissements (suivi annuel CPOM) Coordination régionale des SDC
	Nombre de consultations non médicales externes annuelles IDE/Psychologues/Autres (dont nombre de consultations pour enfants et adolescents de moins de 18 ans)	
	Nombre de nouveaux patients pris en charge dans l'année (dont nombre de nouveaux patients de moins de 18 ans)	

	Nombre de consultations médicales externes annuelles (dont nombre de consultations pour enfants et adolescents de moins de 18 ans) dans les sites avancés	
	Nombre de nouveaux patients pris en charge dans l'année (dont nombre de nouveaux patients de moins de 18 ans) dans les sites avancés	
	File active de patients externes (dont < 18 ans)	
	File active de patients externes (dont < 18 ans) dans les sites avancés	
	Nombre de consultations médicales internes à l'établissement siège de la SDC	
	Nombre d'hospitalisations en hôpital de jour	
	Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète ou de semaine	
	Nombre de séjours dans l'établissement GHM 01M21 Douleur chronique rebelle	ARS
Evaluation de la qualité et de la sécurité des soins	Bilan annuel d'activité transmis à l'ARS	Coordination régionale des SDC
	Nombre de RCP mises à disposition des SDC « Consultations » par les SDC « Centres »	Coordination régionale des SDC
	Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous	Coordination régionale des SDC
	Nombre de formations effectuées (domaine, modalités, participants formés,…)	Coordination régionale des SDC
Evaluation de l'amélioration de la coordination avec le médico-social	Nombre de conventions formalisées	SDC Etablissements (suivi annuel CPOM)
Evaluation du développement de la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes vulnérables (dont santé mentale)	Nombre de conventions formalisées	SDC Etablissements (suivi annuel CPOM)

5. DECLINAISON TERRITORIALE

L'activité de prise en charge de la douleur chronique doit s'organiser sur la base de l'instruction du 19 mai 2011, du cahier des charges national, des recommandations de la HAS et de celles des sociétés savantes.

Ne relevant pas du processus d'autorisation d'activité de soins, le périmètre de cette mission d'intérêt général (MIG Structure d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique) s'inscrit dans le cadre d'une reconnaissance régionale en lien avec la coordination régionale mise en place.

VOLET INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS (IAS)

PREAMBULE

Définition

Selon la définition communément admise, une infection est caractérisée comme associée aux soins si « elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une infection associée aux soins (IAS). Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection »[14].
Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.
L'infection associée aux soins englobe donc tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large. L'IAS comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

On identifie 3 grands facteurs de risque d'acquisition d'une IAS : environnement, acte de soin et état pathologique du patient.
1. La présence physique dans des structures ou lieux dans lesquels sont délivrés des soins (environnement des soins) dans le cadre d'une prise en charge. Ces infections vont concerner les résidents dans ces structures, malades ou non, mais également les soignants et les visiteurs,
2. La réalisation d'actes de soins, que ces actes soient effectués dans un établissement de santé ou en dehors. Il s'agit de gestes de soins ayant une finalité diagnostique, thérapeutique (initiale ou de suivi), de dépistage ou de prévention primaire,
3. La présence de certaines pathologies sous-jacentes.

N'entrent pas dans la définition des IAS les colonisations asymptomatiques (urinaires, de cathéter, cutané, d'escarre ou d'ulcère non inflammatoire, bronchique), les infections présentes ou en incubation lors du contact avec le système de santé, les infections materno-fœtales, sauf dans certains cas (infection à germes hospitaliers, ou consécutive à une colonisation maternelle non traitée, ou les entérocolites ulcéro-nécrosantes du nouveau-né de forme épidémique).

Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs

[14] Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins - DGOS- Mai 2007

1. DIAGNOSTIC

Indicateurs de suivi des Infections associées aux soins

L'état des lieux de la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins peut être appréciée à travers différents indicateurs :

Prévalence des Infections Nosocomiales

Obtenue par l'intermédiaire d'enquêtes nationales organisées par le Ministère de la Santé tous les 5 ans, la prévalence donne une idée sur le risque nosocomial et permet de cibler les actions de lutte et de prévention des IAS. Elle permet d'obtenir une photographie à un instant donné.

A la dernière enquête nationale de prévalence en 2006, la prévalence des infectés en Picardie était de 4,9 % (5,4 à l'échelle nationale). Entre la première enquête nationale de prévalence en 1996 et celle de 2006, la prévalence des infectés a diminué d'un tiers (33 %). Tous les types d'infections ont bénéficié de cette diminution sauf les infections urinaires et les septicémies.

	1996		2001		2006		Evolution 1996→2001 %	Evolution 2001→2006 %	Evolution 1996→2006 %
PREVALENCE	N	(%)	N	(%)	N	(%)			
des Infectés	575	(7,3)	479	(5,9)	384	(4,9)	-19	-17	-33
des Infection	638	(8,1)	512	(6,3)	423	(5,4)	-22	-15	-33
Infections urinaires	90	(1,1)	95	(1,2)	137	(1,7)	2	49	53
Site opératoire	51	(0,6)	64	(0,8)	36	(0,5)	22	-42	-29
Pneumopathies	68	(0,9)	64	(0,8)	64	(0,8)	-9	3	-6
Infections sur cathéters	11	(0,1)	8	(0,1)	4	(0,1)	-29	-48	-64
septicémies	21	(0,3)	23	(0,3)	27	(0,3)	6	21	29

Prévalence des Infections nosocomiales en région Picardie

Incidence des Infections Nosocomiales

L'incidence, nombre de nouvelles infections observés sur une période donnée, est suivi dans le cadre des réseaux de surveillance organisé par le réseau national du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) / et de l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN).

Depuis 2009, tous les établissements pratiquant la chirurgie en région Picardie surveillent les incidences des infections du site opératoire (ISO). Entre 1998 et 2011, l'incidence brute des ISO est passée de 3,74 % à 1,12 % soit une diminution significative de 70 %. Pour les interventions chirurgicales à faible risque nosocomial, l'incidence est passée de 2,05 à 0,85 % soit une baisse de 59 %. Cependant après des années de baisse continue de l'incidence des ISO, celle-ci a repris une évolution à la hausse depuis 2008, passant de 0,67 % à 1,12 % en 2011.

Surveillance des infections du site opératoire (ISO) en Picardie

Incidence des bactéries multi-résistantes et maîtrise de la résistance aux antibiotiques

La maîtrise de la résistance aux antibiotiques est une priorité nationale. A ce jour, deux catégories de bactéries multirésistantes (BMR), le Staphylococcus Aureus Résistant à la Méticilline (SARM) et les Entérobactéries productrices de Bétalactamase à Spectre Elargie (EBLSE) sont particulièrement surveillées. L'indicateur calculé ici est la densité d'incidence. Elle témoigne de la transmission des BMR lors des soins mais aussi des pratiques d'utilisation des antibiotiques. La densité d'incidence des EBLSE est en hausse constante aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale passant ainsi dans notre région de 0,5 EBLSE isolée pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) en 2006 à 1,7 pour 100 journées d'hospitalisation en 2011 soit 3 fois plus.
La densité d'incidence du SARM a connu une baisse constante de 2005 à 2009 mais est en hausse ces deux dernières années. La densité d'incidence des SARM en Picardie reste très élevée par rapport à celle de la France entière.
D'autre part, dans un contexte national d'émergence de nouvelles Bactéries Hautement Résistantes (BHR) aux antibiotiques, quelques cas de BHR ont été diagnostiqués dans notre région incitant à la plus grande vigilance. Il faut enfin signaler que 2 établissements de grande taille de notre région ont eu à faire face à une épidémie d'infections / colonisations à Entérocoque Résistant à la Vancomycine (ERV) qui a entraîné des fermetures de services durant de longues périodes, des difficultés d'organisation et des manques à gagner pour ces établissements. Ces épidémies, in fine très bien gérées par les Etablissements de Santé, ont duré plusieurs mois. Cette situation appelle à une meilleure organisation régionale et locale pour faire face à de nouveaux défis en la matière.

Evolution de l'incidence des SARM et des EBLSE (2005 – 2008) en Picardie

Carte de répartition de l'incidence des SARM/1000 journées d'hospitalisation en 2010

Score agrégé et ICSHA

Le score agrégé est un indicateur composite qui comprend les indicateurs ICALIN (Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales), la consommation des solutions hydro-alcoolique, la consommation des antibiotiques et la surveillance des infections du site opératoire. Il s'est régulièrement amélioré en Picardie depuis leur mise en place en 2005 : le pourcentage des établissements classés en catégorie A est passé de 25 % en 2008 (31,3 % à l'échelle nationale) à 69,3 % en 2010 (62,1 % à l'échelle nationale).

L'ICSHA est un indicateur composite de consommation des solutions hydro-alcooliques. Cet indicateur, bien qu'en nette amélioration et meilleur que la moyenne nationale, indique des possibilités de progression dans une région où l'incidence du SARM reste élevée.

Catégorie n= Nbr ES	A%	B%	A+B
2010 Pic n=75	69,3	18,7	88
Nat 2010	62,1	27,5	89,6
2009 Pic n=76	66,7	22,7	89,4
Nat 2009	59,1	26,5	85,6
2008 Pic n=75	25,3	42,7	68
Nat 2008	31,3	37,4	68,7

Score agrégé

(Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales)

Catégorie n= Nbr ES	A%	B%	A+B
2010 Pic n=75	58,1	18,9	77
Nat 2010	51,5	20,6	72,1
2009 Pic n=76	57,5	20,5	78
Nat 2009	59,4	16,4	75,8
2008 Pic n=75	19,4	25	44,4
Nat 2008	26,3	17,2	43,5

ICSHA

(indicateur composite de consommation des solutions hydro-alcooliques)

Structuration du suivi des IAS en secteur hospitalier

Le suivi des IAS en Picardie est organisé autour de deux structures.

L'Antenne Régionale du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN)

L'ARLIN est une structure qui a pour rôle de relayer et de décliner le programme du Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) « Paris Nord » et de

mettre en place une politique régionale en matière d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales.
Dans ce cadre, elle mène un travail de partenariat avec les Présidents de Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Directeurs, Directeurs des soins, Equipes opérationnelles d'hygiène, professions libérales (information, signalement…).
Elle est chargée d'organiser la formation des soignants, d'établir une surveillance épidémiologique et d'aider les établissements dans leurs pratiques et dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention.
En Picardie, l'ARLIN est composé de 3 personnes équivalant à 2,8 ETP dont 1 ETP médecin, 1 ETP cadre infirmier et 0.80 ETP de secrétariat.

Le réseau Régional en Hygiène

La région Picardie a été la première à l'échelle nationale à initier la mise en place de réseaux sectoriels d'hygiène où plusieurs établissements de santé publics et privés partagent la même Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Ainsi depuis 2003, 80% des établissements de santés sont maillés par ces réseaux formant le réseau régional d'Hygiène mis en place et coordonné par l'ARLIN. Ces réseaux sont évalués par l'ARLIN annuellement. Certains grands établissements santé ont leur propre Equipe Opérationnelle d'Hygiène.
Le programme annuel de prévention des infections associées aux soins pour la région est en partie élaboré par ces réseaux.
- Plan stratégique de la prévention des IAS 2009-2013
- Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
- Programme régional de prévention des IAS 2010-2013

Points forts et points faibles en Picardie

Points forts :
- Existence d'un Programme Régional de prévention des IAS dans les établissements de santé qui est une déclinaison du Plan National stratégique
- Une démarche régionale de promotion de l'hygiène et de la prévention des IAS fortement ancrée dans les établissements de santé de la région
- Existence d'un maillage très structuré des établissements de santé par des réseaux Sectoriel d'Hygiène constituant un réseau régional.
- Animation et coordination régionale des réseaux Sectoriels d'Hygiène depuis dix ans.
- Expérience régionale dans l'expertise et les audits valorisés à l'échelle nationale.
- Relations étroites et coordonnées depuis plusieurs années entre les services de l'ARS et l'ARLIN et le CCLIN Paris-Nord.
- Les établissements de santé sont dans une dynamique de progressions concernant les indicateurs du tableau de bord de la prévention des IAS.

Points faibles
- Les cultures de gestion de risque et de l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas complètement acquises dans beaucoup d'établissements de santé.
- Pour des raisons budgétaires, les établissements de santé ont parfois réduit à leur plus simple expression la composition des Equipe Opérationnelle d'Hygiène partagés se privant ainsi d'expertise locale
- La maîtrise de la transmission du SARM reste très insuffisante dans la plupart des établissements de santé.
- Malgré certains progrès, le conseil en antibiothérapie reste mal organisé à l'échelle régionale.

2 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels des ES
Renforcer la sensibilisation et la formation à l'hygiène et la prévention des infections

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé
Renforcer la prévention du risque infectieux soignants-soignés

Assurer le respect des normes et des référentiels
Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion des phénomènes épidémiques
Coordonner à l'échelle régionale la gestion des phénomènes épidémique dans les ES et EMS
Pilotage des Tableaux de Bord de la lutte contre les Infections Nosocomiales dans les ES
Maintenir l'usager au centre du dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Contrôler la diffusion des BMR et tout particulièrement celle du SARM

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé
Promouvoir la juste utilisation des antibiotiques

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre
Surveiller la consommation des antibiotiques

3. INDICATEURS D'EVALUATION

Objectif	Actions	Indicateurs	Échéance
Impliquer tous les échelons du management dans la définition de la politique de prévention	Insérer la politique de prévention dans l'évaluation annuelle des directeurs	Nombre d'ES ayant une politique de la qualité et de la sécurité des soins	2012-2017 (évaluation annuelle)
Intégrer le thème des Infections nosocomiales dans la démarche qualité et GDR au sein des ES	Favoriser la formation des EOH au développement et la promotion d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles	Nombre d'ES ayant organisé des EPP et des RMM	2012-2017 (évaluation annuelle)
Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels des ES	Proposer une formation à la gestion du risque infectieux aux responsables et chef de pole	Nombre d'ES participants	2012-2013
Insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins	Faire l'état des lieux de la coordination de la gestion des risques dans la région Picardie	Rapport de l'état des lieux	2013
Améliorer l'observance des Précautions Standard au cours des gestes de soins	Auditer l'observance des précautions standards au cours des gestes de soins	Nombre d'ES ayant réalisé cet audit	2012-2017 (évaluation bisannuelle)
Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins notamment invasives associées à des risques infectieux	Former les professionnels à l'utilisation d'outils d'aide à l'observance de recommandations (check-lists)	% des services de chirurgie utilisant la « check List »	2012-2015
Contrôler la diffusion des BMR et tout particulièrement celle du SARM	Élaborer un programme régional de maîtrise de la diffusion du SARM	- Pourcentage de SARM dans l'espèce - Incidence du SARM	2012-2017 (évaluation annuelle)
Surveiller la consommation des antibiotiques	- Introduire dans les CPOM l'obligation de disposer d'un recueil exhaustif des données de consommation - Analyser au niveau régional les données et en assurer le retour d'information - Développer la politique des référents Antibiotiques dans la région	- Pourcentage des ES ayant un recueil exhaustif des données - Pourcentage des ES ayant un outil informatique de recueil des données Rapport d'analyse régional fait et diffusé Nombre d'ES ayant un référent en ATB	2012-2015 (évaluation annuelle) 2012-2015 (évaluation annuelle) 2012-2017 (évaluation annuelle)
Promouvoir la juste utilisation des antibiotiques	Informer et former le personnel médical sur les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques dans le cadre de la formation continue	Nombre de formation organisés	2012-2017
Renforcer la sensibilisation et la formation à l'hygiène et la prévention des infections	Organiser une journée régionale de formation à l'hygiène et la prévention des infections dédiée aux professionnels des ES et EMS	- Nombre de participants à la journée - Nombre d'EMS participant à la journée	2012-2017 (évaluation annuelle)
Renforcer la prévention du risque infectieux soignants-soignés	Promouvoir la vaccination des personnels de santé et autres personnels en contact avec les patients	% de couverture vaccinale anti-grippe	2012-2017 (évaluation annuelle)
Maintenir l'usager au centre du	- Elaborer des recommandations	Recommandations	2013

dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	interrégionales sur la communication en situation de crise -Organiser une réunion régionale d'information à l'intention des représentants des usagers	élaborées Nombre de participant à la réunion régionale	2012-2017 (évaluation annuelle)
Pilotage des Tableaux de Bord de la lutte contre les Infections Nosocomiales dans les ES	Suivi et accompagnement des ES pour la réalisation du bilan en ligne	% des ES ayant rempli le bilan % des ES contrôlés	2012-2017 (évaluation annuelle)
Favoriser la coopération et la contractualisation inter-établissement pour la structuration des Equipes Opérationnelles Hospitalières	Evaluer l'activité des réseaux dans le cadre d'un séminaire annuel	% des réseaux participants à l'évaluation	2012-2015 (évaluation annuelle)
Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion des phénomènes épidémiques	- Evaluer le signalement interne et externe des IAS - Organiser des réunions régionales de « Retour d'expérience » (REX)	Rapport de l'évaluation fait Nombre de REX organisées	2012-2017 (2013 et 2017)
Coordonner à l'échelle régionale la gestion des phénomènes épidémique dans les ES et EMS	Elaborer et mettre à jour le plan régional et les plans locaux des ES de gestion des épidémies	Plan régional fait Nombre d'ES ayant réalisé le plan local	2012-2013

VOLET GENETIQUE

PREAMBULE :

Ce SROS comprend :

- La cytogénétique
- La génétique moléculaire

En Picardie, il n'y a qu'un seul laboratoire de génétique moléculaire et un seul laboratoire de cytogénétique dépendant tous deux du CHU (Centre Hospitalier Universitaire d'AMIENS).

Les orientations nationales notent que l'activité de génétique constitutionnelle fait l'objet pour la première fois d'un schéma régional d'organisation sanitaire intégré au projet régional de santé (SROS – PRS) : le SROS génétique médicale post-natale.

L'activité de génétique concerne des maladies rares.

L'analyse génétique s'effectue soit au niveau des chromosomes (cytogénétique) soit au niveau des bases moléculaires (génétique moléculaire).

N'entrent pas dans le champ du SROS génétique médicale post-natale :

✓ La génétique des populations (qui concerne l'anthropologie).
✓ La génétique somatique (détermination des marqueurs moléculaires des tumeurs en vue de leur traitement par exemple) qui concerne la carcinologie (oncogénétique).
✓ La cytogénétique et la génétique moléculaire prénatale (qui bénéficient d'une réglementation particulière).
✓ L'identification d'une personne sous le contrôle de l'autorité judiciaire.

Les types d'analyses pratiquées dans le cadre de la génétique post natale sont :
✓ Les analyses de cytogénétique : étude de la structure et du fonctionnement des chromosomes (organites du noyau cellulaire portant l'information génétique).
✓ Les analyses de génétique moléculaire : elles sont effectuées à l'échelle moléculaire par l'amplification des séquences d'ADN (ou d'ARN), il s'agit d'identifier la mutation responsable de la maladie recherchée (modification d'un gène).

Les examens de génétique moléculaire se répartissent en deux niveaux selon leur degré de spécialisation :
✓ Le niveau 1 : Il s'agit de la recherche des mutations les plus fréquentes dont le lien de causalité avec la maladie étudiée est clairement démontré.
✓ Le niveau 2 : L'examen concerne l'analyse exhaustive du gène.

Le laboratoire doit pour ces analyses assurer :
✓ La prise en charge d'échantillons d'autres laboratoires lorsque les analyses de niveau 1 n'ont pas permis de mettre en évidence de mutation et si la clinique le justifie ;
✓ La veille technologique et scientifique ; la participation à l'organisation du contrôle de qualité ;
✓ Le lien avec un centre de référence de la maladie s'il existe.

L'oncogénétique constitutionnelle, seule partie de l'oncogénétique concernée par le SROS génétique post-natale, permet le repérage, le diagnostic et le suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques à l'origine de formes héréditaires et familiales de certains cancers.

1. DIAGNOSTIC :

1 Cytogénétique :

Il n'y a qu'un seul laboratoire de cytogénétique autorisé dans les locaux du Centre Hospitalier Universitaire, au Centre de gynécologie obstétrique (CGO). Il appartient au service de médecine et de biologie de la reproduction, de cytogénétique et du CECOS (Centre d'étude et de conservation de l'œuf et du sperme).

Il compte deux praticiens agréés aux analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.
L'activité de cytogénétique post-natale constitutionnelle est de 500 caryotypes par an environ.

2 Génétique moléculaire :

Le CHU dispose d'une autorisation de pratiquer les examens des caractéristiques génétiques à des fins médicales (analyses de génétique moléculaire incluant l'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales).

Il y a deux praticiens agréés aux analyses de génétique moléculaire.

Le laboratoire de génétique moléculaire médicale est autorisé à faire les examens de génétique constitutionnelle post-natale sans limitation qualitative des pathologies à diagnostiquer. Il offre aux praticiens et aux établissements de santé une palette d'examens relevant des maladies héréditaires de l'hémoglobine, de celles du métabolisme du fer, des thromboses artérielles et veineuses, des arythmies génétiques.

Il réalise aussi des examens d'oncogénétique moléculaire.

Il participe à divers réseaux et à des actions transversales ou institutionnelles.

Le laboratoire se compose de trois unités fonctionnelles (UF).

UF 1930 : génétique moléculaire médicale réalisant :
- Le diagnostic moléculaire des hémochromatoses.
- Le diagnostic moléculaire des hémoglobinopathies.
- Le diagnostic des facteurs de susceptibilité à la maladie thromboembolique veineuse et aux maladies cardiovasculaires
- Le diagnostic moléculaire des arythmies génétiques.

UF 1936 : Oncogénétique moléculaire

UF 9625 : Secteur de recherche K-Ras (hors SROS génétique constitutionnelle) (Recherche à des fins thérapeutiques de la mutation K-Ras dans le développement des cancers colorectaux).

Les résultats :

Le laboratoire réalise des analyses de niveau 1 et 2.
Analyses de niveau 1 entrant dans le cadre du SROS : 3156 en 2010 et 2940 en 2011.
Analyses de niveau 2 entrant dans le cadre du SROS : 841 en 2010 et 1225 en 2011.
Le laboratoire assure le transfert des échantillons vers les laboratoires spécialisés compétents pour les analyses qu'il ne réalise pas.

2. OBJECTIFS :

Il s'agit de développer les activités de cytogénétique et de génétique moléculaire et d'attirer des praticiens dans cette discipline.
En effet, la formation de praticiens dans cette discipline est longue et complexe et les praticiens sont attirés par les grands centres universitaires de LILLE et de PARIS.

Les fuites d'examens vers l'ILE DE FRANCE sont à diminuer par une plus grande implication des praticiens de ces laboratoires dans l'information de l'offre de soins disponible en direction des biologistes picards prescripteurs.

3. INDICATEURS D'EVALUATION :

Nombre d'examens effectués en cytogénétique et en génétique moléculaire.
Nombre de spécialistes formés au CHU dans ces disciplines.

4. DECLINAISON TERRITORIALE :

L'offre est au CHU.
L'offre existante est satisfaisante compte-tenu de la spécificité de la demande et du niveau d'expertise requis.
Les relations du laboratoire de génétique moléculaire du CHU avec les laboratoires de génétique de l'inter-région se sont renforcées et assurent, en relation avec d'autres structures nationales et internationales une réponse adéquate en termes de santé publique.
Le laboratoire de cytogénétique assure lui aussi une couverture satisfaisante des besoins de la population.

III Une approche par filières de soins spécialisées autour d’une pathologie

FILIERE ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

Préambule

La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est une thématique nationale prioritaire pour les années 2010 à 2014. Pour cette raison, un plan d'actions national a été défini. Il vise principalement à réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées à l'AVC en prévenant les risques, en améliorant l'organisation des filières de prise en charge, en renforçant la formation, l'information du public et des professionnels de santé et en développant la recherche.

Dans ce cadre, l'ARS de Picardie a érigé au rang de ses priorités régionales, l'amélioration de la coordination des acteurs, en structurant les parcours de santé. Le SROS-PRS, dans son volet consacré à la prise en charge des patients victimes d'AVC, entend réaffirmer un certain nombre de grands objectifs à atteindre au cours des 5 prochaines années.

Ce volet vient compléter les principes, déjà posés dans le cadre de la révision du SROS III et portant spécifiquement sur le volet « Neurologie ». Il insiste sur la nécessité de structurer *« les filières de soins pour assurer un parcours de soins individualisé et optimal à tout patient victime d'AVC »* conformément à la circulaire de DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC).

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

Base autorisations 2010 + Remontées ARS au 1er juillet 2011	France	Picardie	Part de la Picardie	Aisne Nord	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Somme
SSR sans spécialité	723	13	1,80%	5	0	4	2	2
Affections de l'appareil locomoteur	410	14	3,41%	3	1	2	3	5
Affections du système nerveux	373	13	3,49%	2	1	2	4	4
Affections cardio vasculaires	183	5	2,73%	0	2	1	0	2
Affections respiratoires	148	5	3,38%	1	1	1	0	2
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	119	8	6,72%	1	1	3	1	2
Affections onco-hématologiques	32	0	0,00%	0	0	0	0	0
Affections des brûlés	23	2	8,70%	0	0	0	0	2
Affections liées aux conduites addictives	114	5	4,39%	1	1	1	0	2
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	574	27	4,70%	5	3	9	3	7
Prise en charge enfants/adolescents < 6ans	124	2	1,61%	0	0	1	0	1
Prise en charge enfants/adolescents > 6 ans	163	2	1,23%	0	0	1	0	1
Autorisations SSR	2 986	96	3,22%	18	10	25	13	30

Etablissements SSR dont l'activité principale est la Catégorie Majeure Clinique (CMC) 12 Affections du système nerveux

FINESS	Territoire	Raison sociale	Statut	Uniquement SSR	Nb de lits HC	Nb de lits HDJ	1ère CMC	%
020000048	22B	CTRE HOSP GERONTOLOGIQUE LA FERE	EPS		29	0	12	37,50%
020000055	22B	CTRE HOSP NOUVION EN THIERACHE	EPS		15	0	12	47,70%
020000253	22C	CTRE HOSP DE LAON	EPS		70	8	12	17,20%
020003620	22B	CRF JACQUES FICHEUX ST GOBAIN	EPS	x	184	16	12	40,70%
600100135	22D	CTRE HOSP DE SENLIS	EPS		25	7	12	50,60%
600100275	22D	MAISON CONV SPEC CHATEAU DU TILLET	ESPIC	x	120	0	12	17,90%
600100713	22E	CTRE HOSP DE BEAUVAIS	EPS		40	0	12	28,50%
600100721	22D	CTRE HOSP DE COMPIEGNE	EPS		69	0	12	32,90%
600111124	22D	MAIS DE CONVALESCENCE FONDATION CONDE MOYEN SEJOUR	ESPIC	x	20	0	12	24,90%
800000028	22A	CTRE HOSP D'ABBEVILLE	EPS		64	0	12	30,80%
800000044	22A	C.H.U. D'AMIENS	EPS		127	10	12	25,02%
800000135	22A	HOP LOCAL DE ST VALERY	EPS		41	0	12	25,00%

Neurologues -Données démographiques – Atlas de la démographie médicale 2011 (CNOM)

	Nombre	Densité Pour 100 000 habitants	≥ 55 ans libéral + mixte
France Métropolitaine	**2012**	**3.2**	**16%**
Picardie	**44**	**2.3**	**5%**
Aisne	**11**	**2**	**0%**
Oise	**14**	**1.7**	**7%**
Somme	**19**	**3.3**	**5%**

Données épidémiologiques

Le nombre de patients en Affections de Longue Durée (ALD) pour AVC, en 2009, s'élève en Picardie à 1463 (48 017 personnes en ALD en France en 2009), ce qui représente 3% des ALD. Le nombre de décès pour ALD sur la même année est de 880 (31 986 décès en France).

- Le taux standardisé d'ALD pour AVC, est supérieur à la moyenne nationale avec un taux de 82,8 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 77,4.
- Le taux standardisé pour mortalité est également supérieur à la moyenne nationale avec un taux de 50,5 pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale de 49,2. De fortes disparités régionales sont cependant constatées.
- Le taux standardisé pour mortalité est ainsi particulièrement élevé dans les territoires Aisne Nord Haute Somme, Somme et Oise Ouest avec des taux respectifs de 55,6, 53,5 et 53,3 pour 100 000 habitants.
- Le taux d'ALD est quant à lui, le plus élevé, dans les territoires Aisne Sud, Oise Est et Somme avec respectivement 83,5, 89,3 et 91,7 patients en ALD pour 100 000 habitants.

La rapport 2011 « Etat de la population de la France » (suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique d'août 2004), montre que le taux d'hospitalisation standardisé en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), pour AVC, était en 2006-2007 en Picardie, de 119.9 pour 100 000 habitants (3079 séjours répertoriés), soit un écart de plus de 14.1% par rapport à la moyenne nationale de 105.1 pour 100 000 habitants.

La Picardie est l'une des 4 régions métropolitaines dont le taux d'hospitalisation dépasse de plus de 10% le taux moyen observé.
Ce taux a par ailleurs progressé globalement sur l'ensemble du territoire français entre 2000 et 2007.

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

Les travaux du Comité Technique régional (COTER) AVC et l'analyse des données quantitatives ont permis de souligner en particulier les points suivants :

- **Le maillage de l'offre de soins spécialisés, est satisfaisant**

6 Unités neuro-vasculaires sont reconnues et installées à Saint Quentin, Soissons, Creil, Compiègne, Beauvais, Amiens. Avec plus de 3 UNV par million d'habitant, la Picardie dispose, ainsi, d'un taux d'équipement satisfaisant. Cependant, toutes les UNV ne fonctionnent pas encore dans la totalité des capacités d'accueil prévues initialement.

En termes d'organisation, contrairement aux préconisations de la circulaire du 3 novembre 2003, la quantification des capacités d'accueil des unités de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) et des unités neuro-vasculaire (UNV) pourrait être améliorée. En effet, il n'existe pas un état des lieux précis des capacités d'UNV ; seules, les USINV sont répertoriées.

Le nombre de lits installés en UNV reste actuellement insuffisant au regard du nombre d'hospitalisations pour AVC réalisées dans la région (3079 hospitalisations en court séjour réalisées en 2007 – données PMSI – Rapport 2011 « Etat de la population de la France »).

Les différentes études montrent un réel bénéfice pour les patients en cas de passage par une UNV, le taux de mortalité étant alors réduit de 20% et les séquelles de 20%.

En 2010, une enquête déclarative a montré que pour 3 établissements sur 4, le pourcentage de patients pris en charge pour un AVC et admis en UNV s'élève à plus de 70% (CH St Quentin, CH

Beauvais et CH Compiègne). En revanche, pour le CHU, le taux est réduit avec seulement 18% de patients pris en charge en UNV.

La structuration de la filière de prise en charge doit être améliorée pour augmenter la part de patients bénéficiant d'une prise en charge en UNV. La définition des capacités d'accueil en USINV et UNV devra être précisée à l'occasion de la renégociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

La permanence des soins de certaines structures est mutualisée (Beauvais / GHPSO).
La télémédecine est un moyen médicalisé de maillage territorial ou infra-territorial, en tant qu'outil de télé-consultation et de télé-expertise, entre le service de médecine d'urgence du centre hospitalier d'Abbeville et le CHU d'Amiens. Il permet, via les moyens modernes des Techniques d'informations et de communication (TICS Santé), de procéder à un diagnostic et à une orientation des patients efficaces.

La formation de nouveaux médecins spécialisés en neurologie et le renforcement des structures existantes est nécessaire pour consolider le maillage.

- **L'accès à la thrombolyse et les modalités d'organisation de la filière en urgence ne sont pas satisfaisants**

Les délais d'accès à une UNV, et les conditions d'organisation de la prise en charge en amont restent insatisfaisants.

Le délai de 4 heures pour assurer la prise en charge en urgence et pouvoir bénéficier d'une thrombolyse en cas d'infarctus cérébral suite aux premiers symptômes n'est pas suffisamment respecté. Ces résultats sont liés tant à un manque d'information des populations et des professionnels de santé, qu'à une organisation perfectible des transferts en urgence.

En effet, contrairement à l'organisation de la prise en charge du syndrome coronarien en urgence où tout est mis en œuvre pour transférer le patient dans les meilleurs délais vers un centre de coronarographie, cette même mobilisation des services d'urgence n'existe pas encore sur l'ensemble de la région pour assurer le transfert de patients d'une structure d'urgence vers une UNV.

L'amélioration de la structuration de la filière en amont est indispensable à une réduction de la gravité des séquelles associées à l'AVC et au développement des actes de thrombolyse.

- **L'accès à l'imagerie IRM 24/24 n'est pas assuré de façon uniforme sur l'ensemble de la région**

Les recommandations des sociétés savantes préconisent, pour la prise en charge de l'AVC, l'accès à l'IRM 24/24. Or, seules 3 UNV sur 6 ont accès à l'IRM en période de permanence des soins avec une astreinte de manipulateur en imagerie.
L'accès à l'imagerie IRM en permanence des soins est donc partiellement assuré : à défaut, les UNV s'appuient sur un examen de scanner en première intention, l'examen d'IRM étant réalisé en différé.
Pendant les heures ouvrables, l'accès à l'imagerie pose peu de problèmes, à l'exception peut être du CHU.
Pour les examens d'écho–doppler, la situation est très variable suivant les établissements. Le circuit peut reposer, selon les établissements, sur une unité d'angéiologie ou sur un cabinet de ville.
Ces examens ne sont pas accessibles en période de permanence des soins.

- **Le développement de la télémédecine est en cours en Picardie**

Le développement de la télémédecine est érigé au rang des priorités du plan d'actions national AVC 2010–2014.
La possibilité de réaliser des thrombolyses (sous condition de formation) par télémédecine, incite, à développer ce mode de prise en charge, dans les structures d'urgences ne bénéficiant pas d'une UNV.
Le centre hospitalier d'Abbeville et le CHU d'Amiens ont développé un programme en ce sens.

- **L'organisation de la filière de prise en charge en aval reste à améliorer**

Les deux coordonnateurs chargés, au sein du COTER AVC, d'étudier et d'établir des recommandations portant sur l'amélioration de la prise en charge en aval, ont conduit une enquête auprès de 7 sites disposant d'une UNV ou d'un service de neurologie. Cette enquête a permis de souligner certains points importants pour l'amélioration de la filière de prise en charge en aval.

La structuration de la filière AVC UNV/Neurologie-neurochirurgie/SSR Spécialisé Affections Système Nerveux, est reconnue comme un point fort, à la fois par les services de court séjour et de SSR. A contrario, la plupart des interlocuteurs évoque l'insuffisance de structuration de la filière AVC dans le domaine des personnes âgées, au niveau de l'évaluation initiale, de la coordination, du nombre de places dédiées et de la motivation des personnels paramédicaux pour cette prise en charge spécifique.

Les acteurs regrettent des niveaux d'encadrement insuffisants en personnels spécialisés, médicaux (Médecine Physique et Réadaptation) comme non médicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes…), en raison, notamment, d'une démographie très contraignante pour ces spécialités.

Le volet réadaptation-réinsertion de cette filière est insuffisamment développé par défaut de structures, mais aussi du fait du délai moyen de traitement des dossiers par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

En dépit des efforts consentis pour structurer l'offre de soins en dotant la région d'UNV et en identifiant des SSR spécialisés en neurologie, il subsiste d'importantes ruptures de continuité. Celles-ci concernent :

- en amont, la régulation par le centre 15 de façon systématique
- durant la phase aigue : la possibilité d'orienter plus rapidement le patient vers une unité de médecine de proximité après passage en UNV
- en aval : l'articulation entre les structures MCO, HAD, les SSR établissements médicosociaux et leurs liens avec la médecine de ville pour le suivi du patient.

L'absence de dispositif d'évaluation des différentes étapes du parcours de soins du patient victime d'AVC n'a pas permis d'objectiver clairement les faiblesses de ce parcours par filière au niveau territorial, ou d'inciter à la mise en œuvre d'actions correctrices.

L'amélioration du parcours de soins pour les patients victimes d'un AVC, repose moins sur la création de nouvelles structures que sur l'amélioration de l'organisation des filières existantes : il s'agira donc d'identifier tous les partenaires de la prise en charge et d'organiser leur coordination.

2. OBJECTIFS

1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

1.1 Renforcer la gradation de l'offre de soins

En matière de prise en charge des AVC, l'offre de soins doit se structurer autour de 3 niveaux avec un double enjeu :

- organiser la coordination de la prise en charge des patients en phase aigüe, en organisant au plus vite le transfert du patient vers l'UNV de référence
- faciliter, après le passage en UNV, le retour et la prise en charge du patient au plus près de son lieu de domicile ou au sein de l'unité de médecine.

Un niveau de recours régional :

Le CHU agit en sa qualité de recours et d'expert dans la prise en charge de l'AVC de l'adulte mais aussi de l'enfant, l'établissement étant le seul à assurer cette prise en charge.
Au-delà, le rôle du CHU est d'assurer l'animation d'une coordination régionale en lien avec le réseau de prise en charge des AVC.

La coordination régionale, composée d'une équipe pluridisciplinaire, a vocation à :

- identifier l'ensemble des structures existantes prenant en charge des patients victimes d'un AVC, à un moment de leur parcours de soins, afin de rendre visibles les filières et de favoriser l'adéquation du nombre de places à chaque étape (UNV, SSR neurologique, polyvalent et patients dépendants, Soins de Longue Durée, HAD et structures de prise en charge à domicile) et dans chaque territoire de santé,
- développer, coordonner, animer et évaluer les filières neuro-vasculaires, dans les 5 territoires de santé,
- fluidifier les filières en assurant le suivi des admissions dans les structures de suite et le retour centralisé de ces informations par structure,
- participer, en s'appuyant sur les compétences médicales mobilisées dans le cadre du Réseau Régional AVC, à l'information et à la formation des professionnels de santé,
- mener des actions d'information du grand public, à la fois sur les mesures de prévention, sur les signes de la maladie, sur les filières de prise en charge existantes et sur les soutiens dont les aidants peuvent bénéficier,
- assurer un suivi épidémiologique et qualitatif de la file active et participer à toute enquête demandée par les tutelles.

En 2012, de nouveaux crédits ayant été alloués, des postes de coordonnateurs relais ont pu être financés auprès de 4 établissements siège d'UNV, à savoir GHPSO, ST Quentin, Soissons et Compiègne pour accélérer cette procédure d'identification des filières.

Un niveau de recours infra régional

Les 5 autres UNV de la région constituent les centres de recours infra régional. Chaque établissement siège d'UNV, constitue le pivot de l'animation de la filière, au sein du territoire de santé. Il travaille en lien étroit avec les acteurs de l'offre de proximité que sont les établissements disposant d'activités de médecine d'urgence et de médecine.

L'enjeu est d'articuler les prises en charge entre centres de recours infra régional et centres de proximité. Un projet et des procédures doivent être définis au sein de chaque territoire de santé et ce, pour chaque filière.

Les structures de SSR spécialisées en neurologie font partie intégrante de l'offre de recours infra régional.

Un niveau intermédiaire ou de proximité

Ce niveau comprend des établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence ainsi que de médecine et prenant en charge des patients victimes d'AVC.

Il s'agit de développer, au sein de ces établissements de proximité, des consultations avancées en rééducation et en neurologie.

Les structures de SSR polyvalents et à mention personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance sont des structures de proximité qui ont vocation à participer à la prise en charge des patients victimes d'AVC.

1.2 Réduire les délais de prise en charge dont les délais d'accès au diagnostic initial et au traitement

La réduction des délais d'accès au diagnostic et au traitement constitue un enjeu majeur pour la région. Il s'agit de :

- Généraliser la régulation de tous les AVC par le recours au centre 15 : aujourd'hui, ce recours n'est pas systématique, ce qui contribue à allonger les délais de prise en charge et donc à augmenter les risques de séquelles. Cela suppose des campagnes de communication actives.

- Eriger la filière AVC au rang des filières d'urgence prioritaires comme pour la prise en charge du syndrome coronarien aigu. Les transferts sanitaires secondaires vers une UNV doivent être privilégiés et les délais de transferts raccourcis.

- Poursuivre le développement de la télémédecine : aujourd'hui, il existe un projet télémédecine opérationnel entre le CH d'Abbeville et le CHU, permettant d'assurer une thrombolyse au sein du CH d'Abbeville. D'autres programmes identiques doivent être développés.

2 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

2.1 Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et les revues de morbidité et mortalité au sein des filières

Une attention particulière doit être accordée au développement des procédures de prise en charge par filière de soins, à l'évaluation des pratiques professionnelles et aux revues de morbi-mortalité. Ces dernières doivent permettre d'améliorer la qualité de prise en charge au sein des filières de soins.

2.2 Offrir à chaque patient un plan de soins personnalisé

Conformément à la circulaire du 6 mars 2012, il s'agit de favoriser la définition pour chaque patient d'un programme personnalisé de soins valable aux 3 étapes de la prise en charge (phase aigüe, phase secondaire précoce et phase de consolidation).

Il s'agit également d'initialiser, au plus tôt de la prise en charge en court séjour, la demande d'admission en SSR et de faciliter l'évaluation par un médecin spécialisé en rééducation. Cela

passe notamment par la mise en place d'un schéma d'aide à la prise de décisions sur la base du travail « Parcours de soins en MPR après AVC » réalisé par le groupe SOFMER FEDMER.

3 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

3.1 Identifier, animer et évaluer les filières de soins AVC

Aujourd'hui, l'enjeu est moins à la création de nouvelles structures de prise en charge qu'à la structuration des filières de soins et à leur évaluation, afin de préciser les points de rupture et de mettre en place les actions correctrices qui s'imposent.

Il est indispensable de disposer d'un annuaire des structures impliquées dans la prise en charge des AVC précisant les types de prise en charge, les capacités d'accueil, les spécificités ou les critères d'admission particuliers.

Une fois les structures identifiées, il conviendra de conduire des évaluations qui permettront de suivre les marges de progression à chaque étape de la prise en charge (phase d'urgence, phase aigüe, prise en charge en aval et consolidation).

La coordination régionale et les coordonnateurs AVC auront un rôle particulièrement important : ils seront chargés d'accompagner ces procédures d'évaluation et d'assurer le traitement des données.

L'animation de chaque filière de soins doit être effective au sein des établissements impliqués et des territoires de santé mais aussi au niveau régional.
En effet, l'animation et la coordination régionale doivent être précisées : il conviendra de définir les rôles respectifs de la coordination régionale AVC, du réseau régional et du COTER AVC.

3.2 Améliorer l'articulation entre les structures impliquées dans la phase aigüe et les structures d'aval, SSR ou HAD

Il convient de faciliter la recherche de structures d'aval par un outil de centralisation et de coordination des demandes d'admission en SSR. L'outil informatique « TRAJECTOIRE » doit être généralisé et déployé sur l'ensemble de la région : c'est un objectif prioritaire, posé dès 2012, pour la coordination régionale AVC en lien avec les coordonnateurs de filières.

L'HAD en rééducation doit être développée. Le principe d'une équipe mobile régionale spécialisée en rééducation, rattachée à une structure SSR spécialisée et s'appuyant sur les structures d'HAD existantes, pourra être étudié.
Cela permettra de développer la prise en charge des patients à domicile. Cet objectif est également développé dans le volet HAD du SROS.

Concernant l'organisation de la prise en charge des personnes âgées victimes d'AVC, il conviendra, dans un souci d'amélioration de la fluidité de la filière, de contractualiser avec les structures SSR polyvalentes et à mention personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.
L'engagement portera, dans le cadre de la filière définie, sur une capacité d'accueil cible de prise en charge des patients victimes d'AVC.
A ce titre, des lits dédiés pourront être intégrés dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de Moyens (CPOM).

4 AMELIORER LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO SOCIAL

4.1 Développer les actions d'information et de prévention

Les programmes d'éducation thérapeutique sur le diabète et les risques cardiovasculaires doivent être développés. En effet, ils concourent à la réduction du risque d'AVC.
Des guides d'information et de recommandations doivent également être mis en place et adressés aux médecins généralistes.

4.2 Développer de nouveaux outils de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales

De nouveaux outils de liaison doivent faciliter les liens entre les structures sanitaires et médicosociales, notamment l'utilisation du document de liaison d'urgence.

3. DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DEFINIS DANS LE PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Mettre en place le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et préciser les structures de court séjour participant à la prise en charge des AVC ainsi que leurs modalités d'accueil et de prise en charge de ces patients.
- Dresser une cartographie des filières de soins pour chaque territoire de santé et mettre en place un annuaire de l'ensemble des partenaires pour chaque filière à destination de tous (public, médecins traitants, structures impliquées dans la prise en charge des AVC, structures médicosociales).
- Mettre en place de nouveaux outils de coordination : déploiement régional d'un outil de coordination des admissions en SSR et dans les structures d'aval (TRAJECTOIRE).
- Pérenniser le COTER AVC et le réseau régional AVC.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Développer les postes médicaux partagés en diversifiant les formules (participation à la permanence des soins, à des activités saisonnières) pour renforcer les services de neurologie des établissements sièges d'UNV.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Mettre en place un dispositif de formation pour les internes des unités de médecine d'urgence, pour les Infirmières d'Accueil et d'Orientation, pour les personnels médicaux et soignants des structures accueillant des AVC.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé

- Développer l'éducation thérapeutique.
- Proposer, tous les ans, une journée d'information grand public au sein des territoires de santé, en lien avec les associations d'usagers.

Développer le partage d'informations entre les professionnels de santé et la population ou entre professionnels de santé

- Mettre en place des guides de recommandations et informations pour le suivi des patients

ayant été victimes d'AVC, à destination des médecins traitants.
- Développer la télémédecine et la télé radiologie en assurant un accès 24/24 à l'IRM. Il s'agit d'identifier une ligne de permanence des soins en télé radiologie pour assurer une égalité d'accès à l'IRM pour les patients victimes d'AVC.
- Promouvoir l'extension du dossier médical personnel (DMP).
- Proposer, chaque année, une rencontre des partenaires de chaque filière de soins, au sein du territoire de santé ou en région.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver, au mieux, les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre

- Mettre en place un dispositif d'observation des maladies chroniques.
- Mettre en place un dispositif d'évaluation annuelle de chacune des filières AVC en s'appuyant sur les indicateurs de l'étude COMPAQ-HPST (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité-Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire). Ces évaluations feront l'objet d'une restitution par l'ARS au niveau régional et au niveau de chaque territoire de santé.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Les indicateurs d'évaluation suivants constituent un socle incompressible :

- Indicateurs de suivi

- Proportion de patients admis en UNV/nombre total d'AVC
- Proportion de patients du territoire non admis dans la filière

- Indicateurs d'offre de soins

- Nombre de journées AVC par structure d'HAD

- Indicateurs d'activité

- Nombre de séjours AVC en court séjour
- Nombre de séjours AVC en SSR
- Nombre de thrombolyses
- Taux de décès AVC en court séjour et en SSR

Ils seront complétés par des indicateurs d'évaluation des filières de soins, prévus dans l'étude COMPAQ : ceux-ci permettront de préciser les points de rupture de prise en charge.
Un dispositif d'évaluation pourrait, éventuellement, être créé par le COTER pour chaque filière de prise en charge territoriale.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Unités neuro-vasculaires

	2012	2017
Aisne Nord Haute Somme	1	1
Aisne Sud	1	1
Oise Est	2	2
Oise Ouest	1	1
Somme	1	1
Picardie	**6**	**6**

Les capacités d'accueil seront contractualisées dans les CPOM.

L'organisation de la PDSES est indiquée dans le volet PDSES.

Les autorisations en SSR sont précisées dans le volet SSR.

FILIERE CANCER

PREAMBULE

Les travaux du volet cancer ont été conduits dans le cadre d'une réflexion commune avec divers partenaires intervenant en cancérologie ainsi que le réseau régional de cancérologie.

La région Picardie se caractérise par un taux de mortalité par cancer (pour 100 000 personnes) supérieur à la moyenne française (276 en région Picardie contre 248 en moyenne nationale). Les disparités territoriales sont par ailleurs très importantes, le taux de surmortalité par cancer variant de +8% pour le territoire Oise Est, à +19% pour le territoire Aisne Nord Haute Somme, par rapport à la moyenne nationale.

Les indicateurs sanitaires sont ainsi fortement dégradés pour cette pathologie, témoignant tant d'un niveau d'exposition plus élevé à certains risques (tabac, exposition aux risques cancérigènes agricoles ou industriels…), que d'un accès aux soins plus tardif, lié à des retards dans les dépistages comme aux modalités d'accès aux soins.
Mais c'est surtout la corrélation entre degré de précarité de la population et densité des cancers qui frappe, le caractère rural ou urbain de la zone géographique étant, dans ce cadre, secondaire.

L'analyse des données fait ainsi apparaitre 3 constats importants :

- un lien étroit entre la gravité des cancers pris en charge et le déficit de dépistage,
- l'importance de la situation financière du patient dans l'organisation de la prise en charge : la paupérisation forte de la population, accentuée durant la maladie, peut conduire à différer des soins ou des prises en charge,
- des problèmes de démographie médicale qui renforcent les inégalités d'accès aux soins et expliquent également l'importance des taux de fuites pour certaines prises en charge : les taux de fuites peuvent atteindre par exemple, 69% des prises en charge pour les pathologies mammaires en Aisne Sud, 58% pour les pathologies gynécologiques en Aisne Nord Haute Somme.

Ces 3 paramètres liés à l'organisation du dépistage, aux indicateurs socio économiques et à la démographie médicale doivent être pris en considération pour construire l'offre de soins à 5 ans.

L'objectif du SROS PRS en matière de prise en charge du cancer est de :

- Créer les conditions nécessaires pour fidéliser les jeunes professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge du cancer,

- Prendre en considération les problématiques financières pour l'organisation de la prise en charge des patients,

- Améliorer l'organisation du dépistage et réduire les délais de prise en charge à chaque étape de la filière de soins. La complexité de la situation implique une politique d'ensemble mobilisant de manière coordonnée la totalité des acteurs du dépistage, de la prévention, des soins et du secteur social et médico social.

1 – DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1 IMPLANTATIONS

L'offre de soins hospitalière : nombre de structures autorisées par mention

Mentions	Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie
Chimiothérapie	3	3	2	5	1	14
Chimiothérapie Enfants et adolescents de moins de 18 ans	1					1
Chirurgie pathologies mammaires	3	3	1	4	1	12
Chirurgie pathologies digestives	5	2	2	4	2	15
Chirurgie pathologies urologiques	5	2	3	4	2	16
Chirurgie pathologies thoraciques	2					2
Chirurgie pathologies gynécologiques	3	2	1	4	1	11
Chirurgie pathologies ORL et maxillo-faciales	3	2		1	1	7
Radiothérapie externe	2	1	1 non installée	2 (3 sites)	1	7
Curiethérapie	1					1
Radioéléments en sources non scellées	1					1

Implantations

Nombre de Centres de Coordination en Cancérologie (3C) financés

		Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie
Centres de coordination en cancérologie	Public	1	2	1	1	1	6
	Privé	1	1		1		3
	Public/Privé	1		1	1		3
		3	3	2	3	1	12

1.2 ACTIVITE

Nombre de séjours	Pathologies mammaires		Taux de fuites	Pathologies digestives		Taux de fuites	Pathologies urologiques		Taux de fuites
	2010	2011	2010	2010	2011	2010	2010	2011	2010
Aisne Nord / Haute Somme	209	231	36%	148	125	34%	134	126	24%
Aisne Sud	87	70	69%	97	94	53%	111	122	37%
Oise Est	388	379	30%	280	302	29%	240	245	23%
Oise Ouest	128	122	41%	109	125	43%	91	73	30%
Somme	687	711	13%	445	509	14%	388	410	18%
Picardie	**1499**	**1513**	**33%**	**1079**	**1155**	**32%**	**964**	**976**	**25%**

Nombre de séjours	Pathologies thoraciques		Taux de fuites	Pathologies gynécologiques		Taux de fuites	Pathologies ORL et CMF		Taux de fuites
	2010	2011	2010	2010	2011	2010	2010	2011	2010
Aisne Nord / Haute Somme			53%	21	23	58%	54	41	38%
Aisne Sud			93%	28	19	52%			78%
Oise Est			82%	125	95	16%	49	40	43%
Oise Ouest			81%	26	16	27%	38	38	40%
Somme	248	301	12%	184	210	13%	220	193	11%
Picardie	**248**	**301**	**59%**	**384**	**363**	**28%**	**361**	**312**	**37%**

	Chimiothérapie ES autorisés	Radiothérapie
	2010	2010
Aisne Nord / Haute Somme	9924	798
Aisne Sud	3765	0
Oise Est	13082	1037
Oise Ouest	3905	407
Somme	18915	2653
Picardie	**49591**	**4895**

Chimiothérapie : Source SAE 2010 – Nombre de venues en chimiothérapie ambulatoire
Radiothérapie : Source visites de conformité 2011, nombre de malades

Territoire de santé	ETABLISSEMENTS	Pathologies mammaires Seuil 30						Pathologies digestives Seuil 30						Pathologies urologiques Seuil 30						Pathologies Thoraciques Seuil 30						Pathologies gynécologiques Seuil 20						Pathologies ORL et CMF Seuil 20					
		2010			2011			2010			2011			2010			2011			2010			2011			2010			2011			2010			2011		
		ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab	ES	TS	/ 100000 hab
Somme	C.H.U. AMIENS	215	687	132	246	711	136	179	445	85	230	509	98	166	388	74	169	410	79	169	248	48	175	301	58	76	184	35	96	210	40	155	220	42	142	193	37
	SA SAINTE ISABELLE	22			42			42			36			30			31									21			14								
	CH ABBEVILLE							45			60			40			39															27			18		
	POLYCLINIQUE PICARDIE							147			128			74			79																				
	GSV PAUCHET	450			423			32			55			78			92			79			126			87			100			38			33		
Aisne Nord / Haute Somme	CH SAINT QUENTIN	92	209	70	121	231	77	50	148	50	34	125	42	87	134	45	84	126	42			0			0	4	21	7	9	23	8	30	54	18	29	41	14
	CH CHAUNY	30			20																																
	ST CLAUDE	87			90			98			91			47			42									17			14			24			12		
Aisne sud	CH LAON		87	31		70	25	38	97	34	36	94	33	33	111	39	29	122	43			0			0		28	10		19	7			0			0
	CH SOISSONS	87			70			59			58			24			24									28			19								
	ST CHRISTOPHE													54			69																				
Oise est	CH CREIL	54	388	83	62	379	81	24	280	60	22	302	65	38	240	52	51	245	53			0			0	26	125	27	17	95	20		49	11		40	9
	CH SENLIS	113			121																					36			26								
	CMC CREIL							59			74			29			33																				
	CH COMPIEGNE	53			55			66			76			42			33									19			10			49			40		
	SAINT-COME	168			141			131			130			131			128									44			42								
Oise ouest	CH BEAUVAIS	128	128	39	122	122	37	73	109	33	94	125	38	16	91	28	16	73	22			0			0	26	26	8	16	16	5	38	38	11	38	38	11
	PARC SAINT LAZARE							36			31			75			57																				
Picardie			*1499*	*79*		*1513*	*80*		*1079*	*57*		*1155*	*61*		*964*	*51*		*976*	*51*		*248*	*13*		*301*	*16*		*384*	*20*		*363*	*19*		*361*	*19*		*312*	*16*

Production de séjours pour chirurgie des cancers en 2010 / 2011 dans les établissements autorisés (source PMSI)

Données de démographie médicale des spécialités particulièrement impliquées dans la prise en charge des pathologies cancéreuses

Spécialité	Aisne		Oise		Somme		France	
	Densité	*Age≥55*	*Densité*	*Age≥55*	*Densité*	*Age≥55*	*Densité*	*Age≥55*
Anatomopathologie	0.7	25	0.9	43	2.4	21	2.3	24
Oncologie médicale	0.4	0	0.5	0	0.2	0	1.1	9
Radiothérapie	0.5	33	0.7	33	1.2	29	1.1	20

Source : Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2011 CNOM

Age supérieur ou égal à 55 ans : exprimé en pourcentage
Densité : exprimée pour 100 000 habitants

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

L'analyse des données en termes d'offre de soins et d'activité révèle les constats suivants :

2.1 La prise en charge tant médicale que chirurgicale des pathologies du cancer, est assurée dans tous les territoires de santé, à l'exception de quelques activités spécialisées relevant d'une activité de recours régional

L'ensemble des territoires de santé peut proposer à la population une prise en charge en chimiothérapie et en chirurgie pour les pathologies mammaires, digestives, urologiques, gynécologiques. Cependant, aucun établissement en Aisne Sud ne dispose d'une autorisation au titre du traitement en chirurgie des cancers ORL.

Compte tenu de la spécificité et des conditions de mise en œuvre de certaines disciplines, l'offre de curiethérapie, radioéléments en source non scellées et chirurgie des pathologies thoraciques n'est présente que dans la Somme.

L'activité de chimiothérapie est proposée en proximité avec des établissements associés.
Pour les adultes, la chimiothérapie est délivrée dans tous les territoires, sauf Aisne Sud, au sein d'établissements disposant d'un service de médecine.
Les conventions restent encore à formaliser selon les recommandations de l'INCa.

Pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans, la chimiothérapie peut être délivrée dans tous les territoires sous réserve d'une convention tripartite (CHU Amiens ou un établissement de recours extra régional/ établissements de proximité / réseau régional de cancérologie) : ces établissements sont qualifiés d'établissements associés. Les conventions sont toutes formalisées.

Il est à noter l'absence d'un centre de lutte contre le cancer en région Picardie, comme il peut en exister dans la plupart des autres régions.

2.2 La mise aux normes des activités de radiothérapie reste à finaliser

La mise aux normes et l'installation de l'ensemble des structures de radiothérapie n'est pas aujourd'hui finalisée et constitue un réel point faible.

Dans le territoire Aisne Sud, aucune structure ne permet la prise en charge des patients en dépit de l'octroi d'une autorisation au bénéfice du centre hospitalier de Soissons.

Pour assurer l'exploitation de cette nouvelle activité, une coopération avec des établissements de santé de Reims, devait être proposée. A ce jour, cette coopération n'a pu être finalisée.

L'absence d'accès à une offre de soins de radiothérapie au sein du territoire de santé Aisne Sud est un réel point faible pour l'organisation de l'ensemble de la filière de soins.

Dans le territoire de santé Oise Est, la mise aux normes du GCS de radiothérapie de Compiègne n'est pas assurée.

Les structures publiques et privées continuent chacune d'exploiter leurs activités sans aucune coopération et en dépit des modalités d'autorisation qui ont accordé à une structure de coopération et non à ses partenaires, le droit d'exploiter cette activité.

Le GCS dispose d'un nouveau délai pour assurer sa mise aux normes mais à ce jour, il n'existe aucune prémice permettant d'entrevoir la mise en œuvre effective de ce rapprochement et cette mise aux normes.

L'absence de volonté commune des partenaires d'assurer le rapprochement nécessaire des équipements pour assurer la mise aux normes, est un point faible régional majeur.

2.3 L'activité des établissements picards autorisés reste, pour certaines pathologies, fragile avec des fuites extra régionales parfois très marquées

L'autorisation d'activité en cancérologie est soumise au respect de critères qualitatifs et quantitatifs (seuils d'activité requis pour les mentions chirurgicales, la chimiothérapie et la radiothérapie). Or, l'activité de certaines structures autorisées reste fragile.

Pour les pathologies gynécologiques, sur 11 établissements autorisés, 7 ont réalisé en 2011, moins de 20 interventions chirurgicales (seuil fixé à 20 interventions en moyenne sur 3 ans).

Ces indicateurs d'activité sont à analyser au regard également, des taux de fuites extra régionales qui s'élèvent à 58% et 52% respectivement pour les territoires de santé Aisne-Nord Haute-Somme et Aisne-Sud.

Globalement, en 2011, sur les 63 mentions autorisées pour la prise en charge des cancers en chirurgie, 14 établissements (soit un peu moins d'un quart des établissements) ne respectaient pas les seuils requis dans les spécialités concernées.

Les visites de conformité réalisées en 2011 ont également mis en lumière les difficultés rencontrées par certains établissements pour respecter les critères qualitatifs et notamment la mise en œuvre d'une analyse bénéfice – risque tracée dans le dossier du patient par exemple.

2.4 Le nombre de Centres de coordination en cancérologie est important et l'on peut s'interroger sur le maintien d'un dispositif aussi éclaté

Les centres de coordination en cancérologie (3C) sont des cellules qualité opérationnelles qui doivent permettre aux professionnels de partager leurs pratiques (mise à disposition des médecins et soignants de référentiels, thésaurus et protocoles validés…), d'assurer de façon effective la pluridisciplinarité de la prise en charge, de construire un parcours de soins coordonné pour le patient.

Pour tendre à un tel objectif, les 3C doivent pouvoir regrouper un maximum de professionnels. Or, cinq 3C sur 12 regroupent actuellement les professionnels d'un même établissement. On dénombre souvent 2 structures au sein de la même ville, l'une pour le public et l'autre pour le privé.

Il est à noter que ces structures font l'objet d'un financement au titre des missions d'intérêt général en fonction de leur niveau d'activité en cancérologie. L'éclatement des financements induit aussi une perte d'efficience.

2.5 Les données de démographie médicale sont préoccupantes pour l'avenir

Les difficultés seront certaines dans les cinq ans à venir, en particulier dans les départements de l'Aisne et de l'Oise, en raison du cumul d'une densité défavorable et d'un pourcentage de médecins âgés de plus de 55 ans nettement supérieur au chiffre de la France hexagonale. Les spécialités les plus touchées concernent l'anatomopathologie, l'anesthésie-réanimation ou encore les médecins généralistes.

2.6 L'organisation du parcours de soins reste à améliorer et les délais de prise en charge sont insatisfaisants

- *Les actions de prévention sont peu efficientes auprès des personnes les plus vulnérables et les plus pauvres*

Les instances impliquées dans l'organisation de la prévention sont nombreuses et les sources de financement sont diverses (ARS, Education Nationale, médecine du travail, Assurance Maladie, Région…). Cette dispersion rend difficile une coordination efficiente de l'ensemble des acteurs.
Par ailleurs, les populations défavorisées les plus touchées par cette pathologie ne sont pas à même, pour des raisons financières, de suivre les messages de prévention prodigués (ex : manger cinq fruits et légumes par jour).

- *La densité de médecins généralistes est un handicap à l'organisation du dépistage*

Le dépistage repose largement sur le maillage de la médecine générale. Or, les données de démographie médicale en région Picardie sont telles, que l'organisation du dépistage est insuffisamment efficace. En matière de dépistage, la démographie médicale est une source d'inégalité d'accès aux soins majeure.

- *Les délais de prise en charge liés notamment à un manque de coordination entre acteurs de la filière, restent trop longs*

Pour le cancer du sein, le délai optimal, selon les experts[15], est inférieur à 31 jours entre le diagnostic de cancer probable effectué lors du dépistage et le début de la prise en charge chirurgicale d'un patient. En Picardie, le délai varie de 21 à 69 jours avec une médiane à 40 jours.

L'analyse du parcours de soins[16] pour le cancer du sein révèle ainsi :
- un délai supérieur à 35 jours dans 73% des dossiers exploitables, entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante,

[15] INCa – juin 2012 – Etude sur les délais de prise en charge du sein et du poumon
[16] DPRS ARS Picardie 2011

- un délai de plus de 180 jours dans 63% des dossiers (pour une cible de 180 jours), entre la chirurgie et la radiothérapie en cas de chimiothérapie adjuvante.

Des obstacles culturels et socioéconomiques peuvent expliquer certains retards, notamment chez les patients précarisés. Les problèmes de démographie médicale, les dépassements d'honoraires et les frais de transports peuvent contribuer à différer certains actes.

Cependant, c'est moins une carence en termes d'équipements qui est en cause, qu'un manque de coordination entre professionnels de santé aux différentes étapes de prise en charge.
La filière de soins en cancérologie est une filière particulièrement complexe, associant de multiples intervenants (anatomo-cytopathologistes, radiologues, chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes…). L'articulation de ces différents intervenants et l'accès coordonné aux examens nécessitent une rigueur organisationnelle qui, aujourd'hui, fait trop souvent défaut. L'organisation des rendez-vous et le lien entre les divers intervenants entre eux est un point essentiel à améliorer.

- *L'accès aux thérapeutiques et la définition du projet de soins sont satisfaisants*

L'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ne pose pas de difficultés pour la prise en charge initiale.

Aucun problème particulier n'est noté en ce qui concerne la prescription de molécules innovantes, de techniques nouvelles (traitement par ultrasons focalisés de haute intensité ablatherm® pour le cancer de la prostate).

L'existence et le financement de la plateforme de génétique moléculaire du CHU d'Amiens, confirmée récemment par l'INCA, est à ce titre un signe fort pour consolider en région Picardie, une offre de soins de recours en cancérologie.

- *La région Picardie a développé des filières de soins spécifiques pour certaines populations, mais qui restent à consolider*

La prise en charge des personnes âgées dans la région est actuellement hétérogène. Seule la zone de Creil/Senlis bénéficie d'une prise en charge onco-gériatrique organisée localement. L'objectif est de déployer régionalement cette expérience, en partenariat avec le CHU d'Amiens.

La prise en charge des enfants est un point fort de la région via le réseau d'onco-pédiatrie et l'inscription de cette discipline au sein d'une organisation interrégionale de recours. L'objectif est de consolider les efforts accomplis.

Le suivi des personnes à risque génétique repose sur les consultations d'onco-génétique. Une plateforme d'onco-biologie moléculaire a été ouverte en 2011.
Un onco-généticien et un assistant ont renforcé l'équipe régionale. Cependant l'absence de consultations décentralisées ne répond pas aux besoins de la population : les statistiques 2010 objectivent un nombre insuffisant de consultations pour 100 000 habitants pour les cancers sein/ovaire et colorectaux.

2. OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

1.1 Assurer une offre de soins graduée en cancérologie

La gradation des soins a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et à assurer une juste utilisation des ressources.

Elle se structure autour d'une offre ville-établissement de proximité, d'un plateau technique de recours infrarégional et d'un niveau de recours régional.

Les activités de chacun de ces niveaux de prise en charge peuvent se résumer comme suit :

- **Prise en charge par le recours régional**

Le recours régional assuré par le CHU a vocation à assurer la prise en charge de recours infra régional de sa zone d'attractivité, à laquelle s'ajoutent des missions de formation, d'enseignement, de recherche et de prise en charge des cas complexes comme de l'organisation et la prise en charge des filières spécialisées (onco-pédiatrie, onco-génétique).

- **Prise en charge par le recours infra régional**

Le recours infrarégional a vocation à réaliser le dépistage, prendre en charge le diagnostic et le suivi biologique, radiologique, en anatomo-cytopathologie, le traitement chirurgical, la chimiothérapie, la radiothérapie.
Le recours infra régional participe également aux actions de formation et peut participer en lien avec le CHU à la recherche clinique dans un cadre coordonné.

Compte tenu de la technicité des prises en charge et des seuils d'activité réglementaires, de la nécessité de construire un parcours de soins efficient, de réduire les fuites extra régionales, des impératifs de démographie médicale, l'organisation des prises en charge des pathologies du cancer, en chirurgie sera reconsidérée dans le sens d'un regroupement de certaines prises en charge.

En conséquence, tout en recherchant un principe d'amélioration de l'accès au niveau de chaque territoire de santé, le nombre d'autorisations en chirurgie du cancer sera réduit en cas de non respect des seuils d'activité réglementaires pour consolider des filières de prise en charge spécialisées autour des centres de recours.
Les centres de recours devront à ce titre définir et coordonner au sein de chaque territoire de santé, les prises en charge en lien avec les établissements intermédiaires et de proximité autorisés à pratiquer une activité de traitement du cancer.

- **Prise en charge par les niveaux de proximité**

Les tâches dévolues à la prise en charge de proximité en cancérologie sont les suivantes :

- Promotion du dépistage
- Orientation du patient vers une exploration avant le diagnostic de cancer
- Surveillance à domicile pendant le traitement
- Soins de support

- Suivi post-thérapeutique, programme personnalisé de l'après cancer
- Si possible chimiothérapie à domicile, HAD
- Réinsertion sociale et professionnelle

Par ailleurs, compte tenu des problématiques de démographie médicale en médecine générale, il faudra repenser les répartitions de la prise en charge entre les différents professionnels. Des conventions de délégation de tâches devront être définies en Picardie.

1.2 Construire un centre régional de référence en cancérologie autour du CHU d'Amiens

La consolidation d'un pôle régional de cancérologie autour du CHU d'Amiens est un objectif majeur du SROS dans son volet hospitalier. Le développement de ce pôle doit permettre à la région de mieux prendre en charge la population picarde, de lui permettre de trouver en région l'offre de soins spécialisée et structurée pour bénéficier des meilleurs soins et des techniques les plus innovantes.

Le pôle régional assurera les missions habituelles d'un pôle régional de référence : enseignement, recherche, organisation de la prise en charge des maladies rares et complexes.

Au-delà, le CHU exercera en lien avec le réseau ONCOPIC, un rôle d'animateur et de coordonateur régional de la filière de soins cancérologique en Picardie.
Tous les centres de recours infra régionaux, dans toutes les spécialités cancérologiques, devront travailler en lien étroit avec le centre de référence en cancérologie. Inversement, le CHU apportera un soin particulier, dans le cadre de son programme régional de recrutement stratégique, à assurer la consolidation des centres de recours cancérologiques infra régionaux.
Le centre régional de référence en cancérologie doit contribuer à réduire et limiter les taux de fuites extra régionales.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

2.1 Assurer l'installation effective de l'ensemble des autorisations d'activité en radiothérapie

L'amélioration de l'organisation des soins en radiothérapie est une nécessité absolue pour la région, afin d'assurer une égalité d'accès aux soins et éviter les fuites extra régionales.
L'installation des équipements de radiothérapie autorisés facilitera l'accès aux soins pour les patients du territoire concerné.
Compte tenu de la démographie des radiothérapeutes et radiophysiciens, cette mise en place devra s'effectuer dans le cadre du développement d'équipes de territoire inter établissements.

Les partenaires du GCS de radiothérapie devront trouver un accord pour assurer le maintien de l'activité de radiothérapie sur le territoire concerné.

2.2 Concentrer les centres de coordination en cancérologie

Il s'agit de réduire, de 12 à 7, le nombre de centres de coordination en cancérologie présents en région pour permettre de renforcer les échanges entre professionnels relevant de structures différentes, renforcer les coopérations entre établissements publics au sein des

Communautés Hospitalières de Territoire ou entre établissements publics et établissements privés et rendre plus efficiente l'offre destinée à répondre aux besoins de santé de la population.

La cible organisationnelle est la suivante :

Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Somme
un centre 3C	un centre 3C	deux centres 3 C	un centre 3 C	deux centres 3 C

2.3 Développer les réflexions éthiques

Le centre de référence régional en cancérologie devra promouvoir la réflexion éthique en cancérologie, au sein de la région.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

3.1 Assurer en région la prise en charge des pathologies gynécologiques et réduire les fuites extra régionales

L'organisation régionale de la prise en charge des pathologies gynécologiques en Picardie doit être améliorée. Le nombre de sites autorisés doit être plus restreint avec au moins un site autorisé par territoire de santé, de façon à structurer une offre de soins efficiente et attractive en particulier au sein des territoires de santé Aisne Nord Haute Somme, Aisne Sud et Oise Est.

Les fuites extra régionales doivent être réduites par la recherche d'une coordination plus étroite entre établissements de santé au sein du même territoire et avec le CHU, au niveau régional, en sa qualité de centre de référence régional.

3.2 Etudier les filières de prise en charge cancérologique par établissement de santé et par territoire de santé, et en particulier la filière de prise en charge du cancer du sein

Les délais de prise en charge du cancer du sein doivent être réduits.
Une évaluation de cette filière de soins par établissement de santé et par territoire de santé devra être conduite pour mieux identifier les causes de retard et points de fragilité, et mettre en œuvre les mesures correctrices qui s'imposent.

L'objectif est de ramener le délai moyen en Picardie à la moyenne nationale pour chaque filière.

3.3 Développer la prise en charge des chimiothérapies en Hospitalisation à Domicile (voir volet HAD)

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

4.1 Développer en lien avec le schéma régional de prévention, les actions de prévention des conduites à risque (tabagisme, nutrition) et ses risques environnementaux

Les publics « jeunes » et les populations en situation de précarité sont particulièrement concernés.
La sensibilisation de ces populations cible passe par l'identification de personnes relais et l'organisation de réunions d'information par des professionnels de santé, dans quel que cadre que ce soit.

4.2 Décliner au niveau régional la politique d'accompagnement social pendant et après le cancer

Le développement de la prise en charge sociale personnalisée et l'accompagnement de l'après cancer impliquent la mise en œuvre effective du volet social (référentiel de détection de la fragilité sociale et de la précarité), du programme personnalisé de soins et la réalisation d'une consultation sociale en cours de traitement.
De même, le dispositif régional expérimental d'accompagnement psychologique des patients cancéreux (adultes et enfants) et des aidants devra être mis en œuvre.

4.3 Créer au sein de la région une unité de Soins de Suites et Réadaptation spécialisée en onco- hématologie

La région doit pouvoir disposer d'une unité spécialisée de SSR en onco- hématologie. Il s'agit dans le cadre du développement du centre de référence régional en cancérologie, de créer cette nouvelle activité.

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Promouvoir les programmes de délégation de tâches pour faciliter la prise en charge et le suivi des patients notamment dans les zones rurales et dans les zones où les problèmes de démographie médicale sont les plus importants.
- Mettre en place un dispositif de coordination des centres de radiothérapie pour pouvoir faire face à des problèmes de personnels, assurer la continuité des soins durant les périodes estivales ou en cas de maintenance d'équipements.

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

- Inciter au développement de l'hospitalisation à domicile par transfert des activités actuellement prises en charge dans les hôpitaux de jour des établissements de santé.

- Sécuriser les prises en charge par la mise en place d'une surveillance avec le pharmacien ou l'infirmier DE coordonnateur pour la surveillance des effets secondaires de la chimiothérapie.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Pérenniser le dispositif de financement des postes d'assistants partagés.
- Promouvoir les postes d'internes dans les établissements hors CHU.
- Accompagner la mise en place de nouveaux métiers (conseiller en génétique).

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Former les infirmiers DE (libéraux et salariés des établissements) à l'onco-pédiatrie, à l'oncogénétique.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé

- Sensibiliser les populations précarisées à la prévention et au dépistage par :
  - l'identification de personnes relais,
  - l'organisation de réunions d'information autour d'un thème (alcool, tabac, alimentation, activité physique).
- Développer les programmes d'éducation thérapeutique à destination des patients cancéreux.

Accompagner les aidants dans leurs actions auprès de personnes ayant besoin d'une prise en charge ou d'un accompagnement

- Promouvoir l'onco-gériatrie afin de faire connaître cette discipline à la population.
- Promouvoir l'onco-pédiatrie auprès des parents et des proches d'enfants malades par des formations visant à décrire l'organigramme régional et à améliorer la surveillance symptomatique (en particulier l'intercure de chimiothérapie).
- Promouvoir « l'école des aidants ».

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé

- Développer la plateforme COMEDI-e (Coopérations médicales innovantes) afin de permettre un échange facile d'informations entre professionnels de santé de proximité et référents des établissements autorisés ainsi que de sécuriser les délégations de tâches.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre

- Mettre en place un Comité Technique Régional (COTER) cancer transversal (prévention, dépistage, soins, après cancer, observation).

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs d'activité :

- Nombre de séjours et de venues, par an, pour chaque mention dans les établissements,
- Nombre de séjours, par an, en HAD, pour la prise en charge d'une chimiothérapie,
- File active de patients, adultes et enfants, pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés (court séjour, HAD, SSR).

Indicateurs relatifs à l'organisation de la filière de prise en charge :

- taux de fuites extra régionales pour toutes les mentions chirurgicales,
- formalisation du schéma d'organisation du pôle régional de cancérologie et des projets médicaux « cancer » des établissements autorisés,
- nombre de conventions de délégations de taches formalisées.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Le nombre d'implantations en 2012 correspond au nombre d'autorisations.

Le nombre d'implantations défini dans le présent tableau s'entend comme le nombre de sites pouvant être autorisés au sein du territoire de santé, dans une ou plusieurs villes différentes.

Si l'autorisation portée par la même entité juridique est exercée sur deux villes différentes, il est noté deux implantations.

Territoire Somme : le maintien des autorisations en chirurgie mammaire, urologique et gynécologique sera examiné, au regard de l'atteinte des seuils d'activité minimale annuelle réglementaires, du respect des conditions techniques de fonctionnement et des coopérations territoriales à développer

Territoire Aisne Nord-Haute Somme : l'activité est fragile en chirurgie gynécologique pour les deux établissements autorisés ; afin de maintenir une offre sur ce territoire, un regroupement des activités est à envisager. La non atteinte du seuil pour un établissement autorisé en chirurgie mammaire conduit à revoir le nombre d'autorisations.

Territoire Aisne Sud : en chirurgie urologique, le nombre d'autorisations passera de 3 à 2 en raison de la non atteinte du seuil d'activité ; les établissements sont incités à renforcer leur coopération.

Territoire Oise Est : un établissement se situe en deçà du seuil d'activité en chirurgie digestive, l'offre sera donc réduite à 3 implantations. Il en va de même pour la chirurgie urologique et gynécologique dont le maintien des autorisations est conditionné par le niveau d'activité réglementaire.

Territoire Oise Ouest : les implantations de chirurgie digestive et urologique seront réduites, chacune, de 2 à 1 en fonction de l'évolution de l'activité soumise à seuil réglementaire, les besoins de santé étant couverts.

.

Territoires	Population	Chirurgie mammaire		Chirurgie digestive		Chirurgie urologique		Chirurgie Thoracique		Chirurgie Gynécologique		Chirurgie ORL et CMF		Chimiothérapie		Radiothérapie externe		Curiethérapie		Sources non scelles		Enfants ado < 18 ans	
		2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Somme	520 882	3	2 à 3	5	5	5	4 à 5	2	2	3	2 (-1)	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1
Aisne Nord Haute Somme	298 593	3	2 (-1)	2	2	2	2			2	1 (-1)	2	1 (-1)	3	3	1	1						
Aisne Sud	284 250	1	1	2	2	3	2 (-1)			1	1			2	2	1	1						
Oise Est	466 012	4	4	4	3 (-1)	4	3 à 4			4	2 (-2)	1	1	5	5	2	2						
Oise Ouest	330 607	1	1	2	1 (-1)	2	1 (-1)			1	1	1	1	1	1	1	1						

VOLET INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

PREAMBULE

L'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue une des complications de nombreuses maladies chroniques (notamment diabète et hypertension artérielle) dont la prévalence augmente.

En 2009, en France, 68 000 personnes présentant une IRC terminale, bénéficiaient d'un traitement de suppléance.

Or, si l'on dépiste l'IRC suffisamment tôt, il est possible de ralentir son évolution par l'initialisation de traitements adéquats et, le cas échéant, d'anticiper, avec le patient, le traitement de suppléance nécessaire de l'IRC terminale (IRCT).Les experts estiment que 10% des IRCT pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée.

La directive ministérielle du 17 décembre 2010 relative à la « Priorité Insuffisance Rénale Chronique (IRC) Terminale 2010 / 2011 », a pour objectif d'améliorer les pratiques en matières de prévention et de prise en charge de l'IRCT via :

- la diffusion des recommandations médicales existantes,
- l'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre,
- le développement de la greffe rénale.

Le tableau ci-dessous, essaie de clarifier la sémantique insuffisance rénale chronique. Ces différents termes, et leur signification, sont employés tout au long du présent volet.

Traitement de l'I R C	**Méthode d'EER ou de dialyse**	**Technique de DP ou HD**	**Structure**
ou Mode	*ou Type*		*ou Site*
1-Greffe			
2- Epuration Extra Rénale (EER) ou dialyse	Dialyse péritonéale (DP)	Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	Domicile
		Dialyse péritonéale automatisée (DPA)	Domicile
	Hémodialyse (HD)	HD conventionnelle	Centre « lourd » Unité de dialyse médicalisée (UDM), Autodialyse, Domicile
		Hémodiafiltration	Centre « lourd » UDM
		Hémofiltration	Centre « lourd »
		Biofiltration	Centre « lourd »

Par ailleurs, le Code la Santé Publique définit les conditions d'implantation à respecter pour pouvoir autoriser une activité.

« Extrait du Code de la Santé Publique Article R6123-55

L'autorisation de mise en œuvre ou d'extension des activités de soins mentionnée à l'article L. 6122-1 ne peut être délivrée qu'aux établissements de santé traitant de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale, qui disposent au moins des trois modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile.
Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer cette activité peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant pas des trois modalités mentionnées au premier alinéa, s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé, ou avec une ou des structures de coopération disposant elles-mêmes d'une ou de plusieurs de ces modalités, une convention de coopération organisant la prise en charge des patients. La nature et les modalités de conclusion de cette convention sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La graduation des soins se structure ainsi autour :

- <u>des centres de dialyse lourds :</u>

Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients traités par hémodialyse périodique, dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin. Le centre se situe au sein d'un établissement de santé permettant l'hospitalisation à temps complet du patient dans des lits de médecine ou éventuellement de chirurgie.

- <u>des unités de dialyse médicalisée :</u>

L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.

L'UDM est considéré depuis le décret du 10 février 2012 comme une prise en charge dite hors centre. Ce texte précise également que les UDM n'auront plus à être accolées à un centre de dialyse. Il ouvre également la possibilité de développer les UDM fonctionnant par télémédecine, permettant une offre intermédiaire entre le centre et l'autodialyse, sous réserve de convention avec un centre disposant des 3 modalités citées ci-dessus.

- <u>des unités d'autodialyse :</u>

L'hémodialyse en unité d'autodialyse s'exerce en autodialyse dite simple ou en autodialyse assistée.
L'autodialyse dite simple est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement.
L'autodialyse assistée est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, mais qui requièrent l'assistance d'un infirmier ou d'une infirmière pour certains gestes.
L'unité d'autodialyse peut accueillir des patients en déplacement ou en séjour de vacances, lorsqu'ils sont autonomes et formés à l'hémodialyse.

L'enjeu pour la Picardie est de développer la prise en charge hors centre lourd qui aujourd'hui, ne représente qu'un peu plus de 36% des patients pris en charge.
Il s'agit donc au travers de la déclinaison du programme de gestion des risques de parvenir à un objectif de 45 à 55% de patients pris en charge en hors centre. Cela nécessite d'inciter au travers d'un programme d'information des patients et de sensibilisation des professionnels, au développement de ces modes de prise en charge. Cela passe également par une adaptation de l'organisation de l'offre de soins en fonction de cet objectif.

1DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1.1. Implantations

Structures de prise en charge installées en hémodialyse au 1er janvier 2012

Offre de soins hospitalière et population

Base SAE 2010 Autorisations 2012	**Picardie**	**Territoire santé Aisne Nord**	**Territoire santé Aisne Sud**	**Territoire santé Oise Est**	**Territoire santé Oise Ouest**	**Territoire santé Somme**
Population 2007	1 900 344	298 593	284 250	466 012	330 607	520 882
Nombre de structures de prises en charge UDM + autodialyse	22	4	4	6	3	5
Taux d'équipement / 1 000 000 hts	11,58	13,40	14,07	12,88	9,07	9,60
Nombre de structures de prises en charge centre	8	1	2	2	1	2
Taux d'équipement / 1 000 000 hts	4,21	3,35	7,04	4,29	3,02	3,84

Structures de prise en charge installées pour la greffe rénale

Prélèvements d'organes en vue de don à des fins thérapeutiques
Les établissements sont autorisés par l'ARS après avis de l'Agence de Biomédecine (ABM). L'autorisation, renouvelable, est délivrée pour 5 ans.

Etablissements autorisés à prélever au 26 janvier 2011

Etablissements	**PMO Prélèvement multi organes**	**T/PMO Prélèvement tissus lors d'un PMO**	**TCA Prélèvement tissus à cœur arrêté**	**DV Prélèvement donneur vivant**
CH LAON	X	X		
CH ST QUENTIN	X	X	X	
CH COMPIEGNE	X	X	X	
CH CREIL	X	X	X	
CHU NORD AMIENS	X	X	X	
CHU SUD AMIENS	X	X	X	X Rein

Le décret du 2 août 2005 permet aux établissements de santé volontaires de réaliser des prélèvements sur des donneurs décédés présentant un arrêt cardiaque et respiratoire permanent.

Cette activité ne nécessite pas d'autorisation administrative particulière autre que l'autorisation de prélèvement d'organes sur personnes décédées.

En revanche, les établissements doivent signer une convention avec l'ABM les engageant à suivre les protocoles validés par l'ABM notamment en terme de moyens matériels et humains, de respect du protocole médical et de transfert des données de suivi pour assurer l'évaluation de cette activité.

Aucun établissement autorisé à effectuer des prélèvements d'organes à cœur arrêté au 14 mars 2011 en Picardie

Greffes d'organes

Les établissements de santé sont autorisés par l'ARS après avis de l'Agence de Biomédecine.

Etablissements	CSH Cellules souches hématopoïétiques	Organes
CHU Sud Amiens	X	X Rein, Rein-Pancréas

1.2 Données d'activité 2011

Effectifs et mouvements des dialysées par équipe en 2011

Picardie

Répartition/Modalités au 31/12/2011	*TOTAL*
H.D. Centre	657
H.D. Domicile	10
AutoD.	202
DPCA - DPCC	40
Udm	132
Entraînement	6
Total Hors Centre	384
TOTAL PRESENTS AU 31/12/2011	**1047**
% Patients hors centre	36,68%
NOUVEAUX pris en charge en IRCT	239
Arrivée d'une autre équipe (uniq.extra-équipe) / autre région	36
Retour de Transplantation / de sevrage	18
ENTREES dans l'année	**293**
TOTAL TRAITES DANS L'ANNEE	**1327**
DECEDES (uniquement parmi les présents au 31/12/2011)	198
% Décès/Total pris en charge	14,92%
TRANSPLANTATIONS	53
% Transplantation/Total pris en charge	3,99%

Par centre

Répartition/Modalités au 31/12/2011	*ABBEVILLE*	*AMIENS*	*BEAUVAIS*	*COMPIEGNE*
H.D. Centre	89	121	69	93
H.D. Domicile	2	2	2	0
AutoD.	3	65	23	18
DPCA - DPCC	0	0	0	8
Udm	0	16	16	45
Entraînement	2	4	0	0
Total Hors Centre	5	83	41	71
TOTAL PRESENTS AU 31/12/2011	**96**	**208**	**110**	**164**
% Patients hors centre	5,21%	39,90%	37,27%	43,29%
NOUVEAUX pris en charge en IRCT	26	46	36	39
Arrivée d'une autre équipe (uniq.extra-équipe) / autre région	3	3	5	1
Retour de Transplantation / de sevrage	1	7	1	2
ENTREES dans l'année	**30**	**56**	**42**	**42**
TOTAL TRAITES DANS L'ANNEE	**115**	**261**	**142**	**201**
DECEDES (uniquement parmi les présents au 31/12/2011)	12	31	24	25
% Décès/Total pris en charge	10,43%	11,88%	16,90%	12,44%
TRANSPLANTATIONS	3	15	6	10
% Transplantation/Total pris en charge	2,61%	5,75%	4,23%	4,98%

.

Répartition/Modalités au 31/12/2011	CREIL	ST QUENTIN	SOISSONS	LAON
H.D. Centre	91	103	56	35
H.D. Domicile	1	2	1	0
AutoD.	34	22	37	0
DPCA - DPCC	16	11	3	2
Udm	0	55	0	0
Entraînement	0	0	0	0
Total Hors Centre	51	90	41	2
TOTAL PRESENTS AU 31/12/2011	**142**	**193**	**97**	**37**
% Patients hors centre	35,92%	46,63%	42,27%	5,41%
NOUVEAUX pris en charge en IRCT	23	53	12	4
Arrivée d'une autre équipe (uniq.extra-équipe) / autre région	3	4	11	6
Retour de Transplantation / de sevrage	3	3	1	0
ENTREES dans l'année	**29**	**60**	**24**	**10**
TOTAL TRAITES DANS L'ANNEE	**173**	**259**	**126**	**50**
DECEDES (uniquement parmi les présents au 31/12/2011)	23	51	24	8
% Décès/Total pris en charge	13,29%	19,69%	19,05%	16,00%
TRANSPLANTATIONS	4	8	4	3
% Transplantation/Total pris en charge	2,31%	3,09%	3,17%	6,00%

(source registre Rein)

Nombre total de patients IRC résidant en Picardie traités HORS Picardie : 95 dont 58 patients pris en charge en centre lourd

- Aisne : 61 patients (64,2%)
- Oise : 28 patients ((29,4%)
- Somme : 6 patients (6,3%)

Démographie des professionnels de santé

Nombre	Age	Mode d'exercice
31	53,4	Public
5	50,7	Privé
36	51	Tous

Nombre et âge moyen des néphrologues en picardie au 1er mai 2011 (Source CHU Amiens)

A l'horizon 2013, 4 néphrologues pourront prétendre à un départ à la retraite (en se basant sur un départ à 65 ans) : 3 en 2013, 1 en 2015

En 2012, l'effectif des urologues en Picardie est de 28 :

- 7 en établissement public.
- 2 en ESPIC.
- 4 en établissement privé lucratif.
- 11 en cabinet.
- 4 avec un autre mode d'exercice.

Données épidémiologiques

Nombre de nouveaux patients

En région Picardie, le nombre de nouveaux patients résidents ayant débuté un traitement supplétif en dialyse a été de 266 en 2009, de 276 en 2010 et de 239 en 2011. Le taux brut de l'incidence était en 2009 de 149 patients nouveaux par million d'habitants (France : 150) avec un taux standardisé de 159 (France : 150).

Nombre de patients pris en charge

En 2011, 1047 patients étaient pris en charge en épuration extrarénale en Picardie (1026 au 31/12/2010). Le taux brut de prévalence était de 539 patients par million d'habitants en 2009. En France, en 2009, il était de 585. Le taux de prévalence globale standardisé était en 2009 de 574 en Picardie, alors qu'en France il était de 588. L'évolution du nombre de patients prévalents continue à croitre de façon significative au fil des ans sur 19 années.

Répartition des porteurs de greffon rénal

764 patients résidents en Picardie étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel au 31/12/2009 dont 3.3 % à partir de donneurs vivants.
42.7 % des patients insuffisants rénaux étaient traités par greffe (France 46.5%)
Le taux de prévalence standardisée était de 402 par million d'habitants pour 510 en France.

Evolution du pourcentage de greffe annuelle par année par rapport à la file active annuelle

En 2010, on retrouve une augmentation du pourcentage de transplantés par rapport à la file active à 3.99% (3.68% en 2010).

Inscription sur liste d'attente – Greffe

En 2010, le pourcentage de patients en dialyse non inscrits en transplantation était de 78%. les patients inscrits représentent 10 %. On retrouve des variations significatives selon les équipes.

La région est dans les taux d'incidence cumulée d'accès à la liste nationale d'attente d'une greffe pour les patients de moins de 60 ans les plus bas de France.

62 nouveaux patients ont été inscrits dans l'année 2009 avec un pourcentage de 17,7% de plus de 60 ans (27.5% pour la France). La liste d'attente de la région est de 91 patients au 31/12/2009 avec 72.5 % domiciliés dans la région.

59 greffes ont été réalisées en Picardie en 2009 dont aucune à partir de donneurs vivants (en France 7.9%).

En 2011, 75 transplantations rénales ont été réalisées, dont 15 pour des patients venant de Reims. L'activité de transplantation rénale est donc de 60 pour les patients d'Amiens dont 2 doubles transplantations rein-pancréas et 3 transplantations réalisées à partir d'un donneur vivant (*source CHU Amiens*).
18 patients sont revenus en dialyse après greffe en 2011 (23 en 2010).

On observera inévitablement une tendance à l'augmentation de ce type de recrutement pour l'épuration extra rénale avec l'allongement de la file active des transplantés.

2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

Les points suivant peuvent être soulignés à partir des données quantitatives disponibles :

Tous les territoires de santé ne proposent pas l'ensemble des modes de prise en charge de façon également répartis

Le territoire Oise-Ouest présente un maillage de structures de prise en charge en hémodialyse avec des centres de prise en charge centrés sur Beauvais.

Les structures situées sur le littoral connaissent de fortes activités durant les périodes estivales.

Les fuites peuvent s'expliquer par la proximité de certains centres hors région, comme Reims pour la Champagne Ardenne, Fourmies pour la région Nord ou encore Meaux pour l'Ile de France. Les patients sont en effet plus proches d'un centre hors région que de leur centre régional de référence.

En amont du parcours de soins, le dépistage et le recours aux soins sont relativement tardifs

L'adressage et le dépistage en Picardie restent tardifs.

Le dépistage de l'insuffisance rénale semble insuffisant en Picardie avec des disparités selon les territoires : en témoigne le taux d'adressage tardif des patients au stade ultime de l'épuration extrarénale.

Le taux de couverture des enseignements post universitaires concernant l'insuffisance rénale est variable selon les territoires. Il n'a pas fait l'objet d'un inventaire des propositions.
La prise en charge de l'IRC et la conduite à tenir semblent difficiles ou sont méconnues pour les médecins généralistes.
Elle est souvent abordée par l'intermédiaire d'autres pathologies, comme le diabète et/ou d'autres thérapeutiques (mises en garde ou précautions d'emploi des médicaments).

On constate des difficultés de coordination lors de prises en charge multidisciplinaires liées :

- à la polypathologie que présente souvent le patient atteint d'insuffisance rénale chronique,
- au manque de structures multidisciplinaires en région,
- à la fréquence des examens biologiques, notamment chez les patients poly pathologiques,
- à la pratique de dépistage dans les centres dédiés : soit absence de retour au médecin généraliste ou inutilité pour les patients « multi suivis »,
- à l'absence de réelle coordination dans le parcours de soin du patient.

.

Les modalités de transports sont variables suivant les territoires de santé

Il n'existe pas de mutualisation de transports ou encore de taxi collectif. La justification d'un transport par VSL et par ambulance est à réévaluer périodiquement auprès des équipes soignantes. Selon les équipes, on note des disparités selon les modes de transports (de 5.8% à 27.9% en ambulance).

Le poste des transports est un poste important de dépense d'un patient pris en charge en dialyse.
Du côté des patients, une certaine complexité pour le remboursement des frais de déplacement en cas d'utilisation de son véhicule personnel a également été mise en en avant.

La dialyse péritonéale est très peu pratiquée

La Picardie se situe dans les trois dernières régions concernant cette pratique.

Cette technique nécessite un investissement «temps» de la part des professionnels de santé et donc une motivation et une « sur spécialisation médicale ». Elle nécessite une équipe infirmière dédiée, acceptable par les structures à partir d'un certain seuil de patients.

Le taux d'acceptation du patient est faible, directement corrélé à la motivation des équipes soignantes, à leur expertise sur la méthode et à la qualité de l'information faite en prédialyse. On retrouve souvent une mauvaise perception par les malades de la méthode du fait de l'atteinte de l'image corporelle.

La « bonne » indication est le patient jeune ou adulte en attente de transplantation et désirant garder son autonomie. Elle peut être également une bonne méthode pour un maintien de patients âgés à domicile. De nouvelles indications émergent pour la prise en charge du syndrome cardio-rénal.

Les conditions de vie à domicile du patient sont importantes. En effet, la dialyse péritonéale nécessite des conditions strictes d'hygiène, d'organisation du logement (stockage notamment).

Il existe un certain nombre de contre-indications avec la crainte de complications plus lourdes à gérer qu'en hémodialyse (péritonite).

Enfin, les médecins généralistes décrivent un manque d'information sur cette technique, une crainte par rapport aux complications et aux conditions de prise en charge, notamment en cas d'urgence. En effet, le médecin généraliste est souvent le premier recours.

L'organisation de la pose des cathéters et des fistules artério-veineuse mérite d'être améliorée

La qualité de l'abord vasculaire est un élément clé du pronostic et de la qualité de vie en dialyse.

Les établissements de santé autorisés pour l'activité de chirurgie ne disposent pas forcément de la compétence nécessaire pour la mise en place de cet abord
Certains centres ayant une activité importante de dialyse n'ont pas les ressources adaptées en interne.

La dialyse hors centre est insuffisamment développée

Tous les centres de dialyse font de l'information prédialyse, mais conformément à la Loi sur le droit des patients, la décision finale revient au malade avec le conseil de son praticien. Donc tout malade qui ne présente pas de poly pathologie devrait relever du hors centre. Mais il revient au malade et à son praticien en codécision de choisir la méthode.

La frontière de prise en charge entre l'unité de dialyse médicalisée et l'autodialyse devient de plus en plus ténue. En effet, on constate une baisse d'autonomie des patients pris en charge en autodialyse.
La tarification à l'activité favorise la prise en charge des patients en dialyse en centre lourd plutôt qu'en hors centre. L'unité de dialyse médicalisée devient la variable d'ajustement du centre lourd, l'autodialyse, à son tour, devient la variable d'ajustement de l'unité de dialyse.

Un point fort en Picardie : le néphrologue est responsable du suivi et de l'orientation de son patient quelle que soit la méthode choisie et la structure, assurant ainsi une continuité des soins tout au long du parcours de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ce positionnement qui repose sur un conventionnement entre les établissements de santé qui gèrent les différentes structures constitue un avantage majeur et motivant pour les professionnels.

Les données de démographie médicale doivent être prises en compte pour la définition du schéma cible à 5 ans

Avec 36 néphrologues et une moyenne d'âge de 51 ans, la Picardie est en dessous de la moyenne nationale en terme de densité de néphrologues : 19 néphrologues / million d'habitants contre 22 néphrologues/million d'habitants. La région se situe en 7e position des régions ayant l'âge moyen le plus élevé.

Sur ces 36 néphrologues, 6 (soit 17%) vont partir à la retraite dans 5 ans et 12 (soit 33%) dans 10 ans.
9 internes sont inscrits au DES de néphrologie au 1er novembre 2011. Sur ces 9 internes, à ce jour, 4 internes ont émis le souhait de rester en région.

Les centres hospitaliers « périphériques » préfèrent proposer des postes d'internes de médecine générale pour leur service de néphrologie afin d'être assurés de voir ceux-ci pourvus. En effet, la quasi-totalité des postes d'internes en néphrologie sont au CHU d'Amiens.

Néanmoins l'augmentation du nombre d'internes les amènera à choisir, également, de faire un de leur stage de formation dans les hôpitaux dits périphériques. Ce choix augmentera dans le futur à condition que dans ces hôpitaux un projet de formation adapté et stimulant soit mis en place

Il convient également de conserver une équipe d'urologues en effectif suffisant au CHU (5 à 6 séniors minimum) ainsi qu'un nombre suffisant d'internes.
Afin de partager des compétences, une pérennisation des postes d'assistants partagés avec les établissements de santé dits de périphérie sera nécessaire.

La faible attractivité de la Picardie représente donc un frein.

D'autres spécialistes d'organes sont aussi concernés : cardiovasculaires, diabétologies…

L'observation précise de la prise en charge IRC suppose de parvenir à une unicité des sources de données

On constate une redondance des sources de données concernant l'insuffisance rénale rendant difficile un travail de synthèse et d'analyse au niveau régional. La montée en puissance du registre REIN permettra de l'améliorer.

A cette multiplicité, il faut ajouter des méthodologies différentes suivant les sources rendant leur interprétation, voire comparaison, difficile (SAE, PMSI, IPA –indices de pilotage de l'activité- remplaçant les OQOS…).

Enfin, un consensus sur la terminologie des termes utilisés pour l'insuffisance rénale chronique est nécessaire. Cette clarification de sémantique semble importante afin que l'exploitation et la compréhension des données soient les plus exhaustives et précises possibles.

2 OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

Renforcer la graduation des soins et développer les prises en charge hors centre

L'objectif cible est de développer la prise en charge des patients en hors centre (objectif de 45/55% à horizon 2017), en veillant à :

- Développer les consultations avancées au sein des territoires de santé,
- Favoriser le recours à la dialyse péritonéale en la proposant systématiquement aux patients pouvant en bénéficier, en mettant en place un ou des Dialyse Péritonéale center et en accompagnant à leur demande chaque équipe par un support régional. Ce support régional pourrait relever des différentes structures d'alternative,
- Favoriser au sein des établissements le développement de l'alternative hors centre qui permet une meilleure proximité et lever les freins statutaires à l'exercice de celle-ci.

Développer le prélèvement et la greffe

Il faut favoriser les prélèvements sur donneurs vivants et développer les prélèvements à partir de donneurs décédés.

L'ARS de Picardie doit assurer un meilleur suivi des activités des équipes de coordination de prélèvement dans les 5 centres autorisés en Picardie.

Un suivi partagé des patients transplantés doit être mis en place en améliorant la gestion conjointe des greffés entre le CHU d'Amiens et les néphrologues en périphérie

Expérimenter la télémédecine : télédialyse et téléconsultation

Au vu de la démographie des néphrologues en Picardie, il serait intéressant d'explorer cette voie. Une expérimentation pourrait être réalisée en UDM.
L'aspect téléconsultation pourrait également être en lien avec la mise en place de consultations avancées (cf. point ci-dessus).

2 AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Renforcer l'éducation du patient

Le développement de l'offre en éducation thérapeutique du patient en dialyse doit être assuré.

Assurer la mise aux normes de l'ensemble des structures

L'ARS devra s'assurer de la mise aux normes de certains centres lourds et en cas de difficultés et fonction des besoins de la population, faire évoluer cette offre le cas échéant.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Fixer un taux d'alternative hors centre

Pour mémoire, la notion d'alternative hors centre, correspond à l'ensemble des structures ou sites hors centre « lourd » : Domicile, UDM, Autodialyse.
Le taux cible retenu d'alternative hors centre sur l'ensemble des patients prévalents au 31 décembre de l'année est entre 45 et 55% à l'horizon 2017.
L'évolution de ce taux d'alternative hors centre sera suivie annuellement par l'ARS pour chaque établissement ayant l'autorisation de dialyse en centre.

Engager une réflexion de mutualisation d'activité et de diversification de la réponse en particulier sur les territoires Aisne Nord Haute Somme et Aisne Sud

L'activité des centres de dialyse de ces territoires est très variable, forte à Saint Quentin, moyenne à Soissons, faible à Laon. Ce dernier territoire présente également des fuites extra-régionales importantes.

Dans les différents centres, les difficultés de recrutement de néphrologues sont majeures, mettant en fragilité les équipes, ne permettant pas de proposer ou d'assurer partout l'ensemble des alternatives ou de couvrir le territoire de santé en consultation expliquant aussi de nombreuses fuites. Le programme stratégique régional de recrutement porté par le CHU pourra intervenir en soutien, si nécessaire.

Il est nécessaire d'engager une réflexion sur une mutualisation des activités des équipes pour chacun des territoires afin d'en couvrir les besoins et de faire face à la pénurie médicale.

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE SECTEUR MEDICO SOCIAL

Améliorer l'orientation des patients et développer les actions de dépistage de l'Insuffisance Rénale

Il faut améliorer la formation des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge et le dépistage et développer les consultations avancées.

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
Maintien du comité technique régional de l'insuffisance rénale chronique (COTER IRC) mise en place par l'ARS de Picardie.
Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles
Développer la prise en charge des patients en hors centre (objectif de 45/55% à horizon 2017), notamment la dialyse péritonéale.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation
Inciter les internes de néphrologie à choisir des terrains de stage hors CHU.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé
Mieux former les médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Améliorer l'information du patient en s'appuyant sur les professionnels de santé mais également sur les associations de patients.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé
Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient.

Accompagner les aidants dans leurs actions auprès de personnes ayant besoin d'une prise en charge ou d'un accompagnement
Place des aidants, notamment dans les prises en charge à domicile comme la dialyse péritonéale.

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes
Suivre le travail des équipes de coordination de prélèvement en Picardie afin de développer la culture prélèvement.
Suivi conjoint ARS COTER de l'activité des centres lourds, des UDM, des autodialyses…

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de sante et la population qu'entre professionnels de sante
Mettre en place un suivi partagé des patients transplantés (et des outils) entre le CHU et les établissements dits de périphérie

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre
Travailler en collaboration avec :
- Le registre REIN et son médecin coordonnateur régional.
- l'Agence de la biomédecine et son médecin coordonnateur régional de la transplantation.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Amélioration de l'accès aux soins

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Proximité Diversifier et renforcer l'offre de proximité (UDM, autodialyse…) en favorisant le développement de la dialyse hors centre Mise en place de consultations avancées	Suivi du taux de prise en charge en dialyse hors centre Nb de nouveaux patients en DP sur un an Nb de consultations avancées mis en place Nb de patients par consultation avancée	ARS dans le cadre de la gestion du risque, en association avec le COTER IRC CPOM CPOM ARS en association avec le COTER IRC
Territoire Rééquilibrer l'offre sur les territoires Conforter et renforcer la greffe rénale	Suivi de l'évolution du taux de fuite, notamment dans le territoire de santé Aisne Sud Part de la greffe dans le total des traitements de l'IRCT	ARS en association avec le COTER IRC et le registre REIN ARS dans le cadre de la gestion du risque, en association avec le COTER IRC

Amélioration de la qualité et la sécurité des soins

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées en s'appuyant sur les recommandations existantes	Nb de réunions du groupe de travail régional consacré à la prévention des infections associées aux soins en dialyse	ARS par l'intermédiaire du COTER IRC et le médecin en charge au niveau régional des IOAS
Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT	Nombre de médecins généralistes sensibilisés par an	Collaboration Assurance Maladie / ARS par l'intermédiaire du COTER IRC
Réduire le nombre de dialyses débutées en urgence	Taux d'hémodialyses débutées en urgences	Médecin coordonnateur régional du registre REIN en collaboration avec l'ARS et le COTER IRC

Amélioration de l'efficience du système de santé

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Diversifier et renforcer l'offre de proximité (UDM, autodialyse…) en favorisant le développement de la dialyse hors centre	Suivi du taux de prise en charge en dialyse hors centre	CPOM ARS dans le cadre de la gestion du risque, en association avec le COTER IRC

		OBJECTIF à 2017 : 45-55%

Amélioration de la coordination avec la prévention et le médico-social

Objectifs généraux	Indicateurs de suivi	Réalisation du suivi
Former mieux les médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge et le dépistage	Nb d'EPU réalisés Nb de participants par EPU (sur la thématique IRC)	Proposer aux différents EPU, un support élaboré par le COTER à destination du médecin généraliste concernant la prise en charge et le dépistage de l'IRC. Intervention possible des membres du COTER aux EPU
Prévention : sensibilisation au dépistage des médecins ciblés par l'assurance maladie lors de la prise en charge des nouveaux patients diabétiques	Nb de visites chez les médecins généralistes	Installation d'un groupe de travail dédié avec soutien et apport technique du COTER
Développer l'éducation thérapeutique du patient en dialyse et assurer une bonne répartition régionale de l'offre en ETP dialyse	Nb de dossiers déposés Nb de dossiers autorisés	ARS

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires	Population	Centre lourd		UDM		Autodyalise	
		2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne Nord Haute Somme	**298 593**	**1**	**1**	**2**	**2 à 3**	**2**	**2**
Aisne Sud	**284 250**	**2**	**1 à 2**	**1**	**1 à 2**	**3**	**3**
Oise Est	**466 012**	**2**	**2**	**2**	**2 à 3**	**4**	**4**
Oise Ouest	**330 607**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	**2**
Somme	**520 882**	**2**	**2**	**2**	**2**	**3**	**3**

Territoire Aisne Nord/Haute Somme :
Une implantation d'UDM pourrait être envisagée dans le cadre d'une organisation mutualisée des activités, afin d'assurer un meilleur maillage de proximité. Cette nouvelle autorisation permettrait de couvrir le Nord du territoire.

Territoire Aisne Sud :
L'avenir d'un des deux centres lourds dépendra de l'évolution de sa file active et de son recrutement, au regard de l'évolution de la population et des besoins de santé ainsi que de la prise en compte des prises en charge alternatives.
Une réflexion sur une mutualisation des activités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique au sein du territoire devra être engagée entre l'ensemble des acteurs.

Dans ce cadre, une nouvelle implantation d'UDM peut être prévue selon les modalités proposées par le décret du 10 février 2012, sans proximité immédiate d'un centre lourd, mais adossé à un centre comme le prévoit la réglementation.

Territoire Oise Est :
L'offre est globalement satisfaisante sur ce territoire, avec un éventail de structures de prise en charge assez large. Dans un objectif de renforcement de l'offre hors centre lourd, une implantation supplémentaire d'UDM pourra être envisagée. Cette implantation améliorera le maillage de l'offre de proximité.

Territoire Oise Ouest :
Ce territoire présente un faible maillage de structures de prise en charge en hémodialyse.
Le développement de consultations avancées doit être envisagé afin d'assurer une bonne couverture médicale spécialisée.

VOLET SANTE MENTALE

Préambule

La prise en charge en santé mentale se distingue notamment par :

- le caractère souvent chronique de ces maladies et des handicaps qu'elles entrainent, qui impose des prises en charge au long cours, pluridisciplinaires (sanitaires, médico-sociales et sociales), coordonnées dans le temps et dans l'espace, y compris entre l'hospitalisation complète et les prises en charges alternatives assurées par des structures hospitalières ou libérales,

-la survenue de périodes de « crise » ou de décompensation aigue nécessitant une prise en charge de l'urgence,

-le déni, la « non demande » et les ruptures de liens, caractéristiques de certaines maladies mentales, qui imposent une responsabilisation de tous les acteurs de terrain.

L'activité de soins psychiatriques est organisée en « secteurs » et basée sur des principes de proximité, de continuité des soins, d'insertion des patients dans la vie de la cité.
Les stratégies territoriales en santé mentale doivent permettre d'articuler l'ensemble des politiques publiques intervenant dans le champ de la santé mentale (par exemple les politiques sociales en matière de logement et d'emploi, de justice, de sécurité publique, d'éducation), de favoriser le décloisonnement des acteurs et de promouvoir la coordination des interventions.
Une attention particulière doit également être portée à l'organisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique.
La place des aidants doit aussi être intégrée dans les réflexions sur l'organisation de la prise en charge du patient.

Ces exigences de complémentarité, de coopération et de décloisonnement entre les acteurs des différents champs d'intervention, mais également l'impératif de réduction des inégalités territoriales en matière de santé mentale imposent que la conception de travail en secteur évolue, d'une part en intégrant la nécessité d'une plus grande articulation avec ces autres champs, et d'autre part, en replaçant le cadre d'action du secteur dans une cohérence territoriale plus large (par territoire de santé ou département), intersectorielle ou même si besoin non-sectorisée.
Il s'agit pour reprendre les axes du plan santé mentale 2011-2015 de « prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne », « les ruptures selon les publics et les territoires », « les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal », « les ruptures entre les savoirs ».

1- PSYCHIATRIE ADULTE

1 DIAGNOSTIC

1-1 Eléments épidémiologiques[17]:

Une surmortalité régionale masquant de fortes inégalités infrarégionales

La mortalité par troubles mentaux [18] en Picardie est de 7,6 % supérieure à celle de la France hexagonale sur la période 2005-2009 (avec 495 décès en moyenne annuelle, dont 43,8 % d'hommes), avec toutefois des variations d'un territoire de santé à l'autre :

- Sous-mortalité pour le TS Oise Est (-10,0 % par rapport au niveau national),
- Surmortalité pour le TS Oise Ouest (+17,6 % par rapport au niveau national),
- Surmortalité pour le TS Somme (+21,1 % par rapport au niveau national).

Chez les moins de 65 ans, la Picardie enregistre une surmortalité par troubles mentaux par rapport à la France hexagonale de 12,3 % (115 décès, dont 76,7 % d'hommes en Picardie en moyenne annuelle sur la période 2005-2009) :

- Trois territoires de santé présentent une surmortalité pour les moins de 65 ans qui varie de +19,7 % dans le TS Somme à +33,7 % dans le TS Aisne Sud,
- Les deux territoires de santé de l'Oise se trouvent à un niveau comparable à la France hexagonale.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la Picardie enregistre une surmortalité par troubles mentaux par rapport au niveau national, de 6,5 % (380 décès, dont 33,9 % d'hommes) en moyenne annuelle sur la période 2005-2009:

- Sous mortalité pour le TS Oise Est, de -9,6 %
- Surmortalité pour TS Oise Ouest, de +20,9 %
- Surmortalité pour le TS Somme, de +21,4 %

A l'inverse, le taux de nouvelles admissions en affections psychiatriques de longue durée est inférieur en Picardie et ce, dans tous les territoires de santé.

Le taux de nouvelles admissions en affections psychiatriques de longue durée est inférieur en Picardie par rapport l'ensemble du pays, de -15,5 % (2 675 nouvelles admissions, dont 46,8 % d'hommes).

Ce taux est inférieur dans tous les territoires de santé de la région, variant entre -5,6 % dans le TS Oise Est et -24,7 % pour le TS Somme,

Près de la moitié de ces nouvelles admissions est liée aux troubles de l'humeur, une sur six est liée à la schizophrénie, aux troubles schizotypiques et troubles délirants et un sur sept aux troubles de la personnalité et du comportement.

Ce constat est retrouvé chez les moins de 65 ans, quel que soit le territoire. Chez les plus de 65 ans, ce constat est également valable, mais varie d'un territoire à l'autre.

Chez les moins de 65 ans, on observe un taux moins important de nouvelles admissions en ALD, de -14,5 % (2 230 nouvelles admissions en affections psychiatriques de longue durée,

---

[17] Chiffre Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

[18] Concerne la mortalité liée aux pathologies décrites dans le chapitre 5 de la CIM 10

dont 49,5 % d'hommes enregistrées en moyenne annuelle sur la période 2005-2009) : Les cinq territoires de santé de Picardie présentent, par rapport au niveau national, un taux moins important de nouvelles admissions en ALD pour cette pathologie (de -8,2 % pour le TS Oise Est à -22,5 % pour le TS Somme),
Chez les plus de 65 ans, le taux est de -20,8 % en-dessous de celui de la France hexagonale (445 chez les personnes âgées de plus de 65 ans, dont 29,2 % d'hommes):Les deux territoires situés dans l'Oise ont un taux comparable. Celui des trois autres varie entre -33,0 %, pour le TS Aisne Nord - Haute-Somme et -37,6 % pour le TS Aisne Sud.

La Picardie présente le troisième taux de mortalité par suicide en France métropolitaine.
La Picardie présente le troisième taux de mortalité par suicide le plus important des régions de France hexagonale : +29,6 % de surmortalité par rapport au niveau national (avec 400 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2009, dont 76,4 % d'hommes).
Hormis dans le TS Oise Est, la surmortalité par suicide par rapport à la France est constatée dans les autres territoires de santé (variant de +30,9 % dans le TS Oise Ouest à +45,4 % dans le TS Aisne Nord - Haute-Somme).
Chez les moins de 65 ans, la Picardie enregistre une surmortalité par rapport à la France hexagonale de 29,1 % (295 décès, dont 76 % d'hommes) par suicide en moyenne annuelle sur la période 2005-2009).
Les quatre territoires de santé, qui présentent une surmortalité tous âges, sont également dans cette situation pour les moins de 65 ans, variant de +20,7 % dans le TS Oise Ouest à +52,7 % dans le TS Aisne Nord - Haute-Somme.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la surmortalité par rapport au niveau national est de 30,7 % (105 décès, dont 77,7 % d'hommes) par suicide en moyenne annuelle sur la période 2005-2009).
Cette surmortalité est retrouvée dans trois territoires de santé : +26,9 % pour le TS Aisne Nord - Haute-Somme, +45,5 % pour le TS Somme et +56,7 % pour le TS Oise Ouest.

Si, en termes de part parmi l'ensemble des décès, le suicide est important chez les jeunes, il croît en termes de taux avec l'âge. Il augmente tout particulièrement chez les hommes à partir de 75 ans. Ainsi, parmi les 85 ans et plus, il est onze fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La quarantaine se révèle également une période de fragilité en regard du suicide. Un pic, certes de moindre importance que pour les personnes d'âge plus élevé, est également observé parmi la population masculine de 40-54 ans.

Ce pic est d'ailleurs retrouvé chez les hommes, mais aussi chez les femmes à travers les hospitalisations pour une tentative de suicide. Avec cette source de données, ce sont les jeunes de 15-20 ans les plus concernés. Toutefois, en Picardie comme ailleurs en France, si le suicide est plutôt masculin, les tentatives sont majoritairement féminines.

Hormis les informations sur la mortalité par suicide et les tentatives de suicide, il convient de souligner le manque global de données épidémiologiques sur la santé mentale en Picardie. Un des axes du PRS devra être de mettre un terme à cette situation.

1-2 Analyse quantitative de l'offre

Nombre de lits, activité

Psychiatrie générale au 01/01/2010 (source COTER, retraitement des données SAE 2010).

Psychiatrie générale		AISNE	OISE	SOMME	PICARDIE	France Métropo-litaine
	Population 2007	537 822	796 619	565 904	1900345	
	Population de plus de 16 ans	417 997	610 565	447 039	1475602	
Nbre de secteurs		7	10	8	25	
Hospitalisation complète	nbre lits installés	571	866	364	1801	54 125
	taux d'équipement pour 1000 hb	1,37	1,42	0,81	1,22	1,1
	nbre de journées	184 325	272 453	133 400	590178	
Hospitalisation de jour	nbre de places installées	97	191	67	355	18 386
Hospitalisation de nuit	nbre de places installées	8	33	4	45	
Hospitalisation à domicile	nbre de places installées	146	117	84	347	
Centre médico-psychologique	nbre de CMP	9	17	12	38	
	nbre de consultations	124 146	231 555	127 898	483599	
	File active	12 245	19 524	13 904	45673	
Equipe mobile		1		2	3	

Démographie des professionnels de santé

<u>Psychiatrie : Effectifs, densité et part des 55 ans et plus en activité régulière (CNOM 2011)</u>

	effectif	Densité pour 100 000 habitants	Age>55 ans (libéral et mixte)
Aisne	**60**	**10.8**	**15%**
Oise	**104**	**12.7**	**18%**
Somme	**78**	**13.4**	**12%**
Picardie	**242**	**12.4**	**15%**
France	**11974**	**18.8**	**27%**

<u>Mode d'exercice des psychiatres par département (CNOM 2011) :</u>

	Mode d'exercice		
Département	Libérale	mixte	Salarié
Aisne	16,1%	8,1%	75,8%
Oise	15,9%	7,5%	76,6%
Somme	9,0%	7,7%	83,3%

1-3 Analyse qualitative de l'offre

Cette analyse se base notamment sur des éléments fournis et analysés par le comité technique régional (COTER) de psychiatrie.

L'analyse des données montre que le taux d'équipement en hospitalisation complète est supérieur à la moyenne nationale (1,1 lits pour 1 000 habitants âgés de plus de 16 ans),

excepté pour la Somme dont le taux est de 0,81. L'organisation des structures hospitalières intervenant en santé mentale en Picardie, comme le démontre aisément l'architecture, s'inscrivent dans un contexte historique « asilaire ». La Picardie a longtemps accueilli des patients venus d'Ile-de-France. Le CHI de Clermont de l'Oise a été longtemps le plus grand centre hospitalier psychiatrique d'Europe.

Il existe un maillage territorial satisfaisant pour les Centres médico-psychologiques dans l'Oise. En revanche, ce constat n'est pas partagé pour la Somme et pour l'Aisne, départements dans lesquels il existe des zones moins bien couvertes, notamment en milieu rural.

En Picardie, la densité des psychiatres est plus faible que dans le reste de la France métropolitaine, et plus particulièrement en milieu rural. La conséquence en est la diminution du temps de présence médical dans les unités de soins et la fragilité du fonctionnement des CMP. Dans notre région, les psychiatres sont plus jeunes que dans le reste de la France métropolitaine. Notons également le faible nombre de psychiatres libéraux et l'impact de la faible densité en médecine générale sur le repérage et le diagnostic de la maladie mentale.

D'une manière générale, un cloisonnement entre les différents acteurs de la prise en charge des patients altère le fonctionnement même des différentes modalités d'offre de soins en santé mentale et nuit à la qualité de prise en charge des patients et à l'accompagnement de leurs aidants. L'analyse de l'offre en santé mentale doit être globale et concerner le champ sanitaire, les champs médico-social et social, sans oublier le rôle des aidants.

Plusieurs facteurs limitent la qualité de la prise en charge en milieu hospitalier :
Malgré la diversité des modes de prises en charge, il subsiste une population importante de patients maintenus en milieu hospitalier alors que leur état psychique ne le justifie pas, situation évoquée sous le terme d'hospitalisation « inadéquate ». La dernière enquête réalisée sur la région en 2007, relevait que les hospitalisations dites « inadéquates » concernaient en Picardie environ un tiers des lits d'hospitalisation complète. Cette situation peut expliquer pour partie les tensions sur l'occupation des lits en hospitalisation complète et la « sur occupation » souvent constatée dans les établissements.
Par ailleurs, la rupture que peut représenter l'hospitalisation complète avec la vie sociale, familiale et l'emploi vient parfois amoindrir l'effet attendu de l'hospitalisation, encore trop vécue comme vecteur de stigmatisation et d'exclusion.

L'élaboration avec le patient et son entourage d'un projet de vie, incluant un projet de soins, est indispensable afin d'assurer la fluidité dans le parcours de soins, la qualité de la prise en charge et le maintien dans le milieu de vie ordinaire.

Les personnes vieillissantes dans les institutions de santé mentale nécessitent des formes de prises en charges spécifiques, avec notamment une prise en charge somatique complexe, les structures ne disposant pas toujours de moyens adaptés à cette problématique.

Les Centres médico-psychologique (CMP) ont des difficultés à entreprendre de nouvelles prises en charge et ont des délais d'attente importants
Les professionnels de santé constatent une augmentation régulière et multifactorielle des demandes de prise en charge, dont les réponses doivent être le plus souvent pluri-professionnelles (infirmières, psychologues, assistantes sociales et médicales). Couplée avec la faible démographie médicale traduite par les postes vacants en établissement et la rareté de l'offre de spécialistes libéraux, cette augmentation de la demande contribue à allonger les délais de prise en charge.

La coopération entre la psychiatrie et la médecine de ville est insuffisante :

Le médecin généraliste n'est que trop peu intégré dans le projet de vie du patient et il n'y a pas toujours de courrier de sortie ou de compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin généraliste.

La coordination de l'urgence n'est pas optimale sur l'ensemble du territoire
On observe des disparités régionales sur l'organisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, tant au niveau des établissements de santé mentale que dans les établissements autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence ou au niveau des centres médico-psychologiques. Les patients et leurs aidants font parfois face à des difficultés dans le repérage et l'accès aux soins dans le contexte de l'urgence.

La prise en charge psychiatrique pour les patients relevant du secteur médico-social doit être mieux organisée :

Globalement, on observe :

- des besoins non couverts en places dédiées aux personnes handicapées psychiques, que ce soit en établissements ou services,
- une nécessité d'adapter les modes d'accompagnement lorsque ces personnes sont accueillies en EHPAD.

Il existe également un manque de personnels formés à la prise en charge des pathologies psychiatriques au sein de ces structures,
Les CMP ne répondent pas de manière optimale aux demandes de prise en charge des établissements sociaux et médico-sociaux. On peut observer en conséquence des situations de prise en charge sans coordination, parfois redondantes ou des ruptures dans les prises en charge,

Ces différentes problématiques retrouvées au sein des EHPAD ont pour conséquences de freiner les sorties d'hospitalisation et de compromettre le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie ordinaire, en alternative à l'hospitalisation complète,
Ces différentes problématiques jouent également un rôle dans les situations de « sur occupation » et d'inadéquation souvent déplorées par les acteurs hospitaliers.

En dépit du rôle essentiel des aidants dans la prise en charge des patients, les familles rencontrent des difficultés dans l'accès à l'information. La formation des aidants et des associations d'usagers notamment en matière de soins sans consentement n'apparaît pas suffisamment développée. Notons également qu'il existe comme pour les soins somatiques un problème de prise en charge financière des transports.

Les différentes structures de prise en charge médicales, médico-sociales et sociales et les acteurs de la prévention ne sont pas toujours identifiés et leurs rôles respectifs ne sont pas toujours connus des médecins traitants, des patients et de leurs aidants. L'information sur les possibilités d'accueil des différentes structures n'est pas assez développée, notamment à destination des professionnels.

2 OBJECTIFS

2-1 Améliorer l'accès aux soins

1. Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médicosocial.

Cet objectif repose sur un rééquilibrage du niveau et de la diversité de l'offre de soins et d'accompagnement sur chaque territoire. Il faut ainsi allouer les ressources en fonction des besoins de la population. Pour cela, il convient de définir des objectifs de réduction des différences de prises en charge entre les territoires de santé de la région, en privilégiant les prises en charge de proximité, sauf dans le cas où un recours à une compétence spécifique est nécessaire. Il faut également améliorer la prise en charge du handicap psychique.

2. Affirmer une graduation des soins.

Le secteur[20] constitue l'échelon de proximité au sein duquel peuvent être mobilisés l'ensemble des acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux associés aux différents moments de la prise en charge du patient. Au sein de cet espace, le secteur psychiatrique définit donc une responsabilité institutionnelle et clinique claire qui associe soins et prévention, articulée avec l'ensemble des intervenants.

Il assure notamment les missions suivantes :

- Le repérage et le diagnostic précoce,
- les soins ambulatoires stricto-sensu,
- Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, appartements thérapeutiques, hôpitaux de jour…)
- la réhabilitation psycho-sociale,
- La coordination avec les autres acteurs potentiels : médecins généralistes, acteurs du champ social et médico-social,
- L'accueil et l'information des patients, de leur entourage et des autres professionnels.

Le CMP, pivot du secteur, est le lieu de convergence et le point de départ des projets de prises en charge extrahospitalières des patients. Il assure un rôle régulateur, en articulation avec les autres structures extra et intra-hospitalières.

Il assure les fonctions suivantes :

- fonctions d'accueil et d'urgence et le recours aux soins ambulatoires,
- premier interlocuteur dans la prévention et le diagnostic en santé mentale,
- un travail en réseau avec les médecins généralistes et spécialistes, les acteurs médico-sociaux, la justice, les familles et les associations d'usagers,

Il doit permettre la formation et l'information en éducation thérapeutique aux patients, aux familles et aux aidants.

Le territoire de santé et l'échelon départemental sont les territoires de coordination entre professionnels libéraux, établissements de santé et établissements et services médico-sociaux et sociaux.

L'accueil des urgences hospitalières psychiatriques, les prises en charge en hospitalisation complète, l'accueil des populations ou des pathologies spécifiques, sont organisés à l'échelon territorial et/ou départemental sur un ou plusieurs établissements de santé. Le territoire de santé agit en cohérence avec l'organisation départementale intervenant dans les politiques sociales, d'éducation, en matière de PMI et sur les questions d'ordre public…

L'échelon régional assure notamment la mise en œuvre de certaines ressources spécialisées de soins et d'accompagnement, comme le Service médico-psychologique régional (SMPR), les structures de recherche en santé mentale en partenariat avec les services universitaires du CHU et les structures de formation.

---

[20] Plan santé mental 2011-2015

L'échelon interrégional
Il est l'échelon en charge de soins très spécifiques comme les unités pour malades difficiles (UMD), les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

3. Améliorer l'organisation de la réponse aux situations d'urgence

Cet objectif consiste notamment à consolider la participation à l'accueil des malades dans tous les services et structures intervenant dans la prise en charge de l'urgence psychiatrique et la mise en place des protocoles d'intervention adaptés.

Il peut également inclure :

- La garantie d'une présence d'une garde sur place ou l'organisation d'un système d'astreinte formalisé, afin d'orienter au mieux les patients relevant de la psychiatrie,
- Le développement des prises en charge psychiatriques de courte durée (lits dédiés à la psychiatrie dans les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée),
- Le développement des « lits portes » réservés à la psychiatrie dans les établissements autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence,
- Le renforcement des missions des unités d'accueil et d'orientation (urgences psychiatriques),
- Le déplacement de professionnels de santé mentale sur la structure d'hébergement du patient.

L'identification des pistes d'évolution les plus pertinentes à développer sera effectuée après une enquête régionale sur la prise en charge de l'urgence psychiatrique. Le dispositif de réponse à l'urgence sera par ailleurs régulièrement évalué.

Enfin, d'une manière générale, l'amélioration de l'accès aux soins repose également sur les objectifs généraux suivants :

- Améliorer les délais à toutes les étapes de la prise en charge de la population,
- Améliorer l'accueil et le traitement des situations d'urgence et de crise,
- Favoriser le maintien au logement, à la vie sociale et à l'emploi : Il convient ainsi notamment de faciliter l'orientation des patients vers les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

2-2 Améliorer la qualité des soins

1. Lutter contre les hospitalisations dites « inadéquates »

La qualité de la prise en charge doit consister également en une bonne adéquation entre état du patient, type de prise en charge et nature du soin dispensé. En particulier, les établissements devront afficher un objectif de diminution des hospitalisations complètes non justifiées par l'état du patient (notion d'inadéquation). Cet objectif sera intégré aux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à négocier dans les 6 mois après la publication du PRS.

2. Structurer les coopérations sur chaque territoire, entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations d'usagers.

L'objectif attendu est de :

- Articuler les offres sanitaires, médico-sociales et sociales grâce notamment aux conventions prévues par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Ce dispositif permet des coopérations structurées sous la forme de réseaux,

d'associations de personnes morales, de contrats locaux de santé, de groupements de coopération sanitaire, de groupements de coopération sociale et médico-sociale. Intégrer le partenariat dans les projets d'établissements et les CPOM,

- Organiser des échanges sur les projets institutionnels, les dispositifs de coopération, conventions,
- Assurer une bonne transmission des courriers de sortie, des comptes-rendus d'hospitalisation auprès des médecins traitant,
- Promouvoir les liens entre bailleurs, employeurs et structures de prise en charge des troubles psychiques,
- Assurer un accès aux soins somatiques pour tout patient admis dans une structure intervenant en santé mentale,
- Améliorer la prise en charge du handicap psychique.

3. Améliorer les conditions d'hospitalisation complète

Lorsque la prise en charge hospitalière est indiquée, celle-ci doit être globale, en assurant notamment des programmes de « réhabilitation psycho sociale ».
La qualité de la prise en charge hospitalière doit être également améliorée grâce au développement de programmes d'actions sur la bientraitance.
L'amélioration des conditions d'accueil et d'hospitalisation passe par la poursuite de la rénovation des unités d'hospitalisation à temps plein, notamment par la suppression des chambres à trois ou quatre lits et l'installation de sanitaires individuels.

Dans un but d'optimisation de la qualité des soins, il convient de réaffirmer la place des aidants dans la prise en charge du patient.

2-3 Amélioration de l'efficience du système de santé

L'amélioration de l'efficience de l'organisation de la santé mentale repose notamment sur le développement et l'organisation de coopérations entre la santé mentale et les médecins généralistes pour organiser et fluidifier les parcours.

La coordination des politiques publiques doit également être hiérarchisée entre les différents niveaux : secteur, inter secteur, territoire de santé, département, région.
Il convient de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation répondant aux aspirations et aux besoins de la population, essentiellement par redéploiement de moyens à partir de l'hospitalisation complète.

Ainsi, peuvent être développés par redéploiement, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les accueils familiaux thérapeutiques, les appartements thérapeutiques, les centres de crises, les centres de postcure, les interventions à domicile, en assurant une répartition équitable de l'offre sur la région.
Ces alternatives à l'hospitalisation à temps plein doivent s'appuyer sur des services d'accompagnements médico-sociaux et de prise en charge du handicap psychique, en fonction des besoins de la personne.
Les alternatives à l'hospitalisation complète doivent être développées dans des zones qui en sont encore trop peu pourvues, à partir notamment des zones perçues comme suréquipées en structure d'hospitalisation complète.

Le secteur doit évoluer afin d'assurer une continuité des soins sur l'ensemble du territoire : des réponses sectorielles, intersectorielle ou supra sectorielles doivent être développées pour faire face aux besoins spécifiques des populations.

L'organisation de l'offre de soins en santé mentale devra intégrer le contexte démographique en professionnels de santé dans notre région.

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Coordination des Politiques publiques et des acteurs de terrain

Encourager la création des conseils locaux de santé mentale
Les pôles et équipes de secteur devront participer activement aux conseils locaux en santé mentale et apporter leur expertise aux contrats locaux de santé. Ce support permettra notamment d'articuler les dispositifs de maintien dans la cité (logement, emploi…) des personnes atteintes de troubles psychiques et de promouvoir l'implication des acteurs sociaux (bailleurs, employeurs…) et de l'ensemble des professionnels de santé dans la concertation sur l'organisation des réponses en santé mentale. Un objectif, à l'échéance de ce projet régional, est qu'il existe de manière opérationnelle au moins un conseil local de santé mentale effectif sur la région, à titre expérimental.
A cette occasion, la question du logement et de l'hébergement de la personne souffrant de troubles psychiques, adaptés à son état devra être évoquée : Famille d'accueil à court terme, appartements associatifs, foyers conventionnés…

Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des acteurs : professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations.
Il s'agira :

- D'associer à chaque CMP les établissements sociaux ou médico–sociaux intervenant dans la prise en charge des soins psychiatriques, et plus spécifiquement les EHPAD, afin de mettre en place des référents spécifiques, interlocuteurs privilégiés des établissements sociaux et médico-sociaux,
- D'établir des conventions figurant dans les CPOM entre établissements de santé mentale, publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et notamment les EHPAD, et associations.

Diversification et graduation des modes de prise en charge dans la continuité

Améliorer l'accessibilité et le recours aux soins de proximité

- Adapter les modalités d'organisation des CMP aux besoins des patients (plages horaires d'accueil, consultations non programmées, diversification des permanences d'accueil…).
- Favoriser par redéploiement la création d'équipes mobiles rattachées aux secteurs, intervenant au sein des structures médico-sociales, sociales et les structures d'hébergements diversifiées servant d'alternatives à l'hospitalisation complète.

Un objectif, à l'échéance de ce projet régional, est qu'il existe de manière opérationnelle, au moins une équipe mobile de prise en charge intervenant sur les alternatives à l'hospitalisation complète, dans les structures médico-sociales, et les structures d'hébergements diversifiées, dans la région, à titre expérimental.

- Evaluer régulièrement les prises en charge effectuées en hospitalisation de jour et en hospitalisation à domicile, afin de s'assurer du bon usage de ces structures.

Améliorer les conditions d'hospitalisation complète :

- Tous les établissements devront s'engager dans des dispositifs protocolisés favorisant la bientraitance et établir un plan d'actions pluriannuel d'amélioration des conditions de travail.
- Formaliser un projet de vie intégrant un projet de soins pour tout patient hospitalisé.
- Diminuer le nombre d'hospitalisations dites « inadéquates ». Cette action consiste notamment au développement des alternatives à l'hospitalisation complète, au développement des structures médico-sociales et des équipes mobiles, à la diversification des modalités d'hébergement de la personne souffrant de troubles psychiques, à la création de Conseils locaux de santé mentale, à la formalisation de projet de vie pour tout patient hospitalisé.

Amélioration de la coordination des soins :

- Favoriser l'implication du médecin traitant dans la prise en charge en santé mentale.

Améliorer la prise en charge somatique :

- Développer les partenariats, formalisées par conventions, avec les établissements MCO et les professionnels de santé intervenant en médecine somatique ambulatoire.
- Lutter contre la dénutrition, notamment des personnes âgées.

Prise en charge des populations spécifiques :

- Améliorer la prise en charge des personnes âgées :
    - Développer les alternatives à l'hospitalisation complète et favoriser autant que faire se peut le maintien à domicile.
    - Mettre en place des cellules d'évaluation ou de consultation mémoire au sein des établissements de santé.
    - Augmenter la formation à la prise en charge du sujet âgé présentant des troubles psychiques.
    - Garantir une prise en charge somatique adaptée à la personne âgée en favorisant les coopérations entre les différents intervenants et le conventionnement.
- Améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité :
    - Instaurer dans chaque département une équipe mobile pluridisciplinaire intersectorielle spécialisée en santé mentale / précarité travaillant en articulation avec les dispositifs sociaux de lutte contre les exclusions et la précarité. Des équipes mobiles existent dans la Somme et dans l'Aisne. Il reste à en créer une dans l'Oise.
    - Se référer au PRAPS.
- Pour la prise en charge des personnes détenues, se référer au volet santé des personnes détenues.

Démographie des professionnels de santé

- Se référer au volet ambulatoire du SROS.
- Développer notamment la délégation de tâches.
- Se référer au document de politique transversale télésanté et au programme régional de télémédecine, notamment pour la « télé psychiatrie », qui pourrait être initiée en Picardie à titre expérimental.

Formation des professionnels de santé

- Encourager les projets de recherche en santé mentale notamment sous l'égide des équipes du CHU.

- Développer les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles en santé mentale.
- Renforcer en matière de santé mentale la formation des personnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux en encourageant les programmes de formation pluri professionnels.
- Renforcer la formation en santé mentale des médecins généralistes :
    - Inscrire comme thème prioritaire la santé mentale dans les formations continues et l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment sur la prescription de psychotrope.
    - Mettre en place des formations en collaboration avec les acteurs de la psychiatrie en Picardie.
- Renforcer la place de la santé mentale dans l'enseignement des internes en médecine générale.

Prévention/ Promotion de la santé

- Développer les actions de prévention et de dépistage du mal-être et du suicide notamment des jeunes et des personnes-âgées.
- Se référer plus spécifiquement au Schéma régional prévention pour les actions de prévention et de promotion en santé mentale.

Accompagnement des aidants et des usagers, respect des droits des usagers

- Garantir le respect des droits des patients dans le parcours de soins :
    - Améliorer l'information du patient sur son état de santé et sur ses droits, notamment dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
    - Encourager la participation des usagers aux différentes instances de concertation et de représentation en santé mentale (Etablissement de santé, Conseils locaux de santé mental…).
    - Lutter contre la stigmatisation de la personne souffrant de troubles psychiques. La participation des usagers aux différentes instances de concertation, les conseils locaux de santé mentale, les volets « santé mentale » des ateliers santé ville devront porter des projets d'insertion de la personne souffrant de troubles psychiques dans la vie de la Cité. Des actions d'information du grand public sur le trouble psychique pourront être mises en place.

- Associer les aidants dans l'élaboration du projet de vie des patients.
- Diffuser l'information sur les lieux d'hospitalisation et les modalités de recours aux soins et d'accompagnement social :
    - Elaborer sur chaque pôle et secteur un annuaire répertoriant l'ensemble de structures concourant la prise en charge du patient.
- Développer des programmes de formation et d'éducation thérapeutique à destination des aidants et des patients.

Respect des normes et référentiels

- Favoriser la mise en conformité aux normes de sécurité pour l'hospitalisation.

Partage d'informations

- Améliorer l'information de la population sur la santé mentale, les soins, les traitements et les dispositifs psychiatriques.
- Développer l'information entre acteurs, le partage des expériences et des projets à travers une commission régionale en santé mentale et des commissions territoriales de santé mentale pour la psychiatrie.
- Développer les Groupes d'entraide mutuelle.

Développer l'utilisation du DMP.

Observation sanitaire et sociale

- Développer en Picardie l'épidémiologie en santé mentale.
- Faire un bilan annuel sur les hospitalisations dites « inadéquates » au sein des établissements hospitaliers sur la base d'un outil de recueil d'informations systématique.
- Favoriser le recueil de données sur l'offre disponible en structures médico-sociales et rendre accessible ces données aux différents acteurs.
- Instaurer un bilan annuel systématique, par pôle, formalisé par l'Agence Régionale de Santé, comportant notamment des informations sur l'activité hospitalière et ambulatoire, les durées de séjours, les ressources humaines dédiées.
- D'une manière générale, favoriser le recueil systématique d'information en santé mentale.

Remarque :
Une partie importante de ces actions sont peu ou pas développées dans notre région. Un objectif, à l'échéance de ce schéma régional, est qu'il existe de manière opérationnelle :

- Au moins 1 conseil local de santé mentale effectif sur la région, à titre expérimental.
- Au moins 1 équipe mobile de prise en charge intervenant sur les alternatives à l'hospitalisation complète, dans les structures médico-sociales, et les structures d'hébergements diversifiées, dans la région, à titre expérimental.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Accès aux soins :
Délais d'accès à un premiers rendez-vous au sein des CMP/ d'accès à des soins hospitaliers.
Nombre et type de structure d'hébergement proposé par pôle.
Nombre de territoires de santé disposant d'un circuit de réponse sanitaire à l'urgence et aux situations de crise.
Nombre de places dédiées au handicap psychique dans les structures médico-sociales.
Nombre d'équipes mobiles créées en psychiatrie générale en soutien aux dispositifs alternatifs à l'hospitalisation complète.

Qualité des soins :
Taux de formalisation des projets de vie au sein des établissements au cours d'une hospitalisation complète.
Taux d'hospitalisation complète dit « inadéquat » dans les établissements de santé.
Pour l'ensemble des établissements, pourcentage de patients hospitalisés en psychiatrie depuis plus d'un an.

Coopération :
Taux d'établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établis des conventions avec des ESMS.

Taux d'établissement de santé exerçant une activité de psychiatrie ayant établis des conventions pour l'accès à un plateau technique.
Nombre de patients souffrant d'une pathologie mentale ayant déclaré un médecin traitant.
Taux d'équipement des établissements ayant une activité de psychiatrie en visioconférence.
Nombre de Conseils Locaux de Santé Mental créés, nombre de réunions, de participants aux réunions.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Psychiatrie adulte
Source Arhgos 2012

Territoires de santé	Hospitalisation Complète		Hospitalisation partielle de jour		Hospitalisation partielle de nuit		Hospitalisation à domicile	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord Haute Somme	**5**	**5**	**4**	**4**	**2**	**2**	**/**	**/**
Aisne Sud	**7**	**7**	**3**	**3**	**1**	**1**	**1**	**1**
Oise-Est	**2**	**2**	**3**	**3**	**1**	**1**	**/**	**/**
Oise-Ouest	**2**	**2**	**4**	**4**	**2**	**2**	**1**	**1**
Somme	**5**	**5**	**7**	**7**	**2**	**2**	**1**	**1**

Territoires de santé	Placement Familial Thérapeutique		Appartement thérapeutique		Centre de Postcure	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord / Haute Somme	**2**	**2**	**1**	**1**	**/**	**1(+1)**
Aisne Sud	**1**	**1**	**/**	**1(+1)**	**/**	**1(+1)**
Oise-Est	**/**	**1(+1)**	**/**	**1(+1)**	**2**	**2**
Oise-Ouest	**1**	**1**	**/**	**1(+1)**	**/**	**1(+1)**
Somme	**1**	**1**	**2**	**2**	**1**	**1**

L'objectif est de mettre en place des structures d'alternative à l'hospitalisation dans les territoires qui en sont actuellement dépourvus, à échéance 2017.

2 PEDOPSYCHIATRIE

1 DIAGNOSTIC

1-1 Eléments épidémiologiques :

Au-delà des pathologies rencontrées classiquement en pédopsychiatrie, certaines pathologies nécessitent une attention particulière de part leur fréquence, leur gravité ou les enjeux qu'ils représentent, comme par exemple :

Les troubles envahissant du développement (TED):
On observe une augmentation des personnes vivants avec des Troubles envahissant du développement : « En 2009, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED, dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans ; dans cette même population, la prévalence des TED avec retard mental est estimée entre 2 et 3 pour 1 000 personnes. En 2009, la prévalence estimée pour l'autisme infantile est de 2 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans. »[21]

Les problématiques liées aux suicides, aux tentatives de suicide et au mal être chez les jeunes en Picardie sont une des priorités majeures identifiées.

Les pathologies du lien :
Les débordements comportementaux diagnostiqués et répertoriés de plus en plus précocement, les demandes d'aide des familles où les secteurs du domaine médical, du social, du juridique et du psychologique sont de plus en plus intriqués, sont souvent la manifestation de troubles de l'attachement et de troubles de la pathologie du lien.

Les pathologies de l'agir et les troubles du comportement
Les comportements difficiles de certains adolescents : insultes, provocations verbales ou physiques, déni de l'autre, absentéisme scolaire, bagarres individuelles ou en bande, vols, destructions, refus de travailler, agressions physiques, fugues, révèlent des « pathologies de l'agir » et masquent la souffrance psychique sous-jacente.

La phobie scolaire
Elle est à différencier de l'angoisse de séparation du petit enfant à l'école maternelle, ou encore de l'absentéisme et du refus scolaire de l'adolescent où la réaction d'anxiété n'est pas présente. C'est une vraie phobie liée à la scolarité. C'est un phénomène qui « explose » en termes statistiques : selon les études, 1 à 5 % des enfants scolarisés dans les pays occidentaux souffrent de phobie scolaire.

Périnatalité
Une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance est nécessaire. La naissance est en effet une période de vulnérabilité qui peut perturber l'instauration d'un bon lien attendu entre parents et enfants et être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant et jusqu'à l'adolescence.

[21] HAS, Etat des connaissances autismes et troubles envahissants du développement, Janvier 2010

1-2 Analyse quantitative de l'offre

Nombre de lits, activité

Psychiatrie infanto-juvénile au 1/01/2010 (source COTER, retraitement des données SAE 2010)

psychiatrie infanto juvénile		Picardie	Aisne	Oise	Somme	France métropolitaine
	Population 2007	1 900 345	537 822	796 619	565 904	
	Nbre d'enfants de 0 à16 ans inclus	424 743	119 825	186 054	118 865	
Nbre de secteur infanto juvénile		10	3	3	4	
Hospitalisation complète	Nbre de lits installés	88	34	42	12	2 112
	Taux d'équipement pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	0,21	0,28	0,24	0,11	0,16
	Nbre de journées	16 916	5 622	9 115	2 179	
Hospitalisation de jour	Nbre de places installées	397	112	215	70	
Hospitalisation de nuit	Nbre de places installées	12	1	11	0	
Centre médico psychologique	Nbre de CMP	23	9	10	4	
	Nbre de consultations	109 631	45 398	34 210	30 023	
	File active	11 630	3 650	4 304	3 676	
équipe mobile		1	0	1	0	

Pour le bilan des structures médico-sociales qui contribuent également à la prise en charge en santé mentale infanto-juvenile, se reporter au Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale.

Cartographiques

Démographie des professionnels de santé

<u>Pédopsychiatre : Effectifs, densité et part des 55 ans et plus en activité régulière</u> : **CNOM 2011**

	effectif	Densité pour 100 000 habitants	Age>55 ans (libéral et mixte)
Aisne	**5**	**0.9**	**20**
Oise	**12**	**1.5**	**25**
Somme	**1**	**0.2**	**0**
Picardie	**18**	**0.9**	**22**
France	**866**	**1.4**	**37**

1-3 Analyse qualitative de l'offre

Cette analyse se base notamment sur des éléments fournis et analysés par le comité technique régional (COTER) de psychiatrie.

L'analyse des données montre que :
Le taux d'équipement hospitalier est supérieur à la moyenne nationale, avec toutefois une très nette disparité entre les départements : pour la Somme, le projet de création de lits d'hospitalisation pour enfants, souhaité dans le SROS III, n'est toujours pas effectif.
Les zones rurales sont nettement moins équipées que les zones urbaines, en particuliers dans la Somme.
Dans l'Aisne, l'offre de soins en hospitalisation complète est située majoritairement en intra sur le site de Prémontré. Elle ne répond plus totalement à l'attente des populations à prendre en charge, compte tenu de l'éloignement géographique.

Dans l'Oise, le recours hospitalier temps plein pédopsychiatrique est départemental au CHI de Clermont. Un des inter-secteurs (Oise-Sud) est géré par l'Association de Santé Mentale La Nouvelle Forge, qui ne possède pas de lits d'hospitalisation complète (seulement des places d'hospitalisation de jour et de nuit) et souhaite une collaboration plus poussée avec le CHI de Clermont.
Selon les membres du Comité technique régional, le maillage des CMP apparaît comme étant suffisant.
La région Picardie dispose de 8 CAMPS, 10 CMPP et 14 antennes.

La démographie en pédopsychiatre est plus faible en Picardie que dans le reste de la France métropolitaine, et ce pour tous les départements entrainant notamment au sein du territoire et plus particulièrement en milieu rural de graves problèmes de prise en charge. Les pédopsychiatres sont plus jeunes que dans le reste de la France métropolitaine. Notons qu'en terme démographique, l'apport du libéral reste marginal dans la région.

Concernant les structures sanitaires, certaines difficultés sont rencontrées spécifiquement en milieu hospitalier :
Malgré la multiplicité et la diversité des prises en charge subsiste une population de jeunes patients dont l'hospitalisation complète pourrait être évitée.

Pour l'offre de proximité, reposant sur les centres médico-psychologique et les Centres médico-psycho-pédagogiques. On observe une augmentation considérable des demandes de consultations dans les CMP/CMPP.
Les délais d'attente sont ainsi importants et il existe des difficultés à entreprendre de nouvelles prises en charge. Notons également l'existence de difficultés de prise en charge liés à des raisons économiques, du fait notamment, du refus de prise en charge des transports.

La psychiatrie et la médecine de ville rencontrent des problèmes de coopération :
Le médecin généraliste n'est que trop peu intégré dans le suivi de l'enfant, peu de courrier de sortie ou de compte rendu d'hospitalisation adressés au médecin généraliste.

Plus spécifiquement pour la prise en charge des 16-25 ans, sont problématiques :

- l'absence de structures permettant une prise en charge spécifique des jeunes de 16 à 25 ans
- l'absence de prise en charge pluridisciplinaire, à la fois thérapeutique, éducative et pédagogique, conditionnée par l'élaboration d'un projet de vie individualisé
- l'absence de projet soins-étude pour les jeunes de 16 à 25 ans

Le devenir des jeunes sortant d'IMPRO ou d'ITEP ou de SEGPA est souvent problématique. La maturité du jeune est insuffisante pour quitter les structures de l'enfance handicapée et intégrer un ESAT.

Parfois, les différentes structures de prise en charge et de prévention médicales, médico-sociale et sociale, ne sont pas toujours identifiées et leurs rôles respectifs ne sont pas toujours connus des utilisateurs, de leurs familles ni des acteurs de la prise en charge eux-mêmes.
Par ailleurs, les familles doivent être accompagnées pour acquérir les compétences nécessaires pour faire face à la maladie de leur enfant.
Le défaut d'information de la population sur les troubles psychiques contribue à la stigmatisation des enfants souffrant de troubles psychiques, et au défaut de soins.

2 OBJECTIFS

2-1 Améliorer l'accès aux soins

1. Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médicosocial.

La répartition territoriale doit permettre d'organiser une offre de proximité spécifique pour la prise en charge de la petite enfance, d'organiser une offre de proximité spécifique pour la prise en charge des adolescents et des 16-25 ans, d'organiser l'hospitalisation complète et un accompagnement adapté.
Cet objectif repose sur un rééquilibrage de l'offre de soins et d'accompagnement sur chaque territoire, et sur l'allocation des ressources en fonction des besoins de la population. Pour cela, il convient de définir des objectifs de réduction des différences de prises en charge entre les territoires de santé de la région, en privilégiant les prises en charge de proximité, sauf dans le cas où un recours à une compétence spécifique est nécessaire. Il faut également garantir une prise en charge optimale du handicap psychique. Le maintien du lien avec le système éducatif et l'insertion professionnelle du jeune adulte sont primordiaux.

2. Affirmer une graduation des soins :
Une graduation des soins cohérente est un préalable indispensable à une organisation cohérente et adaptée aux besoins de l'offre de prise en charge :
Le premier niveau de proximité, centré autour du CMP et CMPP, sont les lieux du dépistage, de la prévention et des soins
Le Centre d'action médico-social précoce (CAMSP), joue un rôle important dans la politique de santé mentale ; néanmoins la démographie médicale ne permet généralement pas aux CAMSP d'offrir une vraie consultation pédopsychiatrique étoffée

Le niveau de recours correspondant au département ou territoire de santé assure avec un ou plusieurs établissements de santé:

- L'accueil des urgences hospitalières ;
- L'hospitalisation complète ;
- Les unités d'hospitalisation intersectorielles visant des populations ou des pathologies spécifiques.

Le niveau de référence à vocation régionale, en appui aux équipes de proximité, assure ou coordonne outre l'hospitalisation de recours:

- Des consultations spécialisées qui ne se trouvent pas aux autres niveaux notamment dans les centres ressources et experts ;
- Les centres experts ;
- Les activités de recherche

3. Améliorer l'accueil et le traitement des situations d'urgence et de crise :
Le dispositif d'urgences pédopsychiatriques doit comporter :

- Un accueil téléphonique 24 h/24 pour conseiller et orienter (en pratique, le répondeur du CMP et du CMPP doit indiquer le numéro d'un correspondant pendant les heures de fermetures).
- Des locaux réservés aux enfants pour recevoir les consultations en urgence
- Des possibilités de consultation rapides en CMP (délai protocolisé entre la structure de recours et le CMP)
- Une information claire à destination des professionnels et usagers pour expliquer les démarches à suivre en cas d'urgence.

4. Améliorer l'accès aux soins, notamment pour certaines populations spécifiques :

- Pour les adolescents et jeunes adultes (16-25 ans), il convient de structurer une prise en charge spécifique. Cela passe notamment par la mise en œuvre d'une réflexion régionale, actuellement inexistante sur les modalités d'hospitalisation. Il convient de favoriser l'insertion professionnelle de l'adolescent jeune adulte, en travaillant notamment les partenariats avec les dispositifs de formation spécialisés, les dispositifs d'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé (ESAT).

- Pour les personnes souffrant de troubles autistiques et de troubles envahissants du développement, il convient de rappeler l'importance d'un dépistage précoce des TED.

Si le Centre Ressource Autisme (CRA) est au cœur des politiques régionales en matière d'autisme, les CMP, CMPP et CAMSP interviennent également dans l'élaboration du diagnostic, la réalisation des bilans, et le dépistage.

La circulaire du 27 juillet 2010 fournit le cadre général dans lequel la structuration du dépistage et du diagnostic doit être organisé dans la région. Le Schéma régional d'organisation médico-sociale rappelle le lien entre cette circulaire et les modalités organisationnelles à définir. Il conviendra ainsi de faire le bilan par territoire des structures intervenant dans le dépistage et le diagnostic de l'autisme (CRA, équipes hospitalières, CMP, structures médico-sociales), et de mettre en réseau l'ensemble de ces structures.

- Pour les pathologies de l'agir et les troubles du comportement, il faut renforcer le travail en réseau sanitaire/Médico-social/ASE/PJJ/éducation nationale/Tribunal pour enfant
- La prise en charge des suicidants requiert pour chaque secteur, au minimum :
  - Un accord formalisé entre le service de pédiatrie et le secteur de pédopsychiatrie, déterminant le temps minimal d'hospitalisation et le dispositif dédié par la psychiatrie de liaison à la pédiatrie.
  - une forme d'accompagnement de l'adolescent suicidant et de sa famille par l'équipe de psychiatrie de liaison pour permettre un travail à domicile.
  - Un travail de réseau avec le social, le médico-social et l'Education Nationale pour améliorer le repérage et la prise en charge des suicidants par les personnels non spécialisés.

2-2 Améliorer la qualité des soins

1. Structurer les coopérations, sur chaque territoire, entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations.

Une prise en charge « de qualité » doit permettre d'éviter toute rupture de prise en charge entre les différentes périodes de la vie de l'enfant et de l'adolescent : Périnatalité /Enfance – Enfance/Adolescence –Adolescence/Age adulte. L'objectif attendu de la structuration des coopérations entre les différents professionnels est de :

- Articuler les offres sanitaires, médico-sociales et sociales grâce notamment aux conventions prévues par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge permettant des coopérations structurées sous la forme de réseaux, d'associations de personnes morales, de contrats locaux de santé, de groupements de coopération sanitaire, de groupements de coopération sociale et médico-sociale.
- Renforcer l'articulation entre CMP et CMPP, CAMPS avec la pédiatrie, la PMI, l'éducation nationale, Aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).
- Echanger sur les projets institutionnels, imaginer des dispositifs de coopération, conventions, et intégrer le partenariat dans les projets d'établissements.

- Assurer une bonne transmission, des courriers de sortie, de compte-rendu d'hospitalisation, auprès des médecins traitant.
- Les coopérations avec les structures sanitaires doivent permettre d'assurer un accès aux soins somatiques pour tout patient admis dans une structure intervenant en santé mentale
-

2. Améliorer les conditions d'hospitalisation complète

La qualité de la prise en charge doit consister également en une bonne adéquation entre état du jeune patient, type de prise en charge et nature du soin dispensé, en assurant notamment une prise en charge du handicap psychique. Il convient en particulier de lutter contre les hospitalisations complètes évitables.

Les projets de soins doivent être formalisés pour tous les jeunes patients en hospitalisation complète.

Concernant le champ hospitalier, en particulier, il faut, notamment favoriser les réflexions sur la bientraitance, et améliorer les conditions d'accueil et d'hospitalisation, en rénovant les unités d'hospitalisation temps plein, notamment par la suppression des chambres à trois ou quatre lits et l'installation de sanitaires individuels.

3. Accompagner les familles et aidants

Le rôle de la famille et des aidants est essentiel. Il convient de les accompagner pour qu'elles acquièrent les compétences nécessaires pour faire face à la maladie de leur enfant ou adolescent.

4. **D'une manière générale, il faut continuer à encourager les réflexions d'ensemble menées par les professionnels de santé** sur les besoins de leurs jeunes patients, sur l'évolution de leurs pratiques de prise en charge et leurs nécessaires relations avec leurs partenaires (les services sociaux, établissements médico-sociaux…).

2-3 Amélioration de l'efficience du système de santé

L'objectif principal est de rendre le parcours de soins et de prise en charge plus cohérent et favoriser l'insertion en milieu ordinaire, en favorisant notamment le travail en ambulatoire en maintenant les enfants dans leur milieu, en luttant contre les hospitalisations complètes évitables, ce qui sous entend des équipes mobiles qui se déplacent à partir du CMP, pivot de la prise en charge, y compris à domicile ou en substitut.

Il faut également susciter des coopérations entre CMP/CMPP, qui sont au centre du dispositif de soins. Le développement et la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète répondant aux besoins des enfants et des jeunes, doit être poursuivi, notamment par redéploiement. Le renforcement de l'accueil familial doit se faire en complément de la réorganisation de l'hospitalisation.

2-4 Amélioration de la coordination avec la prévention et le médico-social

- Développer les liens avec les Maisons des adolescents, notamment pour repérer les risques suicidaires de certains adolescents.
- Contribuer à un travail de réseau sanitaire /médico-social/aide sociale à l'enfance /protection judicaire de la jeunesse/tribunal pour enfants /éducation nationale pour les enfants et adolescents souffrant de pathologies de l'agir et des troubles du comportement.
- Favoriser les actions qui permettent de mettre en place des groupes d'échange et de parole autour des questions de parentalité, afin d'aider les parents dans leur rôle.
- Coordonner les prises en charge psychiatriques en addictologie pour les 16-25 ans en lien avec les unités de sevrage somatiques et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

3 –DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Encourager la création des conseils locaux de santé mentale et des ateliers santé ville.
- Inciter au recrutement de professionnels ciblés (psychologues, psychomotriciens, orthophonistes…) et à leur mutualisation au sein des structures médico-sociales et sociales
- Identifier pour chaque établissement social ou médico–social sur l'ensemble du territoire, un CMP/CMPP de référence,
- Favoriser la coopération entre les différentes structures intervenant dans la prise en charge du jeune patient grâce à des conventions figurant dans les CPOM entre établissements de santé de psychiatrie, publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et associations.
- Développer au sein des secteurs, des actions de partenariat avec les services sociaux et les équipes socio-judiciaires pour la résolution partagée de situations complexes.

Diversification et graduation des modes de prise en charge dans la continuité

Améliorer l'accessibilité et le recours aux soins de proximité

- Adapter les modalités d'organisation des CMP aux besoins des jeunes patients (tranches horaires, consultations non programmées…..)
- Créer par redéploiement à partir des structures d'hospitalisation complète des équipes mobiles pluridisciplinaires spécialisées en santé mentale rattachées aux CMP /CMPP travaillant en articulation avec les dispositifs sociaux, médico-sociales et les familles
- Favoriser l'implication du médecin traitant dans la prise en charge en santé mentale
- Garantir une prise en charge somatique optimal en développant des partenariats, notamment des conventions, avec les services de pédiatrie et les professionnels de santé intervenant en médecine somatique ambulatoire
- Evaluer les prises en charge effectuées en hospitalisation de jour et en hospitalisation à domicile, afin de s'assurer du bon usage de ces structures

Améliorer les conditions d'hospitalisation complète :

- Actualiser les capacités et l'organisation de l'hospitalisation complète :
  - Créer les lits d'hospitalisation complète pour enfants dans la Somme
  - Revoir les capacités et l'organisation des lits dans les départements de l'Aisne et de l'Oise en veillant à respecter une prise en charge différenciée entre enfants et adolescents
  - Utiliser le mécanisme de redéploiement pour encourager le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et les équipes mobiles de prise en charge et pour renforcer la prise en charge du handicap psychique
- Développer des structures sanitaires et médicosociales pour les 16-25 ans avec une approche thérapeutique, éducative, pédagogique et d'insertion par le travail.
- Développer la réflexion régionale sur les modalités d'hospitalisation complète, et de prise en charge d'une manière générale des adolescents.
  - Encourager les projets d'unités intersectorielles adolescents/jeunes adultes
  - Réaliser des campagnes de recrutement de famille d'accueil et assurer le suivi, la formation et l'accompagnement de ces familles dans la prise en charge des jeunes patients accueillis dans ces familles

Améliorer la prise en charge de la pathologie du lien :

- Améliorer la prévention précoce en soutenant la mise en place de conventionnements au niveau de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie de la maternité, de la néonatalogie

- Discuter la création d'une unité régionale mère enfant

Formation des professionnels de santé

- Encourager les projets de recherche en santé mentale infanto-juvénile
- Encourager l'évaluation des pratiques professionnelles
- Renforcer en matière de santé mentale la formation des personnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, les médecins généralistes, l'Education Nationale

Prévention/ Promotion de la santé

- Développer des actions de prévention et de dépistage du mal-être et du suicide
- Notamment en milieu scolaire
- Développer des réseaux d'écoute spécifique.
- Améliorer l'accompagnement des suicidants
- Développer la prévention en périnatalité et le dépistage précoce des Troubles envahissants du développement

Accompagnement des aidants (familles ou référents institutionnels)

- Garantir le respect des droits des jeunes patients et des aidants dans le parcours de soins
- Améliorer l'information du patient sur son état de santé et sur ses droits, notamment dans le cadre du suivi de mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Développer les programmes de formation et d'éducation thérapeutique à destinations des aidants et des jeunes patients

Respect des normes et référentiels

- Favoriser la mise en conformité aux normes de sécurité pour l'hospitalisation

Partage d'informations

- Diffuser l'information sur les lieux et modalités de recours aux soins et d'accompagnement social auprès de la population et des acteurs de la prise en charge
- Elaborer sur chaque pôle, un annuaire répertoriant l'ensemble de structures concourant à la prise en charge du jeune patient
- Développer l'utilisation du Dossier médical Personnel

Observation sanitaire et sociale

- Développer l'épidémiologie régionale en santé mentale
- Favoriser le recueil de données sur l'offre disponible en structures médico-sociales et rendre accessible ces données aux différents acteurs.
- Instaurer un bilan annuel systématique, par pôle, formalisé par l'Agence Régionale de santé, comportant notamment des informations sur l'activité hospitalière et ambulatoire, les durées de séjours, les ressources humaines employées
- D'une manière générale, favoriser l'expérimentation sur le recueil systématique d'information en santé mentale

4- INDICATEURS D'EVALUATION

Accès aux soins :

Délais d'accès à un premier rendez-vous au sein des CMP CMPP/ d'accès à des soins hospitaliers
Nombre de territoires de santé disposant d'un circuit de réponse sanitaire à l'urgence et aux situations de crise
Nombre de places dédiées au handicap psychique dans les structures médico-sociales
Nombre d'équipes mobiles en pédopsychiatrie (l'objectif à l'échéance du plan est de voir la création d'1 équipe mobile en pédopsychiatrie par département).
Nombre de lits d'hospitalisation complète dans la Somme

Qualité des soins :

Taux de formalisation des projets de soins au sein des établissements au cours d'une hospitalisation complète
Pour l'ensemble des établissements, pourcentage de jeunes patients hospitalisés en psychiatrie depuis plus d'un an

Coopération :

Taux d'établissements de santé exerçant une activité de pédopsychiatrie ayant établi des conventions avec des ESMS
Nombre d'établissement de santé exerçant une activité de pédopsychiatrie ayant conclu une convention pour accès à un plateau technique,
Nombre de jeunes patients suivis ayant un médecin traitant.
Taux d'équipement des établissements ayant une activité de psychiatrie en visioconférence
Nombre de Conseils Locaux de Santé Mental créés

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Psychiatrie infanto-juvénile

Territoires de santé	Hospitalisation Complète		Hospitalisation partielle de jour		Hospitalisation partielle de nuit		Placement familial	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Aisne-Nord Haute Somme	**1**	**1**	**5**	**5**	**1**	**1**	**0**	**1 (+1)**
Aisne Sud	**1**	**1**	**3**	**3**	**/**	**/**	1	**1**
Oise-Est	**1**	**1**	**6**	**6**	**/**	**/**	**2**	**2**
Oise-Ouest	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**
Somme	**1**	**2(+1)**	**4**	**5(+1)**	**/**	**/**	**3**	**3**

- Hospitalisation complète :

Dans l'Aisne :
L'offre de soins en hospitalisation complète est située majoritairement en intra sur le site de Prémontré. Il existe en effet 24 lits pour les enfants et les ados dans deux pavillons sur le site de Prémontré pour les 3 secteurs de pédopsychiatrie et 10 lits pour ados à Chauny fonctionnant très souvent en hospitalisation de semaine. La répartition de l'offre de soins en

hospitalisation complète ne répond plus à l'attente des populations à prendre en charge, compte tenu de l'éloignement géographique du site de Prémontré. Une délocalisation de ces lits doit donc s'opérer, dans une logique territoriale, à destination des territoires « Aisne Nord Haute Somme » et « Aisne-Sud ».

Dans la Somme :
Il existe au niveau départemental 12 lits d'hospitalisation complète pour adolescents. Il n'existe en revanche aucune unité d'hospitalisation pour enfants dans tout le département. Il convient ainsi de créer des lits d'hospitalisation pour enfants dans ce département. Ainsi, 6 lits d'hospitalisation de jour avec évaluation en lien avec la neuropédiatrie et 6 lits d'hospitalisation à la semaine pour les troubles psychopathologiques sévères pourront être créés.

- Placement familial :

L'objectif est de mettre en place ce type de structure dans les territoires qui en sont actuellement dépourvus, à échéance 2017.

IV L’organisation de filières de soins populationnelles

FILIERE FEMME-MERE-ENFANT

Périnatalité- Petite enfance- Interruptions volontaires de grossesses (IVG)

PREAMBULE

Ce volet aborde les prises en charge afférentes à la filière femme-mère-enfant :

- la grossesse et la naissance qui recouvrent les activités de gynécologie obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale ;
- les enfants et adolescents ;
- les IVG ;
- l'activité d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal.

Préalablement à l'élaboration du SROS, une réflexion a été conduite au sein du Comité technique régional (COTER) «Périnatalité Petite Enfance» et au sein d'un groupe de travail spécifique pour la partie biologie.

Les orientations portant sur la prise en charge du handicap ont été intégrées dans le SROS médico-social.
Des liens ont également été faits avec le document de politique transversale relatif à la télésanté, notamment pour la question de la dématérialisation du certificat de santé du 8ème jour et pour le dossier partagé obstétrique / pédiatrie.

Pour les IVG, le bilan repose sur l'analyse des données des bulletins d'interruptions de grossesse (BIG) réalisée par l'OR2S, les constats réalisés lors de l'élaboration du PSRS et l'approche faite par l'un des groupes de travail du réseau régional de périnatalité.

Il a semblé également important de souligner un certain nombre d'orientations propres à la prise en charge des enfants «3 semaines-3 ans».

Le diagnostic prénatal repose sur le rapport d'activité du Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

L'enjeu à 5 ans de l'organisation de la filière femme-mère-enfant tient à une modernisation de l'organisation de l'offre de soins.

Cela peut induire un regroupement de certaines activités de maternité dans un souci d'optimisation du temps médical, tout en renforçant l'offre de soins de proximité, avec l'organisation de consultations avancées ou les services d'un centre périnatal de proximité et le développement des prises en charge en hospitalisation à domicile (HAD).

En ce qui concerne la filière pédiatrique, compte tenu des impératifs de démographie médicale, l'organisation de la pédiatrie devra nécessairement évoluer dans le cadre notamment d'orientations définies par le projet médical de territoire.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

Les implantations des maternités sont les suivantes (*source SAE actualisée*) :

Au 01/01/2012, suite à la fermeture de la maternité de Noyon, le maillage se structure autour de 16 maternités disposant pour 11 d'entre elles d'une activité de néonatalogie :

- Niveau 3 comportant une réanimation néonatale (prise en charge de grands prématurés (avant 32 semaines), et des nouveaux nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux) :
  2 maternités (CHU, GHPSO site de Creil)

- Niveau 2 comportant des unités de néonatalogie (prise en charge de la prématurité moyenne ainsi que des grossesses à risques ou multiples) :
  9 maternités dont
  - 2A : CH Abbeville, GSV Pauchet, GHPSO (site de Senlis), CH Château-Thierry
  - 2B, comportant un service de soins intensifs : CH St Quentin, CH Laon, CH Soissons, CH Compiègne, CH Beauvais

- Niveau 1 (suivi de grossesses et accouchement physiologique) *:* 5 maternités
  - St Claude, CH Chauny, CH Péronne, Clinique St Côme, CH Clermont

Récapitulatif des équipements et de l'activité en maternité – 2010

Territoires	Nombre de femmes 15-49 ans	Nombre de lits en maternité	Taux d'équipement pour 100 000 femmes en âge de procréer	% césariennes	Nombre total accouchements	% accouchements par territoire
Somme 520 900 hab.	123 056	157	127,58	22%	**6 400**	**28,25%**
Aisne Nord Haute Somme 298 600 hab.	65 505	114	174,03	34%	**3 624**	**16,00%**
Aisne Sud 284 200 hab.	64 116	86	134,13	20%	**3 032**	**13,38%**
Oise Est 466 000 hab.	111 097	148	133,22	24%	**6 666**	**29,43%**
Oise Ouest 330 600 hab.	78 861	51	64,67	20%	**2 931**	**12,94%**
Picardie	**442 635**	**556**	**125,61**	**24%**	**22 653**	**100,00%**

Récapitulatif des équipements en néonatalogie - 2010

Territoires	Nombre d'enfants nés	Néonatologie		Unité de soins intensifs en néonatologie		Réanimation néonatale	
		Nombre de lits	Taux d'équipement pour 10 000 naissances	Nombre de lits USI	Taux d'équipement pour 10 000 naissances	Nombre de lits	Taux d'équipement pour 10 000 naissances (région)
Somme 520 900 hab.	6 526	23	35,24	15	22,98	12	/
Aisne Nord Haute Somme 298 600 hab.	3 670	15	40,87	6	16,35	/	/
Aisne Sud 284 200 hab.	3 057	20	65,42	8	26,17	/	/
Oise Est 466 000 hab.	6 748	27	40,01	14	20,75	2	/
Oise Ouest 330 600 hab.	2 963	9	30,37	6	20,25	/	/
Picardie	**22 964**	**94**	**40,93**	**49**	**21,34**	**14**	**6,10**

Activités en néonatalogie – 2010

Territoires	Néonatologie		Unité de Soins intensifs de Néonatologie		Réanimation Néonatale
	Journées	Taux Moyen Occupation	Journées	Taux Moyen Occupation	Journées (région)
Somme 520 900 hab.	7 543	89,85%	4 585	83,74%	/
Aisne Nord Haute Somme 298 600 hab.	5 490	100,27%	2 956	134,98%	/
Aisne Sud 284 200 hab.	5 370	73,56%	1 757	60,17%	/
Oise Est 466 000 hab.	6 790	68,90%	2 938	57,50%	/
Oise Ouest 330 600 hab.	1 258	38,30%	1 306	59,63%	/
Picardie	**26 451**	**77,09%**	**13 542**	**75,72%**	**3 595**

Hospitalisation à domicile (HAD)

Sur les 17 structures HAD autorisées, trois d'entre elles délivrent des soins en périnatalité :

- Soins service à Amiens
- ACSSO à Senlis
- HAD CH Compiègne

Centres Périnatals de Proximité (CPP)

Sept CPP sont fonctionnels :

- Doullens, Corbie, Montdidier, Guise, Hirson, Noyon, Méru (ce dernier est financé par l'ARS IDF).

Les CPP assurent les consultations prénatales et post natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement de soins aux nouveaux nés et les consultations de planification familiale.
Les zones de recrutement couvrent un rayon d'environ 20 à 30 km.

PEDIATRES

Atlas de la démographie médicale – Situation au 01/01/2011 - CNOM

Effectif, densité et part des > 55 ans en activité régulière					
	Hommes	Femmes	Total	Densité Pour 100000 Hab.	% > = 55 ans libéral + mixte
Aisne	21	26	47	8.5	15%
Oise	34	30	64	7.8	31%
Somme	21	38	59	10.2	14%
Total	76	94	170	8.7	21%
			France Métropolitaine	10.2	22%

Atlas de la démographie médicale – Situation au 01/01/2011 – CNOM

GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS

Atlas de la démographie médicale – Situation au 01/01/2011 - CNOM

Effectif, densité et part des > 55 ans en activité régulière					
	Hommes	Femmes	Total	Densité	% > = 55 ans libéral + mixte
Aisne	5	7	12	2.2	58%
Oise	8	8	16	2	63%
Somme	6	4	10	1.7	60%
Total	19	19	38	1.9	61%
			France Métropolitaine	2.8	67%

SAGES-FEMMES

Sages-femmes libérales et Centre périnatal de proximité Picardie 2011

Ordre départemental des sages-femmes – septembre 2011

2 – ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

L'analyse des données quantitatives fait apparaitre les points suivants :

- **L'offre de soins en périnatalité est dispersée, ne permettant pas une optimisation du temps médical, dans un contexte de démographie médicale contraint**

Il existe en Picardie 16 maternités pour 1.9 million d'habitants et un peu moins de 443 000 femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité en 2009 s'élevait à 13 pour 1000 habitants se situant ainsi à un niveau un peu plus élevé que la moyenne de la France Métropolitaine (12,8).
Compte tenu du réseau routier existant, l'accès aux soins est satisfaisant.

En revanche, il existe une grande hétérogénéité des niveaux d'activités des maternités avec une fragilité certaine de structures dont l'activité est en baisse d'année en année.
Parmi les 17 maternités en fonctionnement en 2011, 3 d'entre elles réalisaient moins de 500 accouchements par an.
Chaque maternité réalise en moyenne 1300 accouchements, mais la moitié des établissements prennent en charge moins de 1200 accouchements par an.

Le constat est le même pour l'activité de néonatalogie, avec une forte dispersion des activités et des taux moyens d'occupation faibles pour certains territoires de santé et certaines structures.
Ainsi, le taux d'équipement en néonatalogie (calculé à partir du nombre de naissances) est largement supérieur à la moyenne régionale dans le territoire de santé Aisne Sud.
Le taux moyen d'occupation (TMO) territorial cache une grande diversité de situations : dans l'Aisne Sud, le TMO du CH de Château Thierry (700 accouchements en moyenne) s'élevait en 2010 à 41%.

En revanche, on constate une sur-occupation de certaines structures en néonatalogie : au CH de St Quentin, à la clinique Victor Pauchet. Au CH de St Quentin, ce niveau d'activité élevé est confirmé pour l'activité de soins intensifs.

La région dispose de deux autorisations en réanimation néonatale au CHU d'Amiens (12 lits) et au GHPSO sur le site de Creil. Cependant, cette dernière autorisation n'est pas installée complètement, seuls deux lits sont exploités.
Le besoin en lits de réanimation néonatale pour la région est estimé à 16 lits en intégrant les prises en charge hors région.

- **Les prises en charge en HAD et les sorties précoces sont peu développées**

En 2010, la part des journées HAD en rapport avec la périnatalité (selon les modes de prise en charge principaux 19, 20, 21, 22) est de 2,5 % en Picardie contre 7,1 % pour la France entière.

En 2010, seules l'ACSSO (Senlis) et Soins Service (Amiens) proposent la prise en charge du post-partum physiologique.

- **Les données de démographie médicale en gynécologie obstétrique et pédiatrie laissent présager des difficultés à assurer la continuité des soins, dans un avenir proche**

La densité de pédiatres picards est inférieure de 10% à 20% par rapport à la moyenne nationale.

Depuis 10 ans, deux tiers des gynécologues obstétriciens formés quittent la région. En moyenne, deux par an restent en Picardie.
Plusieurs maternités recouraient aux services d'internes formés à l'étranger, se spécialisant en France, qui étaient ensuite fidélisés sur des contrats après leur internat. Cependant, l'évolution de

la réglementation et les conditions de sélection des médecins étrangers désireux de suivre un cursus de formation en France ayant évolué, il sera difficile pour ces établissements de maintenir ces stratégies de recrutement.

Par ailleurs, les jeunes médecins aspirent désormais à intégrer des structures disposant de plateaux techniques solides, leur permettant d'avoir une approche pluridisciplinaire. La prise en compte de leurs contraintes familiales dans les choix d'installation est également beaucoup plus forte.

35 sages femmes sont promues chaque année et il n'y a pas de difficultés en termes de démographie pour cette profession. On constate un développement des installations en libéral, susceptible de faciliter la progression des retours à domicile précoces.

2 OBJECTIFS

2-1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

- **Développer la prise en charge en HAD et les sorties précoces de maternité**

Il faut augmenter le nombre de structures d'HAD prenant en charge l'ante et le post partum au regard notamment de l'insuffisante prise en charge des situations pathologiques au cours du post partum qui reste à développer. Ce mode de prise en charge doit être proposé sur l'ensemble des territoires de santé.
Le développement de l'accompagnement du retour à domicile fait l'objet en 2012 d'un programme d'expérimentation (PRADO) en Picardie, comme dans les autres régions.

- **Structurer les filières de soins en amont et en aval**

La structuration des filières en amont et en aval via la formalisation de partenariats entre les sages femmes libérales, les centres périnataux de proximité, les établissements, les réseaux est une nécessité.
Il s'agit de donner plus de visibilité à l'offre de soins et renforcer les liens existants entre les différents partenaires.

2-2 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

- **Renforcer le rôle du réseau régional de périnatalité en associant davantage la médecine générale**

La bonne connaissance des professionnels entre eux, via le Groupement REgional des Gynécologues Obstétriciens de Picardie (GREGOP) et le réseau régional de périnatalité, est un point fort pour la qualité des prises en charge. Toutefois, le lien ville-hôpital reste à améliorer, de même que la participation de la médecine générale est, dans ce domaine, à encourager.

- **Veiller à la prise en charge de la dimension psychologique pendant la prise en charge en maternité**

Il est important que la prise en charge psychologique soit réalisée avant et pendant le séjour hospitalier. Pour cette raison, il est nécessaire d'inciter au développement de la présence des psychologues en maternité, en partenariat avec les services de la Protection Maternelle Infantile

(PMI), psychiatres, pédopsychiatres, et de favoriser leur rattachement, actuellement aléatoire, à l'équipe de psychiatrie et pédopsychiatrie.

2-3 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Optimiser le maillage de l'offre de soins tout en assurant l'égalité d'accès aux soins**

Le maillage de l'offre de soins doit évoluer en maternité comme en néonatalogie pour tenir compte des évolutions de la démographie médicale. Il est nécessaire de renforcer la sécurité des prises en charge en termes de continuité des soins et de sécurité transfusionnelle.

En néonatalogie, il s'agit moins d'un problème de suréquipement de la région dans son ensemble qu'un problème de répartition en fonction des besoins et des activités existantes. Ainsi, le maintien de 3 maternités de niveau 2 dans le territoire de santé Aisne Sud n'est pas nécessaire au regard des activités constatées mais aussi de l'offre de soins existante dans les régions frontalières.

En revanche, un ajustement des capacités d'accueil s'avère nécessaire en néonatalogie, pour le territoire Somme qui représente 28,25% des accouchements et dont le taux d'occupation en néonatalogie est très élevé. Pour le territoire Aisne Nord Haute Somme, une réflexion devra également être conduite au regard des données constatées pour étudier les motifs d'un taux d'occupation si élevé alors que le taux d'équipement s'inscrit dans la moyenne régionale.

Ces orientations tiennent compte de la stabilité du nombre de naissances depuis 10 ans, de l'absence de difficultés géographiques particulières ainsi que des difficultés constatées, pour certains sites, à assurer la continuité des soins.

2-4 AMELIORER LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

Les partenariats avec la PMI sont établis mais il serait utile qu'un plus grand nombre de femmes en situation de précarité puissent bénéficier de ce dispositif. Il faut renforcer le maillage existant compte tenu des difficultés socio-économiques et des problématiques sociales, particulièrement importantes pour certains secteurs du territoire régional.

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Diversifier et graduer les modes de prises en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

- Développer la prise en charge des situations pathologiques en HAD.
- Développer la prise en charge de sorties précoces hors HAD en favorisant l'exercice mixte des sages femmes dans les établissements.
- Définir les critères d'admission dans les différents niveaux de soins.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Favoriser la formation continue des sages femmes qui exercent dans les CPP et la réactualisation de leurs connaissances.

Développer le partage d'informations, que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé

- Améliorer la lisibilité des CPP via la labellisation réalisée par l'ARS.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale afin d'objectiver au mieux les besoins de santé de la population et la capacité du dispositif de santé à y répondre

- Prendre en compte les indicateurs de précarité dans le suivi du SROS.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

- Part des séjours de nouveaux nés «sévères» réalisés en maternité de niveau 3
- Taux de césariennes par maternité
- Nombre de séjours dans les différents niveaux de maternité
- Nombre de sorties précoces réalisées hors HAD
- Nombre de prises en charge en ante et en post partum assurées par les CPP

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires	Population	Nombre de naissances (enfants et morts nés)	Niveau 3		Niveau 2B		Niveau 2A		Niveau 1	
			2012	2017	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Somme	520 882	6 526	**1**	**1**	/	/	**2**	**2**		
Aisne Nord Haute Somme	298 593	3 670	/	/	**1**	**1**	/	/	**3**	**3**
Aisne Sud	284 250	3 057	/	/	**2**	**1 (-1)**	**1**	**1**	**0**	**1 (+1)**
Oise Est	466 012	6 748	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
Oise Ouest	330 607	2 963	/	/	**1**	**1**	/	/	**1**	**0 à 1**

Territoire Aisne Nord-Haute Somme

Le site dont l'activité obstétricale est la plus faible fera l'objet d'une évaluation, compte-tenu de l'évolution prévisible fin 2014 des effectifs médicaux.
Cette évaluation sera faite au regard des exigences d'efficacité, de qualité et de sécurité de l'offre de soins, et compte-tenu de la proximité d'accès à d'autres sites qui pourront assurer la prise en charge des besoins de la population, dans le cadre, en particulier, de la communauté hospitalière de territoire à laquelle appartient ledit établissement.

Territoire Aisne Sud

Dans ce territoire, le projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire intègre un projet consacré à la réorganisation de l'activité de néonatalogie afin de répondre aux exigences

d'efficacité de l'offre de soins et compte-tenu de la proximité d'accès des sites qui assureront la prise en charge des besoins de la population.
Le niveau 2B sera assuré par l'établissement pratiquant le plus grand nombre d'accouchements. Sa situation centrale au sein du territoire lui permettra de répondre aux besoins de la population.
Les autorisations d'activité de niveau 2A et 1 seront données en tenant compte, en particulier, du nombre d'accouchements pratiqués, afin de répondre au mieux aux besoins de l'ensemble de la population.

L'objectif est d'aboutir à une réorganisation de l'activité de néonatalogie sur ce territoire pour le 1er janvier 2015.

Territoire Oise Ouest

Considérant l'existence d'offres de soins proches sur le présent territoire de santé et sur celui de Oise Est, pouvant satisfaire les besoins de santé de la population, une évaluation des conditions de poursuite ou d'arrêt des actes d'accouchement sur le site dont l'activité est la plus faible sera réalisée au second semestre 2013.
Cette évaluation a pour objectifs de déterminer ces conditions en termes de sécurité, de qualité, et d'efficience et au regard des besoins d'investissement pour y parvenir. Elle tiendra compte de l'existence d'une CHT sur ce territoire.

PETITE ENFANCE

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

1-1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

1 - Implantations

Les structures de pédiatrie en Picardie

2 – Activité

Les séjours hospitaliers des enfants picards de moins d'un an en 2010

Médecine – Enfants picards de moins d'un an							
Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie	Extra régional	Total
1998	778	944	1815	698	6233	881	7114
28%	11%	13%	26%	10%	88%	12%	100%
Chirurgie – Enfants picards de moins d'un an							
Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie	Extra régional	Total
378	24	12	12	4	430	294	724
52%	3%	2%	2%	1%	59%	41%	100%

Les séjours hospitaliers des enfants picards de un an à dix huit ans en 2010

Médecine – Enfants picards de 1 à 18 ans							
Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie	Extra régional	Total
11463	3856	4002	6590	2484	28395	6043	34438
33%	11%	12%	19%	7%	82%	18%	100%
Chirurgie – Enfants picards de 1 à 18 ans							
Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Picardie	Extra régional	Total
5836	2572	2526	4146	2045	17125	3804	20929
28%	12%	12%	20%	10%	82%	18%	100%

1-2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

L'analyse des données quantitatives fait ressortir les points suivants :

- **Le maillage de l'offre de soins en Picardie est satisfaisant**

La Picardie dispose de :

- 8 structures d'urgences pédiatriques autorisées : CHU Amiens, CH St Quentin, CH Laon, CH Soissons, CH Creil, CH Senlis, CH Compiègne, CH Beauvais ;
- 1 SMUR pédiatrique basé au CHU d'Amiens ;
- 2 unités de surveillance continue pédiatrique : CHU Amiens, GHPSO (site de Creil) ;
- 10 services de médecine pédiatrique : Amiens, Abbeville, St Quentin, Soissons, Laon, Château Thierry, Compiègne, GHPSO sites de Creil et Senlis, Beauvais ;
- un service de Chirurgie pédiatrique : CHU Amiens ;
- une Réanimation pédiatrique polyvalente : CHU Amiens

- lactarium : 3 structures (Amiens lactarium à usage interne et externe, GHPSO site de Creil et Beauvais lactarium à usage interne).

- **Le niveau d'activité est très hétérogène suivant les sites avec une concentration en particulier sur 4 sites pour la médecine et la chirurgie**

4 établissements drainent plus de la moitié des séjours concernant des enfants de moins de 1 an : CHU 22%, St Quentin 10%, GHPSO 17% et Beauvais 10%.
Pour les séjours de 1 à 18 ans, les principaux recrutements s'effectuent au CHU et dans les hôpitaux ex pivots.
En chirurgie (enfants de 1 à 18 ans), le CHU assure 12% des prises en charge, le pôle privé amiénois 10% et le GHPSO 4%.

- **L'activité des urgences pédiatriques est très intense sur les différents sites et dépend étroitement de l'organisation de la permanence des soins en ville**

Les activités d'urgences pédiatriques tendent à augmenter au fur et à mesure des années du fait d'un report de l'activité de médecine de ville vers l'hôpital.
Cette tendance est liée à la densité de pédiatres en ville mais également à celle des médecins généralistes, avec une importance variable selon les territoires de santé.
L'organisation de la permanence des soins peut également induire un report de prise en charge vers les urgences pédiatriques.
Cela comporte un certain nombre de conséquences pour les structures pédiatriques en termes de difficultés à fidéliser des pédiatres.

2 OBJECTIFS

2-1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

- **Renforcer la graduation des soins**

Il s'agit de définir des niveaux de prise en charge différenciés pour la chirurgie pédiatrique mais aussi pour la médecine pédiatrique.
Le volet «Chirurgie» tend à faire reconnaitre deux centres de prise en charge plus spécialisés pour la chirurgie pédiatrique autour du CHU d'Amiens et du GHPSO. Il définit également une répartition des missions en fonction des niveaux.
La même démarche devra être conduite pour la médecine, en lien avec le COTER et les acteurs de terrain.

- **Réfléchir à l'optimisation de la prise en charge pédiatrique en urgence**

L'augmentation de l'activité des urgences pédiatriques est aussi une évolution sociétale. Il sera difficile de remettre en cause cette évolution.
Pour autant, la réflexion autour de consultations de médecine générale non programmées en établissement de santé ou autour de médecin d'accueil et d'orientation ayant vocation à faire une pré-orientation des patients, est à conduire.

- **Identifier les filières de soins pédiatriques**

Il est important de pouvoir s'appuyer sur une bonne identification de l'ensemble des niveaux de prise en charge en pédiatrie.
Dans ce cadre, les filières pédiatriques doivent pouvoir être labellisées et reconnues.
La reconnaissance d'unités de médecine de l'adolescent est également à promouvoir.

2-2 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

- **Diversifier l'organisation de la médecine pédiatrique pour optimiser les ressources**

Le maintien d'unités d'hospitalisation complète, de façon dispersée, est susceptible de conduire à des ruptures dans la continuité des soins dans les années à venir, compte tenu des problèmes de démographie médicale.
Doit être engagée au sein de chaque territoire de santé, une réflexion visant à trouver l'organisation optimale en pédiatrie, en s'interrogeant sur l'opportunité de disposer de sites ambulatoires uniquement assortis d'unités d'urgences pédiatriques avec des lits d'UHTCD dédiés.
Les prises en charge en Hospitalisation à domicile doivent également être encouragées.

2-3 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

- **Améliorer la coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'enfant**

Un effort particulier doit être réalisé en ce qui concerne la coordination des acteurs.
Le réseau régional de périnatalité peut être un soutien fort dans ce cadre en cherchant à impliquer les acteurs de la PMI, de l'éducation nationale, les réseaux thématiques (obésité …).

3 DECLINAISON DES AXES STRATEGIQUES DU PSRS

Diversifier et graduer les modes de prise en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

- Poursuivre la mise en œuvre d'une ligne de conseil téléphonique, pour l'activité de pédiatrie
- Labelliser les filières pédiatriques par la définition d'un cahier des charges

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Développer les stages d'internes en pédiatrie (en libéral) et en PMI (cursus santé publique) ;
- Pérenniser le dispositif des postes d'assistants partagés ;

- Développer la télémédecine.

Développer la promotion de la santé afin que les Picards soient acteurs de leur santé

- Améliorer l'allaitement en néonatologie en développant le don de lait à destination des lactariums.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population ou entre professionnels de santé

- Développer le DMP.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

- Suivi du nombre de journées d'HAD
- Nombre de filières pédiatriques identifiées et labellisées
- Nombre de passages aux urgences pédiatriques

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Le récapitulatif des différentes autorisations est précisé dans « médecine d'urgences ».

Prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

1 DIAGNOSTIC

1.ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

1 .1 ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE

Sites publics de réalisation des IVG

Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest
Amiens Abbeville Doullens	St Quentin Péronne Hirson Chauny Laon	Soissons Château-Thierry	GHPSO (sites de Creil et Senlis) Compiègne Noyon	Beauvais Clermont

Nb IVG *Source : PMSI*	Somme	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Région
2009	1703	939	427	1242	851	5162
2010	1694	671	673	1070	831	4939

1.2 ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

En 2011, 16 établissements publics pratiquent des IVG.

Cependant, le niveau d'activité est très hétérogène suivant les structures, sachant que 96.9% des IVG sont prises en charge en établissement de santé.

Le plus grand nombre d'IVG est réalisé dans l'Oise (42,2%), puis dans la Somme (32,4%) et enfin dans l'Aisne (25,5%).
4 établissements réalisent la moitié des IVG de la région : le CHU, le CH Beauvais, le GHPSO site de Creil, et le CH St Quentin.

Le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer est plus important dans les classes d'âge 20-24 ans et 25-29 ans.

70% des femmes ont recours à l'IVG pour la première fois. Cette part est stable.

Le taux de recours à l'IVG chez les femmes domiciliées en Picardie est, en 2009, de 10,4 IVG pour 1000 femmes de 15-45 ans. Ce taux était de 12,2‰ en 2007 (SAE, France 14.7‰).

La région dispose d'une permanence téléphonique régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception : le Centre d'Information des Droits de la Femme (CIDF) de la Somme.
Ce centre met à disposition un répertoire recensant pour les centres d'IVG des trois départements, l'organisation des méthodes d'IVG de chaque structure, les lieux, les horaires des centres de planification, ainsi que la législation.

2 OBJECTIFS

1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

- **Améliorer l'information du public et des professionnels de santé sur les lieux et modalités de prise en charge de l'IVG**

L'information des professionnels de santé et du grand public devrait être améliorée à propos des lieux ressources pour la réalisation des IVG, des techniques possibles (y compris le mode d'anesthésie) et des droits en matière d'IVG.
La méthode médicamenteuse est peu développée en médecine de ville du fait d'un manque d'information et de formation des médecins.

- **Améliorer le parcours de soins et les délais de prise en charge pour améliorer les conditions de prise en charge des IVG tardives**

Les IVG tardives sont orientées vers le CHU d'Amiens.
Or, chaque territoire de santé doit pouvoir s'organiser pour réduire les délais de prise en charge, accueillir les IVG tardives et assurer la continuité des soins en période estivale.

2 AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS

- **Diversifier les modes de prise en charge**

La diversification des modes de prises en charge de l'IVG (instrumentale, médicamenteuse en établissement et en médecine de ville) doit être favorisée.

La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville permettrait de répondre, en partie, au problème identifié d'accès à l'IVG en période estivale. En Picardie, l'implication des médecins libéraux est ponctuelle et doit être généralisée.

La prise en charge des IVG doit être maintenue systématiquement dans l'offre de soins de proximité, notamment lorsqu'interviennent des restructurations. La confidentialité dans l'organisation des locaux est à maintenir.

3 AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

4 AMELIORATION DE LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

- **Formaliser les modalités de prise en charge des IVG et préciser les missions respectives des acteurs de ville et de l'hôpital**

Le développement d'une meilleure coordination avec les professionnels de santé passe par la formalisation d'un cahier des charges de la pratique de l'IVG médicamenteuse décrivant son articulation ville–hôpital.

- **Améliorer la coordination avec les acteurs de la prévention**

Il s'agit aussi d'améliorer la coordination avec les acteurs de la prévention sur le terrain (CPES, missions locales, CIJ, éducation nationale).

3 INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de médecins formés
- Nombre d'IVG réalisées en ville
- Part des établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie obstétrique et à la chirurgie
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissement de santé
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées hors établissement de santé

Assistance Médicale à la Procréation (AMP)
Diagnostic Prénatal (DPN)

1 DIAGNOSTIC

1. ANALYSE QUANTITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

1 - Implantations

Carte des structures autorisées en AMP et en DPN

Ces activités sont réglementées par la loi bioéthique n° 2011 -244 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.
Elles sont soumises à autorisation.
Les praticiens mettant en œuvre ces autorisations disposent soit d'un agrément délivré par l'Agence de la Biomédecine antérieurement à la loi de 2011, soit d'une reconnaissance de qualification délivrée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Assistance médicale à la procréation :

L'AMP est une activité clinico-biologique regroupant des activités biologiques et des activités cliniques le plus souvent sur un même site.
Les tableaux suivants répertorient les activités biologiques et cliniques d'AMP.

AMP biologique					
Autorisations	Etablissements				
	Service de médecine et biologie de la reproduction cytogénétique et CECOS de PICARDIE. CHU (CGO rue Camille DESMOULINS - AMIENS). Remarque : le laboratoire prend en charge les patients à risque viral.	Laboratoire BIOMAG (sur le site du CH de SENLIS)	Laboratoire BIOCOME (sur le site de la clinique SAINT COME) à COMPIEGNE.	Laboratoire du CH de SOISSONS	Laboratoire de la Vallée des Vignes (sur le site de la clinique PAUCHET) à AMIENS.
Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificelle (IAC)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Fécondation "in vitro" (FIV) avec ou sans micromanipulation.	OUI	OUI			OUI
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don (IAD).	OUI				
Conservation des embryons en vue de projet parental.	OUI	OUI			OUI
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don.	OUI				
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux.	OUI				

AMP CLINIQUE			
Autorisations	Etablissements		
	CHU	CH Senlis *	Clinique VICTOR PAUCHET à AMIENS
Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP.	OUI	OUI	OUI
Prélèvement de spermatozoïdes par ponction en vue d'une AMP.	OUI		OUI
Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don.	OUI		
Mise en œuvre de l'accueil d'embryons.	OUI		

* Depuis le 1er janvier 2012, l'autorisation a été transférée au GHPSO lors de sa constitution, l'activité demeurant sur le site de Senlis

Diagnostic Prénatal

Le DPN comporte deux facettes :

- La recherche et l'évaluation d'un risque d'occurrence d'une trisomie 21 chez le fœtus. La recherche du risque se fait par la détermination des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 et l'évaluation du risque par des logiciels spécialisés.
- La cytogénétique prénatale qui permet un diagnostic de certitude en ce qui concerne les anomalies chromosomiques.
  Pour la recherche du risque de trisomie 21, deux laboratoires sont autorisés en Picardie :
  - Le laboratoire de biologie endocrinienne et osseuse du CHU d'Amiens.
    - Son autorisation a été renouvelée le 26 décembre 2009 et est valide jusqu'au 25 décembre 2014.
    - Il y a actuellement un praticien spécialisé.
    - Les techniques utilisées sont le dosage de l'AFP (alpha-fœtoprotéine) et la beta-HCG (fraction beta de l'hormone gonadotrophine chorionique).
  - Le laboratoire de biologie médicale de la Vallée des Vignes à Amiens.
    - Son autorisation a été renouvelée. Elle est valide jusqu'au 22 mai 2018.
    - Il y a trois praticiens spécialisés.
    - Les techniques utilisées sont également les dosages d'AFP et de beta-HCG.

2 – Activité

Les tableaux suivants répertorient les volumes des activités biologiques et cliniques d'AMP.

AMP Biologique

ACTIVITES	2009
Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle (IAC : insémination artificielle conjugale).	1341
Fécondation in vitro (FIV) avec ou sans micromanipulation.	1325
Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don (IAD : insémination artificielle aux donneurs).	126
Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don.	18 ponctions 41 transferts
Conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux.	45
Prise en charge du risque viral (par le seul CHU).	50

MOYENS					
	ETABLISSEMENTS				
	CHU	BIOMAG	BIOCOME	Laboratoire du CH de SOISSONS	Laboratoire de la Vallée des Vignes à AMIENS
Nombre de praticiens y compris ceux en attente de reconnaissance de qualification.	4	2	2	2	3
Nombre de techniciens	4	4 (3,3 ETP)	5 (0,18 ETP)	0	2

Source : bilan d'activité des établissements en 2009

AMP Clinique

ACTIVITES	
Prélèvements d'ovocytes en vue d'une AMP.	1325
Prélèvements de spermatozoïdes par ponction en vue d'une AMP.	45
Prélèvements d'ovocytes en vue d'un don.	38
Mise en œuvre de l'accueil d'embryons.	0

MOYENS	
en nombre de praticiens, y compris ceux en attente de reconnaissance de qualification en AMP.	
CHU	4
Centre Hospitalier de SENLIS.*	4
Clinique Victor PAUCHET à AMIENS.	8

Source : bilan d'activité des établissements en 2009
* depuis la création du GHPSO le 1er janvier 2012 les moyens sont mis en œuvre sur le site de Senlis

2. ANALYSE QUALITATIVE DE L'OFFRE

Assistance Médicale à la Procréation :

- **Une activité bien développée prenant en compte le risque viral**

Deux des trois centres d'AMP pratiquant des fécondations *in vitro* se trouvent à Amiens, le troisième étant à Senlis au sud de l'Oise. Le CHU traite les patients à risque viral.
Le département de l'Aisne dispose d'une activité de recueil et de traitement de sperme dans les locaux du centre hospitalier de Soissons.

- **Un travail en réseau nécessaire**

L'offre d'AMP est considérée comme suffisante, malgré le constat de fuites vers les centres spécialisés de Reims, en particulier pour les habitants de l'Aisne. En revanche, la démarche d'accréditation nécessite l'organisation d'un travail en commun des biologistes concernés, en liaison avec les travaux du "BLEFCO" (association des Biologistes des Laboratoires d'Etudes de la Fécondation et de la Conservation de l'Oeuf).

Diagnostic Prénatal :

- **Concentrée dans la capitale régionale, l'offre apparaît satisfaisante**

Le transport des prélèvements ne pose pas de difficultés.
En 2009, il y a eu, pour la région :

- 3618 dosages des deux marqueurs sériques.
- 394 femmes ont été déclarées « à risque »

Pour la cytogénétique prénatale, les examens sont effectués par le laboratoire de cytogénétique du CHU d'Amiens (service de médecine et de biologie de la reproduction – CECOS Picardie).
En 2009, il y a eu pour la région :

- 696 caryotypes réalisés donnant 13 diagnostics de trisomie 21, 11 de trisomie 18, 3 de trisomie 13, 12 syndromes de Turner, 2 syndromes de Klinefelter et 6 caryotypes déséquilibrés.

2 OBJECTIFS

2-1 AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

Identifier et réduire les éventuelles inégalités d'accès à l'AMP et au DPN

2-2 QUALITE DES SOINS

Améliorer les conditions de prise en charge de l'AMP/DPN au sein des équipes qui les réalisent au travers d'une prise en compte des aspects psychologiques.

3 INDICATEURS D'EVALUATION

Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer

Nombre de dépistages de trisomie 21

4 DECLINAISON TERRITORIALE

Par rapport au diagnostic porté, aucune évolution territoriale de l'offre n'est envisagée tant pour les sites d'activité d'Aide Médicale à la Procréation que pour ceux de Diagnostic Prénatal.

FILIERE GERIATRIE

Préambule

Le présent volet porte sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes âgées, dans le cadre des filières de soins gériatriques telles que définies par la circulaire du 28 mars 2007.

Il n'a pas vocation à décliner, pour chacune des composantes de la filière, des orientations et implantations particulières. Cette déclinaison relèvera en effet des coopérations inter établissements et notamment des projets d'organisation territoriale s'inscrivant notamment dans le cadre des projets médicaux des Communautés Hospitalières de Territoire.
En revanche, conformément aux dispositions du code de la santé publique, il doit définir les objectifs d'implantations pour l'activité de soins de longue durée. Ainsi, cette activité de soins fera l'objet de déclinaisons territoriales.

A cet égard, il convient de préciser que les unités de soins de longue durée, si elles constituent une composante de la filière de soins gériatriques, ne sont pas spécifiquement dédiées à la prise en charge des personnes âgées.
En effet, telles que définies par l'arrêté du 12 mai 2006, « [elles accueillent et prennent en charge] des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. »
Aussi, il conviendra d'identifier leur place dans le cadre des autres filières de soins.

Les orientations du présent volet sont complémentaires aux orientations prévues par le schéma régional d'organisation médico-sociale et le schéma régional de prévention.

Références :

- Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 ;
- Plan Alzheimer 2008-2012 ;
- Circulaire DGOS/DGS/DSS du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

1 DIAGNOSTIC

1. ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

1.1.Analyse quantitative de l'offre

Offre de soins hospitalière et équipements

- Les unités de soins de longue durée (USLD)

25 établissements de santé picards disposent en 2012 d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de longue durée. Par territoire de santé, la répartition des unités et des capacités s'établit comme suit :

Territoires de santé	Nombre d'USLD	Capacités en lits
Aisne-Nord / Haute Somme	6	224
Aisne Sud	2	91
Oise Est	6	304
Oise Ouest	4	299
Somme	7	418
Picardie	**25 implantations (hors Liancourt – AP/HP)**	**1 336 lits**

- Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :

En 2012, 9 EMG et 12 EMSP font l'objet d'un financement au titre des missions d'intérêt général :

Territoires de santé	EMG	EMSP
Aisne-Nord / Haute Somme	2 (Saint-Quentin, Chauny)	3 (Saint-Quentin, Chauny, Le Nouvion)
Aisne Sud	2 (Laon, Soissons)	2 (Laon, Soissons)
Oise Est	2 (Compiègne, GHPSO)	3 (Compiègne, GHPSO)
Oise Ouest	1 (Beauvais)	1 (Beauvais)
Somme	2 (Amiens, Abbeville)	2 (Amiens, Abbeville, Doullens)
Picardie	**9**	**12**

Sources : INSEE, PMSI, autorisations, enquêtes	France hexagonale	Picardie	Part de la Picardie	Territoire santé Aisne Nord	Territoire santé Aisne Sud	Territoire santé Oise Est	Territoire santé Oise Ouest	Territoire santé Somme
Population 2007 75 ans et plus	5 260 196	142 288	2,70%	26 536	23 153	29 264	21 027	42 308
Pourcentage de 75 ans et plus	8,5	7,5	88,24%	8,9	8,1	6,3	6,4	8,1
Indice de vieillissement*	87,70	73,90		85,50	77,90	64,20	63,10	81,80
Nb d'hospitalisation 75 ans et plus (MCO) 2010		153504		37263	19114	31308	14435	51384
Taux d'hospitalisation 75 ans et plus		107,9		140,4	82,6	107,0	68,6	121,5
Services de court séjour gériatrique		14		2	3	5	1	3
Equipes mobiles gériatriques		9		2	2	2	1	2
SSR spécialisés PA polypatho (établissements autorisés)		29		5	3	10	3	8
Nb de services de SLD		25		6	2	6**	4	7
Nb de lits de SLD		1 336		224	91	304	299	418
Nb lits SLD/1000 pers +75 ans	6,4	9,39		8,44	3,93	10,39	14,22	9,88

* nombre de 60 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans
** hors hôpital Paul Doumer de Liancourt (AP-HP)

1.2 Analyse qualitative de l'offre

La région se caractérise par :

- Une démographie des professionnels de santé défavorable :

La situation défavorable de la démographie médicale, comme paramédicale (notamment infirmiers, professionnels de rééducation, psychologues, orthophonistes, pédicures-podologues) et la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire, constituent un frein pour :

- organiser et déployer des filières gériatriques,
- assurer la continuité et la sécurité des soins, notamment dans les services de médecine, SSR et USLD de taille modeste,
- développer et faciliter les articulations entre les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- développer les missions et le maillage territorial des réseaux de santé gérontologiques et spécialisés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

- Un taux d'équipement en unités de soins de longue durée supérieur à la moyenne nationale, avec des disparités fortes selon les territoires de santé

La Picardie occupe le troisième rang des régions de France hexagonale pour ce qui concerne le taux d'équipement en unités de soins de longue durée.

Le territoire Aisne-Sud apparaît toutefois fortement sous-équipé au regard de la moyenne nationale, avec seulement deux implantations pour 91 lits.

- Un taux d'hospitalisation en services de court séjour des personnes âgées de 75 ans et plus supérieur à la moyenne nationale

- Une offre de soins (SSR et USLD) dispersée

La Picardie compte 25 unités de soins de longue durée et 29 services de soins de suite et de réadaptation autorisés, spécialisés dans la prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Un grand nombre d'établissements autorisés pour ces activités de soins, établissements de proximité, disposent de services de faible capacité (une trentaine de lits).

Compte tenu des contraintes de démographie précitées, cet éparpillement est susceptible d'exposer certains établissements à des difficultés pour garantir les recrutements nécessaires à la mise en œuvre des conditions techniques de fonctionnement minimales applicables à ces activités de soins.

Pour autant, les acteurs de santé insistent sur la nécessité de permettre aux patients âgés d'avoir accès à une offre de soins diversifiée au plus près de leur lieu de vie.

- Des filières de soins gériatriques insuffisamment identifiées

Les filières gériatriques se structurent autour des établissements supports définis par le précédent schéma d'organisation sanitaire :

- Territoire de santé Aisne-Nord / Haute Somme : CH de Saint-Quentin, CH de Chauny/La Fère
- Territoire de santé Aisne-Sud : CH de Laon, CH de Soissons
- Territoire de santé Oise-Est : CH de Compiègne, GHPSO (Creil-Senlis)
- Territoire de santé Oise-Ouest : CH de Beauvais

- Territoire de santé Somme : CHU d'Amiens, CH d'Abbeville

Les dispositifs de soins que doivent proposer les filières gériatriques, conformément à la circulaire du 28 mars 2007, sont développés au sein des territoires de santé picards (services de court séjour gériatrique, consultations et hôpitaux de jour gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, soins de suite et de réadaptation spécialisés, unités de soins de longue durée).

Néanmoins, aucune filière gériatrique n'a fait l'objet d'une labellisation au niveau régional.

Même si certaines filières sont davantage structurées que d'autres, les filières gériatriques demeurent ainsi globalement insuffisamment identifiées, en termes :

- de définition des liens fonctionnels établis entre les différents dispositifs de soins constitutifs de la filière, mais aussi entre les établissements de santé membres de la filière,
- de coordination avec les établissements et services médico-sociaux,
- d'organisation formalisée d'un parcours de soins du patient âgé coordonné entre tous les acteurs de la filière, y compris les acteurs du secteur médico-social et du secteur ambulatoire.

- <u>Une absence de fluidité dans les parcours de soins des personnes âgées</u>

L'organisation encore inégale des parcours de soins des patients âgés entre le domicile / les établissements médico-sociaux et les établissements de santé, mais aussi au sein des établissements de santé, se traduit par :

- des hospitalisations inutiles, notamment de patients âgés en fin de vie, ou sollicitées « par prudence » par les EHPAD (exemple des transferts opérés en soirée ou en fin de semaine). Ces demandes d'hospitalisation mettent en évidence un manque de formation des équipes soignantes des EHPAD, mais aussi des problématiques de permanence des soins au sein des structures médico-sociales,
- des passages aux urgences évitables, qui contribuent à l'engorgement des services d'accueil des urgences. Ce mode d'entrée, quand il est récurrent ou systématique, illustre l'identification insuffisante de la filière gériatrique, notamment en termes de connaissance et de coopération directe entre les professionnels de santé hospitaliers et extra hospitaliers de la filière,
- un manque de prise en compte des spécificités du patient âgé au sein des services d'accueil des urgences, dans l'organisation de l'accueil, de l'orientation, de l'accès à un avis gériatrique, mais aussi de la sortie (exemple de retours à domicile ou en EHPAD peu ou pas préparés en termes de relais de prise en charge),
- des durées moyennes de séjour longues (notamment dans les services de médecine et de SSR), liées à la saturation des structures sanitaires, et donc des inadéquations de prise en charge.

Ces défauts d'organisation constituent des facteurs de risque d'aggravation de l'état de santé et de dépendance des personnes âgées.

Les équipes mobiles de gériatrie ont un rôle structurant à jouer dans la fluidification de la filière. Elles sont toutefois insuffisamment dimensionnées pour mettre en œuvre pleinement leurs missions. En particulier, elles n'interviennent pas du tout dans les structures extra hospitalières.

- <u>Un accompagnement en psycho-gériatrie à renforcer</u>

Les acteurs des filières gériatriques, du secteur hospitalier, comme des secteurs médico-social et ambulatoire, témoignent de difficultés d'accès aux filières de soins de santé mentale

pour les personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (troubles du comportement, démences). Ces difficultés sont, en particulier :

- une réponse insuffisante des établissements de santé mentale en termes d'évaluation médico-psychosociale, notamment en EHPAD et au domicile des personnes âgées,
- une réponse insuffisante en termes de relais temporaire de prise en charge, en unité d'hospitalisation spécialisée en psycho-gériatrie.

- Des filières spécialisées à développer

Le repérage et la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées :

- Les consultations mémoire :

Les centres de consultation mémoire labellisés assurent un dépistage de la maladie d'Alzheimer sur 21 sites hospitaliers en région Picardie.
Pour autant, l'accès à cette offre de dépistage n'est pas homogène selon les territoires. Ainsi, si le territoire Aisne-Nord / Haute Somme se caractérise par une offre organisée sur huit sites, les territoires Oise-Ouest et Aisne-Sud ne comptent que trois sites chacun.
Par ailleurs, les files actives des centres de consultation mémoire constatées dans l'Oise sont les moins importantes de la région.

- Les unités d'hébergement renforcées (UHR) en USLD et les unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR :

En application des mesures du Plan Alzheimer 2008-2012, une offre spécialisée et spécifique de prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées doit être organisée en établissement de santé, dans le cadre des activités de SSR et de SLD. La Picardie a ainsi un objectif de création de 6 unités d'hébergement renforcées en USLD et de 3 unités cognitivo-comportementales en SSR, par spécialisation de capacités d'hospitalisation existantes.
Suite à appels à projets, quatre établissements de santé ont d'ores et déjà bénéficié des financements dédiés à la création d'UHR :

- CH de Beauvais (territoire Oise-Ouest),
- CH de Saint-Quentin (territoire Aisne-Nord / Haute Somme),
- CH de Compiègne (territoire Oise-Est),
- GHPSO, sur le site de Senlis (territoire Oise-Est).

De même, deux établissements ont reçu les financements dédiés à la création d'UCC :

- CHU d'Amiens (territoire Somme),
- Hôpital de Villiers-Saint-Denis (territoire Aisne-Sud).

Le programme de création d'UHR et d'UCC reste ainsi à finaliser, dans une logique de maillage cohérent du territoire. Par ailleurs, au-delà des financements alloués, il conviendra de veiller à l'installation de ces unités. En effet, peu d'unités financées ont été effectivement mises en œuvre. A cet égard, les acteurs hospitaliers invoquent la difficulté de créer cette offre spécifique en spécialisant et donc en supprimant des capacités d'hospitalisations généralistes existantes et jugées indispensables.

Enfin, les modalités d'accès à ces dispositifs spécialisés restent à préciser.

La prise en charge des patients âgés de moins de 60 ans en USLD :

Les unités de soins de longue durée ont également vocation à accueillir des patients âgés de moins de 60 ans, en aval des services de soins de suite et de réadaptation notamment.

Le nombre de ces patients est actuellement de l'ordre de 4 % des patients pris en charge en USLD.
Les USLD picardes ne sont majoritairement pas encore organisées pour assurer des prises en charge spécifiques de patients de moins de 60 ans, en particulier dans des unités dédiées.
Leur place dans les filières de soins spécialisées (en particulier AVC, EVC-EPR, traumatismes crâniens) reste à spécifier.

2. OBJECTIFS

1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

- **Assurer aux patients âgés l'accès à une offre de prises en charge spécifiques en gériatrie complète, graduée, sur l'ensemble du territoire picard**

Les filières de soins gériatriques doivent couvrir l'ensemble de la région. L'organisation territoriale de chacune d'entre elles repose sur un principe de graduation des soins. L'ensemble de l'offre de prises en charge spécifiques en gériatrie doit ainsi pouvoir être proposé, sur deux niveaux de prise en charge :

- un niveau de recours infra régional (établissement support de la filière) qui assure une prise en charge 24 heures sur 24 d'activités non programmées et programmées. Le niveau de recours garantit l'orientation rapide du patient âgé au sein de la filière ou dans un service spécialisé non gériatrique. Doté d'une structure d'accueil des urgences, il propose l'offre de prises en charges spécifiques en gériatrie suivantes : court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, centre de consultations d'évaluation gériatrique, voire pôle d'évaluation gériatrique, hôpital de jour gériatrique.
- un niveau de proximité : des structures intermédiaires et des établissements de proximité disposent au minimum de lits de SLD et/ou de SSR spécialisés. Certains établissements disposent par ailleurs d'autorisations en médecine d'urgence et/ou en médecine. Les établissements dotés de services de médecine participent, au sein de la filière, à la prise en charge des patients en amont, dans leurs lits de médecine au titre d'une immédiate proximité et d'une prise en charge de premier niveau ne justifiant pas d'une hospitalisation en court séjour gériatrique et en aval, à l'issue d'une hospitalisation dans l'établissement de santé support de la filière, au sein de leurs services de SSR ou de SLD.

L'établissement support de la filière assure également un rôle de proximité. A ce titre, il peut mettre en œuvre des activités de SLD et de SSR.

Les filières gériatriques peuvent être territoriales ou infra-territoriales. Les projets médicaux des communautés hospitalières de territoire ou les conventions constitutives des filières devront préciser les missions de chaque établissement membre de la filière et les modalités d'articulation entre le niveau de recours et les établissements de proximité.

<u>Déclinaison territoriale - cible :</u>
Niveau de recours infra régional (établissements supports d'une filière gériatrique) :

- Territoire de santé Aisne-Nord / Haute Somme : CH de Saint-Quentin,
- Territoire de santé Aisne-Sud : CH de Soissons,
- Territoire de santé Oise-Est : CH de Compiègne, GHPSO,
- Territoire de santé Oise-Ouest : CH de Beauvais,

- Territoire de santé Somme : CHU d'Amiens.

- **Engager une réflexion partenariale sur le rééquilibrage territorial de l'offre en unités de soins de longue durée**

Compte tenu du taux d'équipement picard en USLD, supérieur à la moyenne nationale, l'hypothèse d'une augmentation du nombre de lits global est très improbable.
Aussi, un rééquilibrage territorial de l'offre d'USLD, au profit du territoire Aisne-Sud, fortement sous-équipé, ne peut être envisagé que par redéploiement de capacités installées dans d'autres territoires de santé parmi les plus dotés.
La création d'une nouvelle implantation dans le territoire Aisne-Sud, ou l'extension d'un service existant, suppose ainsi un travail préalable de concertation avec les acteurs de santé des territoires et avec les Départements concernés (co-financeurs des USLD), notamment sur la base de l'analyse des résultats des coupes PATHOS révisées en 2011.

- **Améliorer la prise en charge en urgence des personnes âgées**

Le développement des coopérations, au sein des filières gériatriques, entre services hospitaliers et établissements et services médico-sociaux et professionnels de santé du secteur ambulatoire doit notamment viser l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en urgence, et permettre ainsi :

- d'éviter les hospitalisations inutiles et de limiter le recours aux services d'urgence, en :
    - renforçant les équipes mobiles de gériatrie, afin de développer les interventions extra hospitalières dans les établissements sanitaires partenaires et les établissements et services médico-sociaux,
    - contribuant à l'amélioration de la formation des équipes soignantes des structures médico-sociales,
    - facilitant les contacts directs entre les acteurs de la filière gériatrique (liens entre le médecin coordonnateur et l'équipe mobile et/ou un gériatre référent).

- d'éviter les hospitalisations en fin de vie, en :
    - confortant les équipes mobiles de soins palliatifs, afin de développer la prise en charge des soins palliatifs et la culture palliative en EHPAD, notamment.

- d'améliorer les conditions de prise en charge aux urgences des patients âgés (voir volet médecine d'urgence), en :
    - renforçant l'intervention des équipes mobiles de gériatrie,
    - créant des circuits courts de prise en charge,
    - améliorant la coordination avec les structures médico-sociales (organisation des orientations vers les structures de médecine d'urgence après régulation du centre 15 et organisation des retours vers les structures, en particulier la nuit).

- **Développer l'offre de soins spécialisés pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées**

- Poursuivre la labellisation de centres de consultation mémoire, sur la base du cahier des charges défini par la circulaire du 20 octobre 2011, en coopération étroite avec le centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR - CHU d'Amiens).

Il s'agira en priorité de procéder à l'examen des projets gelés depuis 2008, présentés en particulier par des établissements de l'Oise.

Chaque établissement de santé support de filière gériatrique doit pouvoir mettre en œuvre une consultation mémoire labellisée et accompagner la création d'antennes dans des établissements de proximité.
Les objectifs de création de consultations mémoire ou de déploiement d'antennes seront repris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé.

- Identifier des consultations mémoire libérales, en application de la circulaire précitée et en coopération étroite avec le CMRR (SROS ambulatoire).

- Poursuivre le programme de création des UHR et UCC et veiller à la mise en œuvre effective de ces unités.

Dans le cadre du programme de création de 6 UHR en Picardie, deux unités restent à financer. Afin d'assurer l'équité territoriale, un appel à projets sera lancé auprès des établissements de santé des deux territoires de santé actuellement non pourvus :

  - Territoire de santé Somme,
  - Territoire de santé Aisne Sud.

Par ailleurs, le centre hospitalier de Beauvais (territoire de santé Oise-Ouest) a été retenu, dans le cadre d'un appel à projets, pour mettre en œuvre la troisième UCC de la région.

Au-delà des financements octroyés, il s'agira d'installer effectivement ces unités spécialisées. A cet égard, les difficultés identifiées par les acteurs hospitaliers pour organiser la spécialisation de lits existants de SSR ou de SLD ne peuvent trouver de solution que dans la structuration des filières gériatriques, par une organisation des parcours de soins en SSR ou en SLD non pas au niveau de chaque établissement, mais entre tous les établissements de la filière, et par une meilleure articulation avec les intervenants en aval de l'hospitalisation complète (établissements et services médico-sociaux, services d'hospitalisation à domicile).
Cela étant, la mise en œuvre d'une UHR dans le territoire Aisne-Sud est liée à une augmentation des capacités de SLD sur ce territoire.

Enfin, les établissements disposant d'une UCC et/ou d'une UHR devront préférentiellement assurer la prise en charge de patients issus du territoire de santé, pour ce qui concerne les UHR, et du département pour ce qui concerne les UCC.

- Faire connaître ces dispositifs spécialisés (consultations mémoire, UHR, UCC)

Afin d'organiser la coopération entre professionnels intervenant auprès de patients âgés atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, en établissement de santé, en EHPAD ou en ambulatoire, il convient d'assurer la promotion de l'offre sanitaire existante.
Des actions de communication régionale portant sur le maillage territorial en consultations mémoire, UHR, UCC, les conditions et modalités d'accès aux dispositifs, les professionnels de santé ressources, sont ainsi à développer.

- **Améliorer l'accès aux soins psychiatriques**

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie générale doivent s'organiser pour répondre aux besoins de soins psychiatriques de l'ensemble des patients âgés domiciliés en Picardie :

  - en proposant une offre d'hospitalisation en unités spécialisées,
  - en contribuant à l'évaluation médico-psychosociale du patient âgé, en service de soins somatiques, en établissement médico-social ou à domicile.

Les services répondant à ces objectifs existent en Picardie, mais le niveau de prestation offert est inégal selon les territoires. Une coopération étroite entre acteurs des filières

gériatriques et acteurs de la santé mentale est donc essentielle afin de développer et d'harmoniser la réponse aux besoins de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.

A cet égard, les difficultés rencontrées par les professionnels de santé des filières gériatriques mettent en évidence la nécessité de :

- développer et conforter au sein des établissements autorisés en psychiatrie des cellules d'évaluation ou de consultations. Dans ce cadre, les établissements de santé mentale interviennent sur demande expresse d'un médecin (gériatre, médecin coordonnateur en EHPAD ou médecin traitant),
- formaliser un répertoire des ressources à disposition notamment des médecins des secteurs médico-social et ambulatoire, leur permettant d'identifier le psychiatre référent à contacter,
- formaliser, entre établissement support de filière gériatrique / établissements et services médico-sociaux et établissements de santé mentale, des conventions de coopération précisant notamment les modalités d'admission de patients en unités de géronto-psychiatrie.

La contribution des établissements autorisés en psychiatrie au fonctionnement des filières gériatriques sera déclinée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

- **Spécifier la place des USLD dans les filières de soins spécialisées**

Afin d'organiser davantage la prise en charge des patients âgés de moins de 60 ans et de répondre aux besoins d'aval des filières de soins spécialisées, il conviendra d'engager une réflexion visant à spécialiser et identifier des services de soins de longue durée, au sein d'USLD existantes, pour compléter l'offre de soins dédiée à la prise en charge :

- de patients présentant un EVC ou un EPR (un service),
- de patients victimes d'AVC, de traumatismes crâniens (un service).

Cette réflexion doit être menée sur la base de l'analyse des coupes PATHOS révisées. Le cas échéant, des appels à projets ciblés pourront être lancés auprès des établissements autorisés en SLD.

- **Agir sur la démographie médicale**

La densité médicale et l'inégale répartition des médecins spécialistes en Picardie sont un frein à la structuration complète des filières gériatriques et à la consolidation de certaines offres de soins de proximité (SLD, SSR).
L'enjeu est double :

- une stratégie de recrutement de nouveaux gériatres, qui doit être définie au niveau de chaque filière gériatrique,
- un enjeu d'optimisation et de partage du temps médical spécialisé, par la mise en place d'équipes médicales communes au sein de chaque filière.

2 AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

- **Structurer et labelliser les filières de soins gériatriques**

Les missions et modalités d'organisation des filières gériatriques définies par la circulaire du 28 mars 2007 doivent être déclinées dans chaque territoire de santé. Les filières doivent pouvoir être clairement identifiées, à chaque niveau de prise en charge, par les patients et les professionnels de santé (notamment des secteurs ambulatoire et médico-social).
Il s'agira ainsi de poursuivre la structuration des filières gériatriques, en s'appuyant notamment sur les dynamiques déjà observées dans certaines filières ou dans le cadre de l'élaboration de projets médicaux de CHT et de procéder à leur labellisation.

A cette fin, un cahier des charges pourra être élaboré au sein des territoires de santé et notamment de chacune des CHT. Si les modalités concrètes d'organisation et de coopération doivent être déclinées au niveau des territoires, les principaux objectifs suivants méritent d'être fixés à chaque filière :

- proposer au patient l'ensemble de l'offre de prises en charge spécifiques en gériatrie (voir supra) ; les liens fonctionnels entre chaque composante de cette offre doivent être précisés,
- définir la répartition des missions entre établissement support et établissements de proximité, afin d'identifier les structures d'aval prioritaires par centre de recours et les différents acteurs impliqués dans la filière,
- mettre en place les outils nécessaires à la coordination et à l'information des acteurs de la filière (partage de dossiers, télémédecine, dossiers d'admission commun…), afin d'assurer l'orientation du patient dans le service le plus adapté à ses besoins et de faciliter sa sortie d'hospitalisation,
- définir, donc, le parcours de soins du patient, entre le domicile, l'hospitalisation à ses différents niveaux de prise en charge, et l'établissement ou le service médico-social,
- définir les modalités de prise en charge spécifique des patients âgés au sein du service d'accueil des urgences (évaluation spécialisée rapide, accueil physique différencié…),
- promouvoir et permettre l'intervention des équipes mobiles de gériatrie en extra hospitalier, au sein des unités de médecine des établissements de proximité, mais aussi en EHPAD, afin de faciliter les formations, les partages de bonnes pratiques, afin d'organiser également les hospitalisations dans les centres de recours quand elles sont nécessaires et d'éviter les orientations vers les urgences quand cela est possible ; un cahier des charges visant à définir les missions, les modalités d'organisation en fonction des niveaux d'activité, les conditions de financement des équipes mobiles sera défini,
- organiser et formaliser, au niveau du territoire d'implantation de la filière, les partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les établissements et services médico-sociaux, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le retour à domicile,
- décrire les modalités d'accès des patients aux soins spécialisés (soins palliatifs, psychiatrie, offre spécialisée pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées…),
- développer les échanges de pratiques, les formations, les réflexions communes notamment éthiques,
- préciser les modalités de gouvernance administrative et médicale de la filière.

La filière doit pouvoir être évaluée et des programmes qualité doivent pouvoir être engagés.

La contribution attendue de chaque établissement de santé au fonctionnement d'une filière gériatrique sera déclinée et évaluée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

3 AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

La structuration complète des filières gériatriques et l'organisation du parcours de soins du patient âgé coordonné entre tous les acteurs de la filière, y compris les services d'HAD et les acteurs du secteur médico-social et du secteur ambulatoire, doit permettre de fluidifier le fonctionnement de la filière, et donc de :

- réduire les hospitalisations inadéquates dans les services de soins des établissements de santé (médecine, SSR, SLD),
- développer les complémentarités entre acteurs et les substitutions d'activité, afin de favoriser le retour ou le maintien à domicile des personnes âgées,
- diminuer les hospitalisations injustifiées et les ré-hospitalisations,
- limiter les hospitalisations via les services d'accueil des urgences.

4 AMELIORER LA COORDINATION AVEC LA PREVENTION ET LE MEDICO-SOCIAL

L'organisation du parcours de soins des patients âgés doit être mise en œuvre au sein des filières gériatriques en y associant pleinement les établissements médico-sociaux (notamment EHPAD).

Cette association mérite d'être formalisée par une convention de partenariat entre la structure médico-sociale et l'établissement de santé support de la filière gériatrique. Cette convention doit notamment préciser :

- les modalités d'admission des résidents de l'établissement médico-social au sein de la filière,
- les modalités d'admission ou de retour des résidents en établissement médico-social après une hospitalisation,
- les modalités d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière,
- les modalités d'accès aux consultations d'évaluation gériatriques, consultations mémoire, hôpital de jour gériatrique, UHR,
- les modalités d'accès aux soins palliatifs (lits identifiés, équipe mobile, réseau de santé spécialisé),
- les modalités et outils de partage des informations médicales,
- les partenariats envisageables en termes de formations communes et de développement de pratiques communes (protocoles de soins, dossiers communs).

L'amélioration de l'articulation entre établissements de santé et établissements médico-sociaux, en intégrant ces derniers aux filières gériatriques, doit notamment viser à :

- éviter les hospitalisations « par prudence » en provenance des EHPAD particulièrement,
- éviter les hospitalisations en fin de vie, en développant la prise en charge et la culture des soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux,
- limiter les passages aux urgences.

A cet égard, les modalités d'articulation devront être suffisamment souples pour favoriser les contacts directs entre les médecins de la filière (entre médecin coordonnateur en EHPAD et médecin responsable de l'équipe mobile de gériatrie, entre médecin coordonnateur et médecin gériatre identifié comme référent pour les EHPAD) et faciliter ainsi un accès plus

direct des patients à un avis ou un service spécialisé au sein de la filière. Un répertoire de ressources pourra ainsi utilement être élaboré à l'intention des établissements médico-sociaux.

3. DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DEFINIES DANS LE PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Définir les modalités de gouvernance et d'animation des filières gériatriques.
- Définir dans les CPOM l'inscription de l'établissement dans une filière de soins gériatriques en y précisant son rôle et celui de ses partenaires.
- Dresser une cartographie des filières de soins gériatriques identifiées.

Diversifier et graduer les modes de prises en charge de la population au regard de ses besoins et des moyens disponibles

- Labelliser des filières de soins gériatriques proposant l'ensemble de l'offre de prises en charge spécifiques en gériatrie, selon une organisation graduée comprenant deux niveaux de prise en charge : un niveau de recours et un niveau de proximité.

Agir sur la démographie des professionnels de santé en rendant attractive la région par des mesures d'incitation à l'installation

- Développer les postes médicaux partagés.

Renforcer la formation des professionnels qui agissent directement ou indirectement dans les domaines de la santé

- Développer la formation continue des professionnels de santé.
- Contribuer à la formation des professionnels intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, via les équipes mobiles de gériatrie notamment, les échanges de bonnes pratiques, la diffusion de protocoles de soins

Assurer le respect des normes et référentiels quant à la prise en charge et l'accompagnement des personnes

- Assurer la prise en charge des patients âgés au sein des filières gériatriques et des filières spécialisées pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement applicables à certaines activités de soins, aux normes et cahiers des charges définis par les circulaires de référence, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes.

Développer le partage d'informations que ce soit entre les professionnels de santé et la population qu'entre professionnels de santé

- Développer la télémédecine.
- Promouvoir l'extension du DMP.
- Organiser le partage d'outils de coordination entre acteurs de la filière, y compris des secteurs ambulatoires et médico-sociaux (dossiers d'admission commun, protocoles de prise en charge).

4. INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de filières de soins gériatriques labellisées pouvant faire l'objet d'une cartographie par territoire de santé.
- Nombre d'évaluations extra hospitalières par équipe mobile de gériatrie.
- Nombre d'interventions extra hospitalières par équipe mobile de soins palliatifs.
- Nombre de consultations mémoire labellisées et d'antennes mises en œuvre.
- Nombre de conventions, de protocoles signés entre les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux pour l'organisation des parcours de soins des personnes âgées.
- Part des séjours de médecine et chirurgie pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence.
- Taux de ré-hospitalisation dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans en plus, en court séjour.
- Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjours de médecine hospitaliers.
- Part des prises en charge d'HAD en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Nombre d'orientations demandées par des EHPAD vers un service d'accueil des urgences.
- Résultats des coupes PATHOS révisées (USLD).

5. DECLINAISON TERRITORIALE POUR L'ACTIVITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

La réflexion sur la répartition de l'offre en unités de soins de longue durée en Picardie pourra conduire à modifier le nombre d'autorisations actuellement délivrées par territoire de santé.

Territoires de santé	Implantations		Observations
	2012	2017	
Aisne-Nord / Haute Somme	6	5 à 6	
Aisne Sud	2	2 à 3	L'évolution du nombre d'implantations ne pourrait être envisagée que par redéploiement de capacités entre territoires de santé picards
Oise-Est	7 *	6 à 7	
Oise-Ouest	4	3 à 4	
Somme	7	5 à 7	
Picardie	**26**	**21 à 27**	

* Dont Liancourt (AP-HP)

Compte tenu du taux d'équipement picard en USLD, supérieur à la moyenne nationale, l'hypothèse d'une augmentation du nombre de lits global n'est pas envisageable. Aussi, un rééquilibrage territorial de l'offre d'USLD, au profit du territoire Aisne-Sud, sous-équipé, ne peut être envisagé que par redéploiement de capacités installées dans d'autres territoires de santé parmi les plus dotés.
La création d'une nouvelle implantation dans le territoire Aisne-Sud, ou l'extension d'un service existant, suppose ainsi un travail préalable de concertation avec les acteurs de santé des territoires et avec les Départements concernés (co-financeurs des USLD), notamment sur la base de l'analyse des résultats des coupes PATHOS révisées en 2011."

Dans le **territoire de santé Somme**, une implantation est susceptible de disparaître, dans le cadre d'un projet de fusion entre deux établissements de santé et d'un regroupement sur un seul site des deux USLD actuellement autorisées.

FILIERE MEDECINE DES DETENUS

PREAMBULE

L'amélioration de l'accès à la santé des personnes placées sous main de justice, et plus spécifiquement des personnes détenues, s'inscrit dans la politique régionale de l'ARS.

L'article L1431-2 du Code de la santé publique précise que «*les ARS sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région […] de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. .A ce titre […] elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire».*

Depuis 1994, la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues relève du ministère de la santé. L'organisation des soins des personnes détenues repose sur un principe de graduation des prises en charge.

- Au sein de chaque établissement pénitentiaire : une **unité de consultations et de soins ambulatoires** (**UCSA) assure la prise en charge sanitaire somatique et psychiatrique** ; soit en Picardie 6 UCSA porté par 6 établissements publics de santé et, par convention, 2 établissements publics de santé mentale, celui de Clermont pour l'Oise et celui de Prémontré pour l'Aisne.
- Au sein des établissements de santé habilités à recevoir des personnes détenues : une ou plusieurs **chambres sécurisées permettent l'hospitalisation de proximité en urgence ou l'hospitalisation programmée de très courte durée.**
- **Le service médico-psychologique régional (SMPR)** est implanté à la maison d'arrêt d'Amiens et rattaché au CH Philippe Pinel dont le service d'accueil de jour dispose d'une unité dédiée de 7 cellules et de locaux destinés aux ateliers thérapeutiques à temps partiel.
- **L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)** de la Pitié Salpêtrière et de l'établissement public de santé de Fresnes (EPSF).
- **L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)** structure de soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, est rattachée au CHU de Lille et d'une capacité de 60 places ; son installation à Seclin est prévue pour 2013.

A l'échelle nationale, le **plan d'actions stratégiques 2010-2014** – politique de santé pour les personnes placées sous main de justice – fait état de l'importance des besoins de santé de cette population et pose 3 grands principes :

- **les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale ;**
- **les plans et programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral ;**
- **la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période d'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé.**

L'accès à la santé des personnes placées sous main de justice a fait l'objet en 2011/2012 d'un programme stratégique prioritaire de l'ARS Picardie, piloté par un référent thématique

transversal régional identifié aussi bien en interne qu'à l'égard des partenaires extérieurs et des ministères de la santé et de la justice.

La mise en place d'un comité technique régional (COTER) a permis d'impliquer les professionnels experts dans les propositions d'orientations qui, pour la plupart d'entre elles, sont inscrites dans le projet régional de santé et en particulier le SROS, et seront déclinées dans le plan d'actions régional.

L'enjeu à 5 ans est de structurer une offre qui assure la continuité des soins pour le patient avec un effort particulier pour améliorer l'organisation de la prise en charge des conduites addictives et l'amélioration des filières de soins en urgence.

1 DIAGNOSTIC

1 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS

1-1 Analyse quantitative de l'offre

La Picardie compte 6 établissements pénitentiaires. La capacité d'accueil théorique cumulée est de 1784 places, tous régimes de détention confondus soit environ 3,25% du parc pénitentiaire national.
Ces établissements relèvent de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) du Nord-Pas de Calais, Picardie et Haute-Normandie.

Le tableau inséré dans la partie diagnostic permet d'identifier la répartition des capacités des établissements pénitentiaires de Picardie par régime de détention.

Comme à l'échelle nationale, la surpopulation carcérale en Picardie est une réalité en maison d'arrêt avec des taux d'occupation oscillant entre 150 et 200%. En revanche, la règle de l'encellulement individuel est strictement respectée dans les établissements pour peines - centres de détention et maisons centrales - .
La création de nouvelles places prévues dans le programme immobilier pénitentiaire et les dispositifs d'aménagements de peines devraient contribuer à améliorer cette situation.

La Picardie est susceptible d'être concernée par la création d'un nouvel établissement pénitentiaire dans l'Oise.

Il est à noter également la spécificité de l'établissement pour peines de Château-Thierry au sein duquel sont affectées les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques sévères entrainant des difficultés majeures au maintien dans l'établissement pénitentiaire d'origine et pour lesquelles les perspectives de réinsertion sociale sont limitées.

Territoire de santé	Etablissement pénitentiaire	Capacité d'accueil par régime de détention			Capacité d'accueil globale	Soins somatiques	Soins psychiatriques
		Maison d'arrêt	Centre détention	Maison centrale			
Somme	**Amiens**	307	/	/	**307**	**CHU Amiens**	**CH P. Pinel Amiens** *SMPR*
Oise Ouest	**Beauvais**	117	/	/	**117**	**CH Beauvais**	**CHI de Clermont de l'Oise** *« Fédération de soins aux détenus »*
Oise Est	**Compiègne**	82	/	/	**82**	**CH Compiègne**	
	Liancourt	345 + 20 mineurs.	384	/	**749**	**GHPSO – groupe hospitalier public du sud de l'Oise**	
Aisne Sud	**Laon**	180 + 15 mineurs.	200	/	**395**	**CH Laon**	**EPSMD de Prémontré**
	Château-Thierry	/	33	101	**144**	**CH Château-Thierry**	
Aisne Nord Haute Somme	*Aucun*	/	/	/	**/**	**/**	/

Sources OSSD – observatoire des structures de santé des personnes détenues (données déclaratives) et données issues des rapports d'activité des établissements de santé

1-2 Analyse qualitative de l'offre

Cette analyse porte à la fois sur une évaluation des moyens humains et matériels ainsi que sur une observation de l'activité réalisée.

- **Comme pour la population générale, les données de démographie médicale sont un facteur d'inquiétude pour l'organisation de l'offre de soins des personnes détenues**

En Picardie, le nombre de médecins généralistes pour 1000 détenus est de 2.06 ETP alors qu'il est de 2.98 ETP à l'échelle nationale. En revanche, la Picardie se situe dans la moyenne et au-dessus concernant respectivement les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes.
Concernant les personnels non médicaux, le taux d'encadrement observé à l'échelon régional s'apparente à celui observé en France.

Il est à noter l'effet seuil identifié en termes de ratio d'encadrement des professionnels de santé dans les établissements pénitentiaires. Par exemple, en Picardie on compte 13.85 ETP IDE pour 1000 détenus. La moyenne est de 25.3 ETP dans les établissements pénitentiaires de moins de 200 places alors qu'elle n'est plus que de 9.8 ETP dans les établissements d'une capacité de 800 à 1000 places.
De plus, la surpopulation observée en maison d'arrêt vient également nuancer les chiffres : des effectifs plus importants peuvent être justifiés par une sur-occupation du quartier maison d'arrêt.

Concernant les soins psychiatriques, les besoins de la population carcérale sont plus importants et sans doute mieux ciblés que ceux de la population générale. Cela suppose donc un temps effectif de psychiatre suffisant pour prendre en charge cette population spécifique en détention. En Picardie, malgré les difficultés de recrutement constatées, il convient de s'attacher à pourvoir les postes de psychiatres vacants. Le nombre de psychologues et d'infirmiers psychiatriques observés en Picardie s'inscrit dans la moyenne nationale.

- **L'informatisation reste à améliorer**

5 UCSA sur 6 disposent d'un équipement de radiographie numérisée. Toutes les UCSA sont équipées d'un fauteuil dentaire. En revanche, l'informatisation est un point faible. Elle doit être encouragée pour améliorer les échanges d'information et le parcours de soin de patient.

- **Le recours aux urgences de la population carcérale en Picardie est nettement supérieur à la moyenne nationale**

L'activité de médecine générale déclarée est conséquente avec une moyenne de 14 consultations par détenu – contre 9 en moyenne au niveau national. Il en est de même pour les consultations dentaires qui sont estimées à 3.4 par détenu contre 2.9 au niveau national.
Le nombre d'extractions programmées pour une consultation/examen est de 84 pour 100 détenus. Ce chiffre se situe dans la moyenne nationale.
Le nombre d'hospitalisation en UHSI est inférieur à la moyenne nationale alors que les hospitalisations dans leur ensemble sont supérieures. Par conséquent, il est important d'améliorer cette situation et de favoriser le recours à l'UHSI.
Autre axe de travail : l'organisation de la prise en charge de l'urgence. Ont été observées en 2010, 245 extractions en urgence pour 1000 détenus contre 165 à l'échelle nationale.
Concernant le dépistage VIH/VHC, les chiffres picards sont encourageants et démontrent les efforts réalisés en ce sens.

2. OBJECTIFS

2.1 Amélioration de l'accès aux soins

Pour améliorer l'accès aux soins, il convient d'organiser l'offre de soins somatiques et psychiatriques afin d'éviter toute rupture dans le parcours de soins du patient, parcours qui doit se poursuivre en dehors du milieu carcéral.

A) Concernant les soins somatiques, trois axes de travail sont identifiés :

1. L'accès aux soins spécialisés

L'organisation d'avis spécialisés en milieu carcéral doit être privilégiée et développée pour éviter la multiplication des extractions qui, du fait des contraintes organisationnelles, peuvent contribuer à allonger les délais d'accès aux soins.

Ce développement implique le recours à la télémédecine en milieu carcéral. Les professionnels, mais aussi les patients, devront être sensibilisés à l'intérêt d'une telle prise en charge.

2. La prise en charge de l'urgence

Les principaux établissements pénitentiaires de la région, CP de Liancourt et CP de Laon, mais aussi la maison d'arrêt de Beauvais disposent d'une astreinte hospitalière supportée par l'établissement de santé de rattachement.

Concernant la maison d'arrêt d'Amiens, le CHU a passé convention avec SOS médecin pour organiser la prise en charge médicale des patients détenus en l'absence du praticien hospitalier de l'UCSA.

La formalisation des organisations et le conventionnement permettent de préciser les responsabilités de chacun.

Cependant, ces dispositifs doivent être davantage évalués au regard des taux de recours observés.

3. Le recours à l'hospitalisation

L'organisation des hospitalisations en UHSI devra être précisée.

Le recours à l'hospitalisation est possible à 2 niveaux : le centre hospitalier de rattachement ou l'UHSI. En Picardie, le recours à l'UHSI de La Pitié Salpêtrière est le plus fréquent, notamment pour les patients du CP de Liancourt. Réglementairement, il s'agit de l'UHSI de référence pour les établissements pénitentiaires picards. Mais de plus en plus souvent, l'UHSI de Lille est sollicitée, notamment par l'UCSA d'Amiens de par la proximité géographique et les facilités d'accès.

Cette situation devra être rediscutée avec les acteurs et les autorités compétentes pour envisager l'évolution du dispositif et privilégier le recours aux UHSI pour toute hospitalisation, en dehors de celle immédiatement consécutive à la prise en charge de l'urgence.

B) Concernant les soins psychiatriques, trois axes d'amélioration sont identifiés pour développer une offre de soins graduée, entre les niveaux de proximité, régionaux et interrégionaux :

1. **Développer l'offre de soins de proximité**

Dans chaque établissement pénitentiaire, il convient de développer l'offre de soins psychiatriques en proposant notamment des activités collectives, telles que les ateliers thérapeutiques. Un accompagnement financier national est ciblé pour cela. En Picardie, le CP de Liancourt propose d'ores et déjà ce type d'activité. Plus récemment, le CP de Laon s'est engagé dans cette démarche.

2. **Conforter le SMPR**

Le SMPR est situé à la maison d'arrêt d'Amiens. Il est rattaché au CH Philippe Pinel.

Il serait pertinent de conforter cette structure en renforçant les moyens humains et en étendant son champ d'action, le SMPR ayant un caractère régional.

3. **Organiser le recours à l'UHSA**

L'UHSA à laquelle seront rattachés les établissements picards est celle de Seclin dont l'ouverture est prévue pour 2013. Cette structure accueillera les patients détenus en hospitalisation complète avec leur consentement. Les modalités d'admission devront être partagées entre les équipes médicales afin d'articuler au mieux les différents dispositifs et garantir la continuité des soins entre les différents types de prise en charge.

C) Garantir la continuité des soins est un objectif fondamental, trois éléments doivent y concourir :

1. **Le partage d'informations**

Pour organiser la continuité des soins, il faut pouvoir anticiper la sortie, qu'elle soit réalisée dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une sortie définitive. Cela suppose en amont un partage d'informations entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé, et ce dans des délais suffisants.

2. **L'accès aux droits**

Pour avoir accès aux soins, il faut avoir accès aux droits. A défaut, le renoncement aux soins est fréquent. Pour ce faire, le partenariat avec l'Assurance Maladie et l'administration pénitentiaire doit être encouragé.

3. **L'orientation du patient**

Certains dispositifs spécifiques, notamment en psychiatrie, proposés par la fédération de soins aux détenus dans l'Oise ou le CH Pinel permettent de proposer une réponse adaptée pour le suivi des personnes concernées. A défaut de dispositif spécifique, l'orientation vers les dispositifs de droit commun doit être organisée en associant le patient pour favoriser son adhésion et éviter ainsi les ruptures dans son parcours de soins.

D) Améliorer l'accès aux soins, est un enjeu majeur pour 2 types de population identifiées en milieu pénitentiaire, pour lesquelles il convient de développer une offre spécialisée à partir d'une action coordonnée de différents intervenants :

1. **Les personnes présentant des addictions**

La prévention et la prise en charge des addictions est une mission qui relève de la responsabilité de l'UCSA. Par convention, la prévention et la prise en charge doivent associer d'autres partenaires tels que les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Le plus souvent, à l'entrée, un bilan addictologique est réalisé par les professionnels de santé. Il permet de repérer les personnes pour lesquelles une prise en charge globale doit être proposée. Pour que cette prise en charge soit correctement articulée entre les différents intervenants, un protocole précisant le rôle de chacun doit être rédigé et appliqué. Ce protocole doit prévoir la désignation au sein de l'UCSA d'un coordinateur.

L'intervention des professionnels de santé des CSAPA est essentielle. Leur approche est spécialisée et leur participation à la prise en charge en détention favorise souvent le suivi en milieu ouvert, après la sortie, au sein du CSAPA.

2. **Les auteurs d'infractions à caractère sexuel**

L'administration pénitentiaire a ciblé à l'échelon national 22 établissements spécialisés dans l'accueil des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), conditionnant ainsi l'affectation des personnes incarcérées pour ce type d'infraction. En Picardie, le CP de Liancourt est identifié en tant que tel ; il a donc vocation à compter une forte proportion de condamnés pour infraction à caractère sexuel.
En 2011, un protocole santé justice prévoit des mesures de prise en charge et d'accompagnement spécifiques pour ces personnes détenues, dans l'objectif notamment d'éviter la récidive.
Ainsi, les SPIP (Services Pénitentiaires Insertion et Probation) et professionnels de santé notamment sont tenus de mettre en œuvre des dispositifs spécifiques et de les évaluer.
Ces mesures doivent être mises en œuvre avec l'appui du CRIAVS – centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles- et pourront être étendues à d'autres établissements pénitentiaires pour les AICS.

2.2 Amélioration de la qualité des soins

1. **La formation**

La formation des professionnels de santé affectés en milieu pénitentiaire doit être renforcée. L'exercice professionnel y est spécifique.

2. **Le respect de la réglementation et des bonnes pratiques**

En milieu carcéral, on peut citer plus spécifiquement quelques thématiques clés :

- la sécurisation du circuit du médicament,
- l'hygiène dans les lieux où les risques infectieux sont majorés : cabinets dentaires et des salons de coiffure,
- l'hygiène et la salubrité des établissements pénitentiaires,
- le contrôle des dispositifs de radioprotection,
- la lutte contre la légionellose.

3. La formalisation et l'évaluation des pratiques

Afin d'améliorer les soins, il convient en amont de s'interroger sur les pratiques et de les évaluer. De cette observation doivent découler des constats et des propositions d'amélioration qui doivent être formalisées dans des protocoles, procédures,… Ces documents permettent à chaque intervenant de connaître la conduite à tenir et les règles à observer et dispenser ainsi des soins de qualité.
Plus largement, le protocole de fonctionnement établi entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, visé par l'ARS et la DISP, clarifie les engagements respectifs des parties dans l'organisation des soins en faveur des personnes détenues. Ce document doit être mis à jour régulièrement et dès lors qu'une évolution significative dans l'organisation des soins intervient.

2.3 Amélioration de l'efficience du système de santé

Améliorer l'efficience, c'est ajuster au mieux les moyens aux besoins. Cela suppose donc en amont que nous disposions d'une analyse précise des besoins. Pour ce faire, il est important d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues et d'évaluer ainsi l'incidence en termes de besoins de soins par rapport à la population générale. L'enquête confiée par l'ARS à l'OR2S poursuit cet objectif. Un état des lieux de l'état de santé des entrants en détention est réalisé à partir de données déclaratives anonymisées. La contribution de chaque UCSA est sollicitée dans ce cadre.

De plus, l'évaluation des besoins et des moyens passe par l'étude des données de l'Observatoire des Structures de Santé aux personnes Détenues (OSSD). Ainsi, il convient d'améliorer l'exhaustivité et la précision des données transmises à l'OSSD afin d'utiliser des éléments fiables pour conduire cette analyse. De même, la participation des établissements de santé aux enquêtes flash menées par le niveau central à partir de cette plateforme doit être renforcée.

L'efficience du système de santé repose également sur l'optimisation des parcours de soins. Comme précisé dans la première partie, le parcours de soins du patient nécessite un partage d'informations efficace. Pour ce faire, il convient de développer les systèmes d'information et la télésanté, en particulier les téléconsultations.

Pour améliorer l'efficience du système de santé, il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de travail, les locaux et les équipements des UCSA soient suffisants et satisfaisants. Il convient de s'assurer de leur fonctionnalité et de favoriser l'unité de lieu pour les prises en charge psychiatriques et somatiques.

2.4 Amélioration de la coordination avec la prévention et le médico-social

Les objectifs prioritaires en matière de prévention et promotion de la santé sont les suivants :

- Encourager les actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire ; réduire et prévenir les risques infectieux liés à certaines activités et pratiques,
- Développer les actions de prévention des addictions,
- Renforcer la prévention du suicide en détention,
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues,
- Développer les actions d'éducation thérapeutique du patient, notamment pour les patients détenus atteints de maladie chronique,
- Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues,
- Prévenir les risques sanitaires :
    - garantir le suivi des plans et protocoles (canicule, épidémie…)

- organiser le signalement, l'analyse et le traitement des évènements indésirables graves

L'articulation avec le secteur médico-social concerne l'organisation de la prise en charge de la dépendance des personnes détenues vieillissantes ou présentant un handicap, en détention et à la sortie.

3 DECLINAISON DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSRS

Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain

- Favoriser le partenariat santé justice en réunissant régulièrement les instances, telles que le comité de coordination institué dans chaque établissement pénitentiaire et la commission régionale santé justice.
- Pérenniser le COTER.

En matière de prévention et promotion de la santé, veiller à la coordination des actions et à la bonne articulation des financements. En cela, la participation de la DISP à la commission de coordination des politiques publiques « prévention » est un levier.

Diversifier et graduer les modes de prise en charge

- Accompagner l'évolution de l'offre de soins psychiatriques proposée au CP de Laon par l'EPSMD de Prémontré.
- Déployer les actions préconisées par le protocole santé justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel en particulier au CP de Liancourt, établissement spécialisé.
- Retravailler avec chaque UCSA les filières de soins dans le cadre du parcours d'hospitalisation du patient détenu afin notamment de favoriser le recours à l'UHSI.
- Etablir dans chaque établissement pénitentiaire un protocole de prise en charge des addictions en clarifiant le rôle de chaque intervenant et en favorisant la coordination des acteurs.

Agir sur la démographie des professionnels de santé

- Organiser la sensibilisation des élèves pendant leur formation initiale à l'exercice professionnel en milieu carcéral et encourager les stages en établissement pénitentiaire afin de favoriser le choix d'une affectation en UCSA et limiter ainsi la difficulté à pourvoir certains postes médicaux ou paramédicaux dans ces services.

- Cibler des postes d'internes de médecine générale en milieu pénitentiaire.

Renforcer la formation des professionnels

- Encourager les professionnels de santé, dans le cadre de la formation continue, à se spécialiser dans la médecine pénitentiaire.
- Encourager la formation des surveillants pénitentiaires aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)

Développer la promotion de la santé

- Renforcer la prévention du suicide en détention.
- Elargir à l'ensemble des établissements pénitentiaires les actions de prévention et de promotion de la santé, tels que les parcours santé majeurs et mineurs pilotés par l'IREPS au CP de Laon.

- Développer les actions d'éducation thérapeutique.
- Développer les actions de réduction des risques infectieux en milieu carcéral.

Assurer le respect des normes et référentiels

- Evaluer le dispositif des chambres sécurisées.
- Contrôler le circuit du médicament.

Développer le partage d'informations

- Développer la télésanté.
- Encourager le recours au dossier informatisé.

Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale

- Améliorer l'exhaustivité et la précision des données transmises à l'OSSD.
- Participer à l'enquête régionale OR2S/ARS visant à obtenir des données épidémiologiques précises relatives à l'état de santé des personnes entrant en détention.

4 INDICATEURS D'EVALUATION

Afin de limiter le nombre d'indicateurs d'évaluation, le choix a été fait de n'en retenir que pour les 5 mesures phares du plan national d'actions stratégiques 2010-2014, énoncées ci-dessous.

1. **« Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants »**

Nombre de professionnels sanitaires, pénitentiaires et éducatifs formés au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire.
Nombre de cellules de protection d'urgence mises en place par établissement.
Nombre de « mesures » codétenus de soutien mises en œuvre.

2. **« Le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé »**

Nombre d'actions par thématique et par établissement pénitentiaire.

3. **« L'accessibilité des personnes détenues à des soins de santé mentale adaptés à leur état de santé »**

Nombre d'ateliers thérapeutiques proposés dans chaque établissement pénitentiaire.
Moyens financiers ciblés alloués en Picardie pour le développement du niveau régional.
Nombre de patients pris en charge au SAJ (Service d'Accueil de Jour) du SMPR par transfert d'un autre établissement pénitentiaire picard.

4. **« L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires »**

Nombre de protocoles de fonctionnement mis à jour chaque année
Evaluation à l'échelon régional de la MIG UCSA pour vérifier l'adéquation besoins/moyens et envisager le cas échéant une péréquation régionale

5. **« La définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peines »**

Nombre de situations où l'UCSA n'a pas été informée de l'aménagement de la peine/nombre total d'aménagement de peines/an/établissement pénitentiaire.

5 DECLINAISON TERRITORIALE

Territoires	Etablissement pénitentiaire	Population carcérale théorique	UCSA	Etablissement de santé concerné				SMPR
				Somatique	Chambres sécurisées	Psychiatrique	Chambres sécurisées	
Somme	MA Amiens	307	1	CHU Amiens	3	CH P. Pinel	4	1 CH P. Pinel
Aisne Nord Haute Somme								
Aisne Sud	CP Laon CP Château-Thierry	395 144	1 1	CH Laon CH Château-Thierry	1 1	EPSMD de Prémontré (UCSA/UMPA)	9	
Oise Est	CP Liancourt MA Compiègne	749 82	1 1	GHPSO CH Compiègne	2 1	CHI de Clermont de l'Oise Fédération de soins aux détenus (FSD)	10	
Oise Ouest	MA Beauvais	117	1	CH Beauvais	aucune			

V Des engagements de service public

ORGANISATION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique, le SROS procède à un inventaire des établissements de santé et de toute personne ou structure définie à l'article L.6112-2 du code de la santé publique, exerçant des missions de service public. Cet inventaire ne vaut pas reconnaissance prioritaire par lui-même.

La reconnaissance interviendra postérieurement à la publication du présent SROS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 des établissements de santé.

Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le besoin non couvert en nombre d'implantations est précisé.

La mission de service public, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

1 LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Définition

La mission de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) consiste en l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique.

Inventaire des établissements ayant bénéficié de la MIG PDSES ou d'un contrat de pratiques professionnelles (CPP)

Territoire de santé	Inventaire - 2011	Besoins	Commentaires
TS Aisne Nord Haute Somme **TS Aisne Sud** **TS Oise Est** **TS Oise Ouest** **TS Somme**	CH Chauny – Ch Guise – CH St Quentin – CH Le Nouvion – CH Vervins – CH Hirson – CH La Fère - CH Péronne – Ch Ham – Polyclinique Ste Claude CH Château Thierry – Ch Laon – CH Soissons CH Creil – CH Senlis – CH Noyon – CMCJ les Jockeys- CH Compiègne – Polyclinique Ste Côme CH Beauvais – CH Clermont de l'OIse – CH Chaumont en Vexin CHU Amiens – CH Abbeville – CH Corbie – CH Mondidier – CH Doullens – CH Albert – Polyclinique de Picardie – Clinique V Pauchet – SAS Cardio Urg Amiens	Le schéma cible PDSES détermine les besoins par territoire, en application notamment de la règlementation relatives aux normes de personnel pour certaines activités ; il vise à garantir un égal accès aux soins pour tous. Le nombre d'ES éligibles a évolué dès 2012 suite à évaluation.	La mission ne concerne pas l'activité réalisée dans le cadre de la continuité des soins. L'organisation doit s'inscrire dans une logique d'optimisation de ressources médicales existantes.

Evaluation des besoins

Le recensement des besoins par implantation, discipline et ligne de garde ainsi que le schéma cible sont déterminés dans l'annexe jointe au présent volet PDSES et seront réactualisés chaque année par avenant contractuel avec les établissements concernés.

2 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS

Définition

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

Ce périmètre n'englobe pas :

- Les réseaux de maintien à domicile, qui sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle ;

- Les unités d'hospitalisation à domicile, à moins qu'elles n'exercent un rôle spécifique de recours en ce domaine;

- Les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ;

- Les unités de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée, qui sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

Inventaire des établissements

Territoire de santé	Inventaire – 2011 USP	Inventaire – 2011 EMSP
TS Aisne Nord Haute Somme	CHG La Fère	CH st-Quentin CH Le Nouvion CH Chauny
TS Aisne Sud		CH Laon CH Soissons
TS Oise Est	GHPSO site Senlis	GHPSO sites Senlis et Creil CH Compiègne
TS Oise Ouest		CH Beauvais
TS Somme	CHU Amiens	CH Abbeville CHU Amiens CH Doullens

Evaluation des besoins

La reconnaissance de la mission de service public « soins palliatifs » évoluera dans le sens d'un regroupement des moyens et des équipes mobiles de soins palliatifs conformément aux orientations du SROS volet soins palliatifs.

3 L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET POST-UNIVERSITAIRE

Définition

La mission d'enseignement universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques.

Inventaire des établissements agréés pour recevoir des internes

Territoire de santé	Inventaire 2011
TS Aisne Nord Haute Somme	CH CHAUNY
	EPSMD AISNE - PREMONTRE
TS Aisne Sud	CH CHATEAU-THIERRY
	CH LAON
	CH SAINT-QUENTIN
	CH SOISSONS
	CRF JACQUES FICHEUX – ST-GOBAIN
	SISAT SUD AISNE
TS Oise Est	CH COMPIEGNE
	CH CREIL
	CH NOYON
	CH SENLIS
	SMTVO COMPIEGNE
	ETS DE SANTE MENTALE « LA NOUVELLE FORGE » - CREIL
	SERVICE MEDICAL INTERENTREPRISES – NOYON
	INERIS – VERNEUIL EN HALATTE
TS Oise Ouest	CH BEAUVAIS
	CH CLERMONT
	CHI CLERMONT
	CH CHAUMONT EN VEXIN
	SMIBTP BEAUVAIS
	MEDISIS BEAUVAIS
TS Somme	CH ALBERT
	CH ABBEVILLE
	CHU AMIENS
	CHP PINEL
	CH CORBIE
	CH DOULLENS
	CH HAM
	CH MONTDIDIER
	CH PERONNE
	EADS MEAULTE
	OR2S
	ARS DE PICARDIE
	UNIVERSITE DE PICARDIE – FACULTE DE MEDECINE
	PMI – CONSEIL GENERAL DE LA SOMME
	ASMIS
	RSI (REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS)

Evaluation des besoins

Les modalités d'agréments des lieux de stage sont définies par l'arrêté du 4 février 2011 des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé : le directeur général de l'ARS procède à l'agrément des lieux de stage après avis de la Commission de la subdivision d'internat.

Dans le cadre de la réforme de l'organisation du 3e cycle des études de médecine, la procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est engagée.

La commission d'évaluation des besoins de formation du 3e cycle des études de médecine sous la présidence du Doyen de l'UFR de sciences médicales définit les spécialités concernées par les besoins en formation. Le tableau ci-après reprend à titre d'information la liste des structures agréées au titre de l'internat médecine biologie médicale pharmacie au titre de l'année universitaire 2012-2013 : établissements de santé publics, privés, ESPIC, établissements médico-sociaux, organismes extra hospitaliers.

PAR TERRITOIRE DE SANTE

LISTE DES STRUCTURES AGREEES POUR RECEVOIR DES INTERNES

(Médecine, Biologie médicale, Pharmacie)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 / 2013

☒	Centres hospitaliers et Centre Hospitalier Universitaire de Picardie
⊠	Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie de Picardie
⊙	Etablissements de santé participant au service public de Picardie
⭘	Etablissements de santé privés
☐	Etablissements médico-sociaux de Picardie
◎	Organismes Extra-Hospitaliers de Picardie

Territoire Somme :	
☒	Centre HospitalierUniversitaired'Amiens
☒	Centre Hospitalier d'Albert
☒	Centre Hospitalier d'Abbeville
☒	Centre Hospitalier de Corbie
☒	Centre Hospitalier de Doullens

☒	Centre Hospitalier de Montdidier
⌂	Centre Hospitalier Spécialisé Philippe Pinel (Dury – Amiens)
◎	AEROLIA – Etablissement de MEAULTE (Albert)
◎	O.R.2.S. de Picardie(Amiens)
◎	A.R.S de Picardie (Amiens)
◎	Université de Picardie Jules Verne – UFR de Pharmacie (Amiens)
◎	P.M.I. – Conseil Général de la Somme (Amiens)
◎	ASMIS (Amiens)
◎	R.S.I. (Régime Sociale des Indépendants) (Amiens)
◎	Centre de gestion de la fonction publique territoriale (Amiens)
◎	Cabinet de dermatologie libérale (Amiens)
◎	Centre de pathologie (Amiens)
◎	Cabinet de pathologie (Abbeville)
☐	Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de la Somme – Fédération des APAJH
⭘	Centre de rééducation « des trois vallées » - Groupe Victor Pauchet (Amiens)

Territoire Aisne Nord Haute-Somme :	
☒	Centre Hospitalier de Chauny
☒	Centre Hospitalier de Saint-Quentin
☒	Centre Hospitalier de Ham
☒	Centre Hospitalier de Péronne
☒	Centre de rééducation réadaptation fonctionnelle « Jacques Ficheux » de Saint-Gobain
◎	Médecine du Travail de l'Aisne (Saint-Quentin)

Territoire Aisne-Sud :	
☒	Centre Hospitalier de Château-Thierry
☒	Centre Hospitalier de Laon
☒	Centre Hospitalier de Soissons
⊼	E.P.S.M. D. de l'Aisne (Prémontré)
◎	SISAT Sud de l'Aisne (Soissons)

Territoire Oise-Ouest :	
☒	Centre Hospitalier de Beauvais
☒	Centre Hospitalier de Clermont
☒	Centre Hospitalier Bertinot Juel de Chaumont en Vexin
⊼	Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont
⊙	UGECAM – Centre de rééducation fonctionnelle de Saint Lazare (Beauvais)
⊙	Centre de rééducation fonctionnelle Leopold Bellan (Chaumont en Vexin)
⊙	Centre de rééducation fonctionnelle Le Belloy (Saint Omer en Chaussée)
◎	SMIBTP (Beauvais)
◎	MEDISIS (Beauvais)
☐	Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) Beauvais et ses antennes de l'Oise ouest
⭘	Institut médical de Breteuil

Territoire Oise-Est :	
☒	Centre Hospitalier de Compiègne
☒	Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise
☒	Centre Hospitalier de Noyon
⊙	Etablissement privé de Santé Mentale « la Nouvelle Forge » (Creil)

⊙	Centre de réadaptation Alphonse de Rothschild (Chantilly)
◎	SMTVO (Compiègne)
◎	Service Médical Interentreprises (Noyon)
◎	INERIS (Verneuil en Halatte)

4 LA RECHERCHE

Définition

La mission de recherche consiste pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes :

- l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic,

- l'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

Inventaire des établissements bénéficiant d'un financement au titre des missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation (MERRI) :

Territoire de santé	Inventaire – 2011 MERRI Enseignement et recherche
TS Aisne Nord Haute Somme	
TS Aisne Sud	
TS Oise Est	
TS Oise Ouest	
TS Somme	CHU Amiens

Evaluation des besoins

Les besoins sont évalués en fonction de la réalisation d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical et susceptible(s) de bénéficier d'un financement au titre des MEERI.

5 LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET NON HOSPITALIERS

Définition

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC), à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Inventaire des établissements

Par définition, tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de mettre en œuvre cette mission.

Evaluation des besoins

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert. L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

6 LA FORMATION INITIALE ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES SAGES FEMMES ET DU PERSONNEL PARA MEDICAL ET LA RECHERCHE DANS LEURS DOMAINES DE COMPETENCES

Définition

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences par une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer.

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.

Inventaire des établissements

Par définition, tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en œuvre la mission de développement professionnel continu.

Pour la formation initiale et/ou continue, les établissements sont susceptibles d'accueillir des personnes dont le cursus de formation prévoit des périodes de stage ou de formation appliquée, dès lors que les stages ou les terrains de formation appliquée proposés sont habilités.

Evaluation des besoins

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert.

L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC.

Quant aux formations initiales, elles sont habilitées selon les critères prévus par la réglementation.

7 LES ACTIONS D'EDUCATION ET DE PREVENTION POUR LA SANTE ET LEUR COORDINATION

Définition

Cette mission, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les actions devront être cohérentes avec le schéma régional de prévention.

Inventaire des établissements

Tous les établissements ont vocation à assumer cette mission, dès lors que les cahiers des charges prévus par ces actions peuvent être respectés par l'établissement exerçant ou souhaitant exercer une ou des missions.

8 L'AIDE MEDICALE URGENTE, CONJOINTEMENT AVEC LES AUTRES PRATICIENS ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE, PERSONNES ET SERVICES CONCERNES

Définition

La mission de service public se recoupe avec les missions des services d'aide médicale urgente qui ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Inventaire des établissements (selon les autorisations délivrées au 30 juin 2011: structures d'urgence, SAMU, SMUR)

Territoire de santé	Inventaire fin 2011 Médecine d'urgence	Inventaire fin 2011 SMUR	Inventaire fin 2011 SAMU
TS Aisne Nord Haute	CH Péronne – CH	CH Péronne – CH	

Somme	Chauny – CH Hirson – CH St Quentin – Polyclinique St Claude	Chauny – CH Hirson – CH St Quentin –	
TS Aisne Sud	CH Château Thierry – CH Soissons – CH Laon	CH Château Thierry – CH Soissons – CH Laon	CH Laon
TS Oise Est	CH Creil – CH Senlis – Ch Noyon – CH Compiègne – Polyclinique St Côme	CH Creil – CH Senlis – Ch Noyon –CH Compiègne	
TS Oise Ouest	CH Beauvais – CH Clermont de l'Oise	CH Beauvais – CH Clermont de l'Oise	CH Beauvais
TS Somme	CHU Amiens – CH Abbeville – CH Doullens – CH Montdidier – SAS Cardiologie – Urgence (pôle privé amiénois)	CHU Amiens – CH Abbeville – CH Doullens – CH Montdidier	CHU Amiens

Evaluation des besoins

Pour l'évolution des besoins, il faut se reporter au volet relatif à l'organisation de la médecine d'urgence.

9 LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION, EN RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONS ET INSTITUTIONS COMPETENTES EN CE DOMAINE, AINSI QUE LES ASSOCIATIONS QUI ŒUVRENT DANS LE DOMAINE DE L'INSERTION ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION ET LA DISCRIMINATION

Définition

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1°) une permanence d'accès aux soins de santé établ ie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;

2°) une équipe mobile assurant le suivi et les soin s de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie ;

3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Inventaire des établissements (PASS, équipes mobiles + MIG Précarité)

Territoire de santé	Inventaire fin 2011 PASS	Inventaire fin 2011 Equipes Mobiles	Inventaire fin 2011 MIG Précarité
TS Aisne Nord Haute Somme	CH Guise CH St-Quentin CH Hirson CH Péronne		CH St-Quentin CH Chauny CH Hirson CH Péronne
TS Aisne Sud	CH Laon CH Soissons CH Château-Thierry		CH Laon CH Soissons
TS Oise Est	CH Compiègne CH Noyon GHPSO pour le site de Creil		CH Noyon GHPSO pour le site de Creil
TS Oise Ouest	CH Beauvais		CH Clermont CH Beauvais
TS Somme	CH Abbeville CHU Amiens		CH Abbeville CHU Amiens CH Doullens

Evaluation des besoins

Chaque territoire de santé dispose d'au moins une PASS et sous réserve de l'évolution des critères, les établissements pouvant bénéficier d'un financement dédié au titre de la MIG précarité sont recensés.

10 LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Définition

Cette mission, constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Elle contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les actions devront être cohérentes avec le schéma régional de prévention.

Inventaire des établissements

Tous les établissements ont vocation à assumer cette mission dès lors que les cahiers des charges prévus pour ces actions peuvent être respectés par l'établissement exerçant ou souhaitant exercer une ou des missions.

11 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN APPLICATION DES CHAPITRES II A IV DU TITRE IER DU LIVRE II DE LA TROISIEME PARTIE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE OU DE L'ARTICLE 706-135 DU CODE DE PROCEDURE PENALE

Définition

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est exercée dans le respect des dispositions des articles L. 3212-1 et suivants et L. 3213-1 et suivants.

Inventaire des établissements disposant d'une habilitation à accueillir des patients en soins sans consentement

Territoire de santé	Inventaire fin 2011
TS Aisne Nord Haute Somme	CH St Quentin – CH Péronne
TS Aisne Sud	EPDSM Prémontré
TS Oise Est	
TS Oise Ouest	CHI Clermont de l'Oise
TS Somme	CH Abbeville – CHS Pinel

Evaluation des besoins

Il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre d'établissements mettant en œuvre cette mission de service public.

12 LES SOINS DISPENSES AUX DETENUS EN MILIEU PENITENTIAIRE ET SI NECESSAIRE, EN MILIEU HOSPITALIER

Définition

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants. Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le directeur général de l'ARS désigne un

établissement de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques.

Les hospitalisations sont réalisées, conformément à la réglementation, soit dans des établissements en proximité soit dans des unités spécialement affectées à cette mission.

Inventaire des établissements

Territoire de santé	Inventaire fin 2011
TS Aisne Nord Haute Somme	
TS Aisne Sud	CH Laon CH Château-Thierry
TS Oise Est	CH Compiègne GHPSO pour le site de Creil
TS Oise Ouest	CH Beauvais
TS Somme	CHU Amiens

En ce qui concerne les soins psychiatriques, la prise en charge est assurée par les établissements de Prémontré pour l'Aisne, Clermont pour l'Oise et Pinel pour la Somme.

Evaluation des besoins

Il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre d'établissements mettant en œuvre cette mission de service public.

13 LES SOINS AUX PERSONNES RETENUES EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 551-1 DU CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

Définition

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Inventaire des établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention entre le préfet territorialement compétent et le centre de rétention

Aucun établissement n'est concerné en Picardie.

Annexe au volet Missions de service public : Permanence des soins en établissement de santé

Définition

La loi HPST a érigé au rang des missions de service public, l'organisation de la Permanence des Soins en Etablissement de Santé, financée par des crédits MIG spécifiques, puis, depuis le 1er mars 2012, par le fonds d'intervention régional.

La Permanence des soins consiste en **une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins** (la nuit à partir de 18h30 et jusqu'à 8h30), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La permanence des soins se différencie de la continuité des soins. Cette dernière peut se définir comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins (nuit, le samedi après midi, le dimanche ainsi que les jours fériés).

Il est à noter que la continuité des soins 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.

La PDSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDSES.

Cependant, si un certain nombre d'activités réglementées relèvent de fait de l'activité de la PDSES, il appartient à l'ARS de préciser les disciplines intégrées dans le cadre de la PDSES, sachant qu'un établissement peut être éligible pour tout ou partie de sa PDSES.

Le schéma PDSES s'inscrit dans le cadre des 3 objectifs principaux du SROS PRS (volet hospitalier) :

1) **Un principe de graduation des soins dans le sens d'un renforcement des centres de recours et d'une consolidation de l'offre de proximité**

2) **Un principe d'identification des filières de soins spécialisées**

3) **Un principe de renforcement des coopérations et de mise en œuvre de projets visant à améliorer l'efficience du système de santé.**

Le schéma d'organisation tend également à optimiser le temps médical disponible dans un contexte de fortes contraintes de démographie médicale.

Méthodologie

L'ARS a associé très largement l'ensemble des professionnels concernés pour établir son schéma d'organisation de la PDSES, au regard de l'importance du sujet et des enjeux individuels et organisationnels.
Les principes de la réorganisation ont fait l'objet d'une large concertation entre juin 2011 et avril 2012, qui a conduit à la définition d'un cahier des charges de la Permanence des Soins des Etablissements de santé, qui rappelle :

- la liste des activités entrant dans le champ de la PDSES ;
- les critères d'éligibilité des établissements ;
- les indicateurs d'évaluation.

Le schéma d'organisation du SROS pour la PDSES reprend l'ensemble du cahier des charges. Il est susceptible d'adaptation, comme le prévoit le cahier des charges. Cette adaptation sera liée, d'une part, à l'avancée des travaux menés dans chacun des territoires de santé visant à développer les partenariats, notamment des travaux menés en commission de coordination, et, d'autre part, à l'évolution de l'organisation de l'offre de soins (autorisations).

Les indicateurs d'évaluation du SROS – PDSES pourront être ajustés compte tenu de l'évaluation faite à l'issue de l'année 2012.
Par ailleurs, le SROS intègre la possibilité de financement, à titre expérimental, de lignes de PDSES de médecine générale dans certains territoires de santé, dans un souci d'articulation avec la médecine de ville et de continuité des soins pour les HAD notamment.

Déclinaison territoriale
Le nombre de lignes de permanence des soins des établissements de santé, par spécialité, peut concerner un ou plusieurs établissements.

	Aisne Nord Haute Somme	Aisne Sud	Oise Est	Oise Ouest	Somme
Chirurgie cardiaque	0	0	0	0	2
Chirurgie cardiaque - anesthésie	0	0	0	0	1
Chirurgie pédiatrique	0	0	0	0	1
Chirurgie pédiatrique -	0	0	0	0	1

anesthésie					
Neurochirurgie	0	0	0	0	1
Neurochirurgie - anesthésie	0	0	0	0	1
Urologie prélèvements	0	0	0	0	1
Chirurgie orthopédique	1	1	2	1	4
Chirurgie orthopédique SOS Mains	1	0	0	0	0
Chirurgie viscérale	4	3	4	2	3
ORL et chirurgie maxillo faciale	1	1	2	1	1
OPH	1	1	2	1	1
Chirurgie vasculaire	1	0	1	0	1
Chirurgie thoracique	0	0	0	0	1
Urologie	1	1	2	1	2
Anesthésie (hors spécialités de recours régional)	5	4	6	3	6
Angioplastie coronaire	1 - possibilité de mutualisation avec une ligne USIC	0	2 - possibilité de mutualisation avec USIC	0	2 - possibilité de mutualisation d'une ligne avec une ligne USIC
USIC	2 - possibilité de mutualisation d'une ligne avec « angioplastie coronaire »	3	2 - possibilité de mutualisation avec « angioplastie coronaire »	1	3 - possibilité de mutualisation d'une ligne avec une ligne « angioplastie coronaire »
Réanimation / Surveillance continue	1	3	3	1	7
Surveillance continue (seule)	1	0	0	0	0
Gynécologie obstétrique	4	3	4	2	3
Pédiatrie	4 – possibilité de mutualisation dans la même ville	3	4 – possibilité de mutualisation dans la même ville	2	4
Biologie	1	1	2	1	3
Imagerie	1	1	2	1	3
Télé-imagerie	0	0	0	0	1
Gastro entérologie	1	1	2	1	2
UNV	1	1	2 dont 1 mutualisée avec 1 site du TS Oise Ouest	1 mutualisée avec 1 site du TS Oise Est	1
Médecine d'urgence	1	0	1	0	1

GLOSSAIRE

ARS	Agence Régionale de Santé
TICS	Techniques d'informations et de communication
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
ALD	Affections de Longue Durée
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AICS	Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
NMR	bactéries multirésistantes
BIG	Bulletins d'Interruptions de Grossesse
CETD	Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
CATTP	Centre d'Acceuil Thérapeutique à Temps Partiel
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CGO	Centre de Gynécologie Obstétrique
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CP	Centre Pénitentiaire
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CRA	Centre Ressource Autisme
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CMP	Centres médico-psychologique
CPP	Centres Périnatals de Proximité
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
COTER	Comité Technique régional
CHT	Communautés hospitalières de territoire
CPOM	contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DIPS	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DMP	Dossier Médical Personnel
DPC	Durée de Prise en Charge
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ETP	Education Thérapeutique de Patient
EBLSE	Entérobactéries productrices de Bétalactamase à Spectre Elargie
ERV	Entérocoque Résistant à la Vancomycine
EMSP	Equipe Mobiles de Soins Palliatifs
EMG	Equipes Mobiles de Gériatrie
ETP	Equivalent Temps Plein
ES	Etablissement de Santé
ETS	Etablissement de Transfusion Sanguine
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EFS	Etablissement France du Sang
EPSF	Etablissement public de santé de Fresnes
ESMS	Etablissements Sociaux et MédicoSociaux
EPR	Etat Pauci-relationnel
EVC	Etat Végétatif Chronique
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
GDR	Gestion du Risque
GHMC	Groupe Homogène de Malades en Chirurgie
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHPSO	Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise
GREGOP	Groupement REgional des Gynécologues Obstétriciens de Picardie
GEM	Groupes d'entraide mutuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
HAD	Hospitalisation A Domicile
HTP	Hospitalisation à Temps Plein
HC	Hospitalisation Complète
IRM	Imagerie à Résonnance Magnétique
ICSHA	Indicateur composite de consommation des solutions hydro-alcooliques
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
IPA	Indices de Pilotage de l'Activité
IAS	Infections Associées aux Soins
IDE	Infirmier Diplomé d'Etat
IMPro	Institut Médico Professionnel
IME	Institut MédicoEducatif
INCa	Institut National de Cancer
ITEP	Institut thérapeutique, éducation et pédagogique
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LISP	Lits Identifiés Soins Palliatifs
ALDAP	Lutte contre la Douleur Amiens Picardie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
OQOS	Objectif Quantifié de l'Offre de Soins
ONFV	Observatoire national de la Fin de Vie
PDSES	Permanence De Soins en Etablissements de Santé
PRS	Plan Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PSL	Produit Sanguin Labile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS	Projet Régional de Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RHA	Résumé Hebdomadaire Anonyme
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaires
SOTS	Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine
SRP	Schéma Régional de Prévention

SROS	Schéma Régional d'Organisation de l'Offre de Soins
SROMS	Schéma Régional d'Organisation de l'Offre MédicoSociale
SEGPA	Sections d'enseignement général et professionnel adapté
SAJ	Service d'Accueil de Jour
SSIAD	Service de Soins Infiermiers A Domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
SAMSAH	Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SFETD	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SARM	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méticilline (SARM)
SDC	Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique
T2A	Tarification A l'Acte
TS	Territoire de Santé
TEP	Tomographie à Emissions de Positions
TED	Troubles Envahissant du Développement
URSPP	Union Régionale des Soins Palliatifs de Picardie
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
USIC	Unité de Soins Intensive en Cardiologie
USINV	Unité de Soins Intensive NeuroVasculaire
USP	Unité de Soins Palliatif
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
UNV	Unités Neuro Vasculaires