



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE L'HERAULT

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

N ° 19 - MARS 2012

SOMMAIRE

ARS

Arrêté N °2012069-0006 - Arrêté ARS LR n ° 2012 - 180 Portant composition du Conseil Pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Béziers - année 2011 - 2012 -	1
Arrêté N °2012069-0007 - Arrêté ARS LR n ° 2012 - 181 Portant composition du Conseil Technique de l'IFAS du centre hospitalier de Béziers Année - 2011 - 2012 -	4
Arrêté N °2012069-0008 - Arrêté ARS LR n ° 2012 - 182 Portant composition du Conseil technique de l'IFSI du Centre Hospitalier de Béziers formation Auxiliaire de puériculture - année 2011 - 2012	6
Arrêté N °2012069-0009 - Arrêté ARS LR n ° 2012 - 186 Portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi sites exploité par la SELAS Docteurs PUECH GERVAIS et ASSOCIES société d'exercice libéral par actions simplifiées sise impasse de la gare -34 570 Pignan	8
Arrêté N °2012069-0010 - ARRETE ARS LR N ° 2012-212 portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION du LANGUEDOC- ROUSSILLON	10
Arrêté N °2012069-0012 - ARRETE ARS LR N ° 2012-214 portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION MÉDICO- SOCIALE du LANGUEDOC- ROUSSILLON	91
Arrêté N °2012069-0013 - ARRETE ARS LR N ° 2012-213 portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du LANGUEDOC- ROUSSILLON	230
Arrêté N °2012074-0006 - Arrêté ARS LR / 2012-174 Arrêté préfectoral n ° 2012074-0006 ARRETÉ PORTANT MODIFICATION DE LA COMPOSITION du COMITE DEPARTEMENTAL de l'AIDE MEDICALE URGENTE, de la PERMANENCE DES SOINS et des TRANSPORTS SANITAIRES	445
Décision - Décision ARS LR/2012-242 portant autorisation de modification des locaux de la pharmacie à usage intérieur de la clinique Saint Antoine à Montarnaud	449

DDCS 34

Arrêté N °2012058-0016 - Agrément SPORT - Association sportive et culturelle du Saint Ponais (S-10-2012 du 27 février 2012)	451
Arrêté N °2012059-0007 - Agrément SPORT - ESSOR SAVOIR ET PARTAGE (S-11-2012 du 27 février 2012)	452
Arrêté N °2012066-0008 - Agrément SPORT Bowling club des sourds de Montpellier (S-12-2012 du 29 février 2012)	453
Arrêté N °2012066-0009 - Agrément SPORT - Montpellier Football Américain (S-13*2012 du 29 février 2012)	454
Arrêté N °2012066-0010 - Agrément SPORT - Rives d'Orb Rugby (S-14-2012 du 29 février 2012)	455

Arrêté N °2012073-0006 - Agrément SPORT - Los Pétançaires Grabels (S-15-2012 du 8 mars 2012)	456
Arrêté N °2012073-0007 - composition de la commission des enfants du spectacle	457
Arrêté N °2012073-0008 - Agrément SPORT - Compagnie des petites chipies (S-16-2012 du 8 mars 2012)	459
Arrêté N °2012073-0009 - Agrément SPORT - Boxing Club Marseillan (S-17-2012 du 8 mars 2012)	460
Arrêté N °2012073-0010 - Agrément SPORT- Aéroclub de Pézenas - Nizas (S18-2012 du 08 mars 2012)	461
Arrêté N °2012073-0012 - Agrément SPORT - Kite & windsurf Maguelone (S-19-2012 du 8 mars 2012)	462
Arrêté N °2012075-0004 - Agrément SPORT - Association Basket Sauvian Sérignan Littoral (S-20-2012 du 13 mars 2012)	463

DDTM 34

Arrêté N °2012068-0002 - Arrêté préfectoral n °DDTM34-2012-03-02027 : portant autorisation d'occupation temporaire d'une parcelle du Domaine Public Maritime Naturel située sur la commune de Balaruc- Les- Bains.	464
Arrêté N °2012069-0002 - relatif à l'information sur les risques naturels et technologiques majeurs, des acquéreurs et locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de Capestang.	466
Arrêté N °2012069-0003 - relatif à l'information sur les risques naturels et technologiques majeurs, des acquéreurs et locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de Lespignan.	468
Arrêté N °2012069-0004 - relatif à l'information sur les risques naturels et technologiques majeurs, des acquéreurs et locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de Montels.	470
Arrêté N °2012069-0005 - relatif à l'information sur les risques naturels et technologiques majeurs, des acquéreurs et locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de Nissan- Lez- Enserune.	472
Arrêté N °2012072-0004 - Arrêté fixant le ratio départemental de productivité minimale relatif à l'aide aux ovins pour la campagne 2012	474
Arrêté N °2012072-0007 - AP N ° DDTM34-2012-03-02039 portant agrément du trésorier de l'AAPPMA "Les pêcheurs vallée d'Orb" de BEZIERS - M Gérard PAVIA	476
Arrêté N °2012076-0004 - Arrêté Préfectoral de dérogation aux interdictions de destruction d'une espèce de faune sauvage protégée, ainsi que ses habitats de repos ou de reproduction, pour le projet de renouvellement et d'extension de la carrière GSM à Poussan, lieu- dit « la réserve »	477

DIRECCTE

Arrêté N °2012068-0003 - subdélégation de signature du DIRECCTE pour les compétences du Préfet de l'Hérault	481
Arrêté N °2012073-0018 - Arrêté d'agrément de services à la personne concernant l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34 n ° SAP/775589237	483

Arrêté N °2012075-0005 - Arrêté d'agrément de services à la personne concernant l'association TOUT POUR LA FAMILLE n ° SAP/484089172	486
Autre - Récépissé de déclaration de services à la personne concernant la SARL TELIMA MEDITERRANEE FAMILY dénommée PC30 FAMILY n ° SAP/492993258	489
Autre - Récépissé de déclaration de services à la personne concernant l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34 n ° SAP/775589237	491
Autre - Récépissé de déclaration de services à la personne concernant l'association RELIANCE n ° SAP/749992855	493
Autre - Récépissé de déclaration de services à la personne concernant l'association TOUT POUR LA FAMILLE n ° SAP/484089172	495
Autre - Récépissé de déclaration de services à la personne concernant l'entreprise de Mme ISSARTE Sylvie n ° SAP/749920203	497
Autre - Récépissé de déclaration modificative concernant le changement de dénomination sociale de l'entreprise DICHARRY Christine en DICHARRY Chrystèle	499

Préfecture de l'Hérault

Arrêté N °2012044-0027 - Autorisation de modifier le système de vidéo protection dans l'Hôtel F1 situé à Villeneuve les maguelones	500
Arrêté N °2012072-0005 - arrêté d'autorisation journée du sport de Pignan	502
Arrêté N °2012072-0006 - arrêté d'autorisation Trail de Bouzigues 18 mars 2012	505
Arrêté N °2012073-0002 - Communauté d'Agglomération Béziers Méditerranée (CABM) ZAC de Mazeran sur la commune de Béziers Ouverture de l'enquête publique parcellaire	508
Arrêté N °2012073-0003 - Arrêté portant homologation d'une manifestation d'endurance équestre dénommée "Raid d'endurance équestre", se déroulant les 24 et 25 mars au départ de La Boissière	511
Arrêté N °2012073-0004 - composition du jury d'examen pour l'obtention du Brevet de Moniteurs de Premiers Secours du 22 mars 2012	513
Arrêté N °2012073-0005 - AP n ° 2012-1-555 du 13 mars 2012 - Modification des statuts de COGITIS - Syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies	514
Arrêté N °2012073-0011 - Arrêté portant délimitation des zones d'attente sur les emprises du port de Sète et des aéroports de Montpellier- Méditerranée et Béziers- Agde	520
Arrêté N °2012073-0013 - AP n °2012-1-559 du 13 mars 2012 - Mise en oeuvre du schéma départemental de coopération intercommunale - Proposition d'extension du périmètre de la communauté de communes du Grand Pic Saint- Loup aux communes de Buzignargues, St- Hilaire- de- Beauvoir et St- Jean- de- Cornies (membres de la communauté de communes Ceps et Sylves)	522
Arrêté N °2012073-0014 - AP n °2012-1-561 du 13 mars 2012 - Mise en oeuvre du schéma départemental de coopération intercommunale - Proposition d'extension du périmètre de la communauté de communes du Pays de Lunel aux communes de Campagne, Galargues et Garrigues (membres de la communauté de communes Ceps et Sylves)	524

Arrêté N °2012073-0015 - AP n °2012-1-563 du 13 mars 2012 - Mise en oeuvre du schéma départemental de coopération intercommunale - Projet de périmètre de fusion des communautés de communes Canal- Lirou et du Saint- Chinianais	526
Arrêté N °2012073-0016 - AP n °2012-1-564 du 13 mars 2012 - Mise en oeuvre du schéma départemental de coopération intercommunale - Projet de périmètre de fusion des communautés de communes Coteaux et Châteaux, du Faugères et Framps 909	528
Arrêté N °2012073-0017 - Portant modification de l'arrêté préfectoral de création de la zone d'aménagement concerté (ZAC) Via Domitia Nord LIEN de CASTRIE	530
Arrêté N °2012074-0001 - Arrêté renouvelant pour une durée de six ans l'habilitation dans le domaine funéraire de l'entreprise dénommée GALTIER CLAUDE exploitée par M. Claude Galtier à Puimisson	532
Arrêté N °2012074-0002 - Institution de la commission locale de contrôle pour l'élection du Président de la République	533
Arrêté N °2012074-0003 - Arrêté renouvelant pour une durée de six ans l'habilitation dans le domaine funéraire de l'établissement secondaire exploité sous l'enseigne Pompes Funèbres de Lespignan Ribes Christian par M. Ribes à Lespignan	535
Arrêté N °2012074-0004 - Arrêté renouvelant pour une durée de six ans l'habilitation dans le domaine funéraire de l'établissement secondaire exploité sous l'enseigne Pompes Funèbres de Colombiers Ribes Christian par M. Ribes à Colombiers	536
Arrêté N °2012074-0005 - Modification de l'article 22 des statuts de l'ASA des Irrigants du Pays d'Ensérune située à MARAUSSAN	537
Arrêté N °2012075-0001 - AP n ° 2012- I-598 du 15 mars 2012 Syndicat Centre Hérault : Modification du périmètre d'intervention	539
Arrêté N °2012075-0002 - AP n ° 2012-1-594 du 15 mars 2012 - Communauté de communes « Orb et Taurou» - Modification des statuts : transfert du siège de la communauté.	548
Arrêté N °2012075-0003 - Dates limites de dépôt des déclarations des candidats à l'élection présidentielle	549
Arrêté N °2012076-0001 - 2012-1-607 - DONNANT DELEGATION DE SIGNATURE A Mme Béatrice FADDI, DIRECTEUR DE L'IMMIGRATION et DE L'INTEGRATION	551
Arrêté N °2012076-0002 - 2012-1-608 donnant délégation de signature à l'occasion des permanences de week- ends ou de jours fériés	554
Arrêté N °2012076-0003 - 2012-1-209 SUPPLÉANCE DU PRÉFET DE L'HÉRAULT (article 45 du décret n ° 2004-374 du 29 avril 2004)	556
Arrêté N °2012076-0005 - Commune de SAUVIAN Zone d'Aménagement Concerté "Font Vive" Déclaration de cessibilité	558

Arrêté ARS LR n° 2012 - 180

Portant composition du Conseil Pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Béziers – année 2011 - 2012 -

- Vu** l'arrêté ministériel du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier ;
- Vu** l'arrêté ministériel du 21 avril 2007 modifié, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et notamment son chapitre I ;
- Vu** le décret du 1^{er} Avril 2010 portant nomination de Mme Aoustin, en qualité de Directeur Général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ;

ARRETE

Article 1 : Le Conseil Pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre hospitalier de Béziers, est composé ainsi qu'il suit pour l'année 2011-2012 :

Membres de droit :

- le Délégué Territorial de l'Hérault ou son représentant, président ;
- Madame SANDRAGNE Hélène, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ;
- Madame ULRICH Marie Agnès, directeur de l'organisme gestionnaire, titulaire ;
Monsieur Michel JUNCAS, suppléant ;
- Madame VAN DE VELDE Geneviève, Conseillère Pédagogique Régionale en Soins ;
- Monsieur SECALL Gérard, directeur des soins, coordonnateur général, titulaire,
Madame MIHELOT Patricia, suppléante ;
- Madame PFUND Nathalie, infirmier désigné par le directeur de l'institut de formation exerçant hors d'un établissement public de santé, titulaire,
Madame PAGES Michelle, suppléante.

Membres élus :

1) représentants des étudiants : six étudiants élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion :

• représentant des étudiants de première année :

- titulaires : Eddy BERMEJO,
Cécile RIVIERE ;
- suppléants : Mylène PANNOCCHIA,
Yanis CHARID ;

• représentant des étudiants de deuxième année :

- titulaires : Mickael THERMEA,
Morgane FLORES ;
- suppléants : Nathalie BOUSQUET,
Cyril HAPPIETTE

• représentant des étudiants de troisième année :

- titulaires : Isabelle CALVET,
Mélodie FORRAT ;
- suppléants : Bertille DE CADOLLE,
Jérémy PERRE

2) représentants des enseignants élus par leurs pairs :

• trois enseignants permanents de l'institut de formation :

- titulaires : Madame BODET Pascale,
Madame LIROLA Laurence,
Madame FAVIER Nathalie ;
- suppléants : Madame NICOLAI Colette,
Madame CAMUS Christine,
Madame FERAL Dominique.

• deux personnes chargées de fonctions d'encadrement :

- titulaires : Madame GUEVELLOU Béatrice,
Madame GUILLOU Valérie ;
- suppléante : Madame BELDA Geneviève,
KLOECKNER Nadine.

• un médecin :

- titulaire : Docteur GATTI Salah,
- suppléant : Docteur LACROZE Jean Christophe.

Membres ayant voix consultative :

- le Président du Conseil Régional ou son représentant :
 - titulaire : Madame BRUTUS Florence,
 - suppléant : Monsieur ZEMMOUR Claude.

Article 2 : Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon, le Délégué Territorial de l'Hérault, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 09 mars 2012

Le Directeur Général

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'Martine Aoustin'.

Docteur Martine Aoustin

Arrêté ARS LR n° 2012 - 181

Portant composition du Conseil Technique de l'IFAS du centre hospitalier de Béziers
Année – 2011 - 2012 -

- Vu** l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié, relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant ;
- Vu** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;
- Vu** le décret du 1^{er} Avril 2010 portant nomination de Mme AOUSTIN, en qualité de Directeur Général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ;

ARRETE

Article 1 : Le Conseil Technique de l'Institut de Formation d'Aides Soignants du Centre hospitalier de Béziers, est composé ainsi qu'il suit pour une durée de trois ans:

Membres de droit :

- Le Délégué Territorial de l'Hérault ou son représentant, président ;
- Madame SANDRAGNE Hélène, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ;
- Madame ULRICH Marie Agnés, directeur de l'organisme gestionnaire, titulaire ;
Monsieur Michel JUNCAS, suppléant ;
- Madame BALLESTER Corinne, enseignante infirmière élue par ses pairs, titulaire,
Madame CORRIHONS Nadia, suppléante ;
- Madame ASSET Catherine, aide soignante d'un établissement accueillant des élèves en stage, titulaire,
Madame PONS Sylvie, suppléante ;
- Madame VAN DE VELDE Geneviève, Conseillère Pédagogique Régionale en Soins ;

Membres élus :

1) deux représentants des élèves élus chaque année par leurs pairs :

- titulaires : Virginie MOURAULT,
Ghislain GRANIER ;
- suppléants : Grégory DATAMANTI,
Steve MAGARA.

• une infirmière générale dont dépend l'IFSI :

- Monsieur Gérard SECALL.

Article 2 :

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon, le Délégué Territorial de l'Hérault, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 09 mars 2012

Le Directeur Général



Docteur Martine Aoustin

Arrêté ARS LR n° 2012 - 182

Portant composition du Conseil technique de l'IFSI du Centre Hospitalier de Béziers formation Auxiliaire de puériculture – année 2011 - 2012

- Vu** l'arrêté du 16 Janvier 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'auxiliaire de puériculture et notamment l'article 36 ;
- Vu** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;
- Vu** le décret du 1^{er} Avril 2010 portant nomination de Mme Aoustin, en qualité de Directeur Général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ;

ARRETE

Article 1 : Le Conseil Technique de l'Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture du Centre hospitalier de Béziers, est composé ainsi qu'il suit pour l'année 2011 - 2012

Membres de droit :

- Monsieur le Délégué Territorial de l'Hérault ou son représentant, président ;
- Madame SANDRAGNE Hélène, directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ;
- Madame ULRICH Marie Agnès, directeur de l'organisme gestionnaire, titulaire ;
Monsieur Michel JUNCAS, suppléant ;
- Madame BENAZET Muriel, enseignante puéricultrice élue par ses pairs, titulaire,
- Madame GARCIA FROMENT Céline, auxiliaire de puériculture d'un établissement accueillant des élèves en stage, secteur petite enfance, titulaire,
Madame POMAREDE Chrystel, suppléante ;
- Madame ORO Anne, auxiliaire de puériculture d'un établissement accueillant des élèves en stage, secteur hospitalier, titulaire,
Madame CORDEL Isabelle, suppléante ;

- Madame VAN DE VELDE Geneviève, Conseillère Pédagogique Régionale en Soins ;

Membres élus :

1) deux représentants des élèves élus chaque année par leurs pairs :

- titulaires : Céline ROSELLO,
Céline VICENTE ;
- suppléants : Brigitte MILLAN,
Caroline JACQUET.

• une infirmière générale dont dépend l'IFSI :

- Monsieur Gérard SECALL.

Article 2 :

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon, le Délégué Territorial de l'Hérault, sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 09 mars 2012

Le Directeur Général



Docteur Martine Aoustin

Arrêté ARS LR n° 2012 - 186

Portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi sites exploité par la SELAS Docteurs PUECH GERVAIS et ASSOCIES société d'exercice libéral par actions simplifiées sise impasse de la gare -34 570 Pignan

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon,

Vu le code de la santé publique et notamment le livre II de la sixième partie ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 69 ;

Vu l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et notamment son article 7 relatif aux dispositions transitoires et finales ;

Vu le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009 - 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment son article 208 ;

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Languedoc-Roussillon ;

Vu l'arrêté du 26 novembre 1999 modifié relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale ;

Vu les arrêtés préfectoraux d'autorisation de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale concernés se transformant en sites du laboratoire de biologie médicale ;

Vu l'arrêté préfectoral en date du 29 septembre 2010 relatif à l'agrément sous le n° 34-SEL-007 de la société d'exercice libéral dénommée « SELAS DOCTEURS PUECH GERVAIS ET ASSOCIES » sise à Pignan - Impasse de la Gare ;

Vu l'arrêté ARS LR/2010/-1194 du 3 novembre 2010 portant autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi sites exploité par la « SELAS DOCTEURS PUECH GERVAIS ET ASSOCIES » sise à Pignan - Impasse de la Gare sous le n° 34-198 ;

Vu l'arrêté ARS LR/2011-137 du 10 février 2011 portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multi sites exploité par la SELAS Docteurs PUECH GERVAIS et ASSOCIES ;

Vu le procès-verbal de l'assemblée générale du 11 janvier 2012, actant l'agrément de Monsieur Philippe ASTRUC en qualité de nouvel associé, directeur général et coresponsable ;

Vu le courrier en date du 23 janvier 2012 du représentant légal de la société ;

Considérant la nomination de M. Philippe ASTRUC en qualité de biologiste coresponsable ;

ARRÊTE

Article 1 : l'article 2 de l'arrêté ARS LR/2011-137 du 10 février 2011 est modifié ainsi qu'il suit :

A compter du 2 avril 2012, le laboratoire de biologie médicale enregistré sous le numéro n° 34-198 dont le siège social est situé Impasse de la Gare à Pignan, est dirigé par les biologistes coresponsables :

- Madame Magali PUECH
- Monsieur Marc GERVAIS
- Madame Colette AMADOR
- Madame Sylvie CESARI
- Monsieur Pascal CESARI
- Madame Linda AMAR
- **Monsieur Philippe ASTRUC**

Le reste sans changement.

Article 2 : Le présent arrêté peut être contesté, dans un délai de deux mois à compter de sa publication pour les tiers ou de sa notification pour les intéressés par voie de recours gracieux auprès du Directeur Général de l'agence régionale de santé de la région Languedoc-Roussillon ou par voie de recours hiérarchique auprès du Ministre chargé de la santé, ou par voie de recours contentieux devant le tribunal administratif de Montpellier, 6 rue Pitot.

Article 3 : Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon et le Délégué Territorial de l'Hérault sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 09 mars 2012

le Directeur Général



Docteur Martine Aoustin

ARRETE N° 2012-212

**Portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de Santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R 1434-1 à R1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n ° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

VU l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional de PREVENTION du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3 et listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

ARRETE

Article 1 : Le Schéma Régional de PREVENTION de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

Article 2 : le Schéma Régional de PREVENTION de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

Article 3 : Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

Article 4 : Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général
de l'Agence régionale de santé
de Languedoc-Roussillon,

signé

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		Collectivités territoriales		
		Communes		
		11 - Aude		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de Lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		30 - Gard		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		34 - Hérault		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Liviniere	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		48 - Lozère		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pompidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		66 - Pyrénées-Orientales		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Formigueres	Favorable	

Schéma régional de la **prévention**

Médico-Social

Prévention



Offre de soins

PREAMBULE Le champ de la prévention (1)

Une politique de prévention associant l'éducation pour la santé, la protection des populations, la promotion de la santé ...

« La prévention est (...) l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé ».

« Les politiques de prévention dont le but est de supprimer et de réduire les risques (infectieux, environnementaux, technologiques ...) visent à créer une culture de gestion des risques basée sur la participation de chacun à la gestion de sa santé ».

« La promotion de la santé désigne à la fois une stratégie d'action collective (...) un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (...) et une démarche professionnelle, c'est-à-dire un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements et des environnements sociaux liés à la santé. L'un des enjeux majeurs est de donner la priorité à la réduction des inégalités sociales de santé. »

La population cible est l'ensemble de la population de la région.

Ce sont les définitions auxquelles se réfère l'ARS dans le Plan Stratégique Régional de santé (PSRS) et le présent Schéma régional de Prévention, où la santé est donc une notion positive et un objectif qui peut être atteint :

- en agissant ou en donnant aux personnes et aux groupes de populations des moyens pour agir sur les déterminants qui la conditionnent (promotion de la santé)
- en favorisant le renforcement des capacités des personnes (information, éducation pour la santé, éducation thérapeutique),
- en favorisant les choix et l'implication collectifs (démocratie participative, action communautaire),

Les déterminants de santé qui influencent favorablement ou défavorablement l'état de santé, recouvrent des dimensions environnementale, démographique, sociale, économique, culturelle, politique, juridique, géographique, historique, et sanitaire ... etc. Le système de soins n'est que l'une de ces composantes, d'autant que les déterminants sociaux jouent un rôle majeur dans l'état de santé d'une population.

Ces multiples déterminants en interagissant interfèrent avec le parcours de vie des personnes, qui s'inscrit dans le temps, dans des milieux socialement construits, des communautés locales qui offrent des ressources qu'il importe de positionner.

PREAMBULE Le champ de la prévention (2)

.... et une culture de l'évaluation d'impact sur la santé.

Dans le droit fil d'une approche systémique de la santé, des outils de mesure ont été développés sous le nom d'évaluation d'impact sur la santé (EIS), définie ainsi par l'OMS : « *Une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population* ».

Ces études analysent les conséquences sur la santé en termes directs et indirects et concluent sur des recommandations. Appliquée aux politiques publiques locorégionales (collectivités territoriales, autres administrations, ...), cette démarche permet de renforcer les liens entre la santé et les autres politiques. L'EIS est un outil qui a fait ses preuves en matière de réduction des inégalités spatiales et sociales de santé.

L'ensemble des références est tiré des ouvrages « Agences régionales de santé » – INPES

« Promotion, prévention et programmes de santé. » – Sous la direction de François Bourdillon

« Les inégalités sociales de santé » - Sous la direction de Bernard Basset

« Financer, professionnaliser et coordonner la prévention » - Sous la direction de Nathalie Leuridan

Sommaire

I – Le cadre de construction du schéma

1. Enjeux, spécificités et articulations du SRP
2. Synthèse du diagnostic

II – Les composantes du schéma

1. **Une gouvernance régionale forte**
La commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention
2. **Des outils de structuration et d'appui au niveau de la région**
 - 2.1 **Plateforme et pôles**
 - La plateforme de veille et de sécurité sanitaire
 - Le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé
 - Le pôle de compétence en éducation thérapeutique
 - Le pôle de ressources en santé environnement
 - 2.2 **Les groupes experts**
3. **Au niveau local**
 1. Les projets locaux de santé
 2. Les métiers de l'animation territoriale de santé
 3. Le déploiement du panier de service de proximité
 4. La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques
 5. La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes
 6. Les dispositifs « partenaires »

4. Une ingénierie technique

- L'observation de la santé
- Les systèmes d'information
- Des formations
- Une ingénierie de contractualisation

III - Les indicateurs de suivi du schéma

ANNEXES

Annexe I- Méthode

Annexe II- Diagnostic

1. **Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux**
2. **Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses**

Annexe III- Les dispositifs spécifiques

1. **CDAG et CIDIST**
2. **CLAT**
3. **Centres de vaccination**
4. **Plateformes de dépistage organisé des cancers**
5. **Dispositif d'addictologie**

I – LE CADRE DE CONSTRUCTION DU SCHEMA

I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (1)

1.1 Les enjeux du Schéma Régional de la Prévention (SRP)

Les enjeux portés par le SRP sont fixés par la Loi HPST et trouvent une résonance particulière en Languedoc Roussillon.

q **Déplacer le centre de gravité du système de santé des soins vers la prévention**

L'enjeu est d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, la qualité de vie et de diminuer la mortalité précoce évitable, en intervenant dès la période périnatale et le plus jeune âge afin de préserver le capital santé. Cet enjeu majeur du PSRS du Languedoc Roussillon a pour corollaire la mobilisation par l'ARS des leviers nécessaires, en termes de stratégie de financement à travers le Fond d'Intervention régional (FIR) et en termes d'objectifs fixés aux acteurs du système de santé.

q **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Le rôle de la prévention est majeur à ce titre, sachant que 80% de la santé se joue en dehors du soin. L'existence de différences d'état de santé systématiques entre groupes sociaux, déterminant un gradient social de santé, est maintenant bien connue. Certaines études ont démontré que les politiques de prévention peuvent aggraver les inégalités sociales de santé en donnant une place prééminente aux stratégies fondées sur la modification de comportements (éducation pour la santé). Les inégalités sociales s'installent dès l'enfance (obésité, asthme, développement psychomoteur, cognitif ou langagier stratifié selon la position sociale de la famille) puis au long de parcours de vie difficiles, qui se traduisent par une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé. La pauvreté et la précarité en sont un des déterminants majeurs.

Réduire les inégalités sociales de santé est un enjeu central de la politique de santé en région et justifie un certain nombre de choix portés par le schéma de la prévention, qui fondent les développements à venir du PRAPS (en cours de construction)

- conduire des actions de promotion de la santé visant une action sur les déterminants et associant les populations
- mobiliser les politiques intersectorielles et coordonner l'action publique
- agir en amont pour préserver le capital santé (dès la grossesse et la petite enfance)
- inscrire des actions spécifiques dans des projets locaux de santé au plus près des populations
- déterminer les priorités territoriales pour les actions et programmes prenant en compte les déterminants socio-économiques

q **Sécuriser la veille sanitaire et développer des stratégies de réduction et de prévention des risques sanitaires**

L'enjeu est de ne pas se limiter à une logique de réparation (la prise en charge), mais de développer une plus grande réactivité pour limiter les impacts, associée à une logique de prévention. Pour cela il importe de :

- sécuriser la veille en renforçant les systèmes de surveillance et en structurant un dispositif de veille permanent permettant le recueil et l'analyse de signaux divers,
- développer une stratégie d'intervention intégrant la connaissance de l'exposition aux risques, des programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), sans négliger la coordination, la réactivité et la continuité des capacités de gestion.

I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (2)

1.2;La cohérence avec les principes du PSRS

Les principes définis dans le PSRS trouvent leur application dans ce schéma :

q **L'évitabilité** est l'objet même du schéma de la prévention.

Elle fonde l'action sur les déterminants (politiques intersectorielles, conduites grâce à la commission de coordination de la prévention, en matière d'environnement, de qualité alimentaire, d'aide à la parentalité...), les politiques d'éducation pour la santé (au long de la vie, au cours des étapes de vie), les politiques de dépistage précoce pour un accompagnement vers le soin (addictions, VIH et hépatites, cancer, obésité et diabète ...), mais aussi la sécurisation de la veille et de l'alerte.

q **L'accessibilité** justifie plusieurs choix dans le schéma d'organisation de la prévention

Une attention particulière doit être portée en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées des préoccupations de santé. L'accès à l'éducation pour la santé est corrélé à la condition économique et sociale. Il est particulièrement difficile pour les personnes handicapées.

q **En direction des populations paupérisées ou précarisées, le schéma régional de la prévention sous-tend les développements ultérieurs du PRAPS à travers :**

- Le choix d'implantation sur tous les territoires du panier de service de proximité, socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir prétendre quelles que soient ses difficultés d'accès, en zone rurale ou dans les quartiers enclavés des grandes villes
- L'évolution des dispositifs de prévention spécifique (centres de vaccinations, dispositifs de dépistages ...) à déployer sur le territoire, entre adaptation aux populations et accompagnement des personnes (qui implique de mieux définir les priorités et cahiers des charges)
- La mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention pour ne pas aggraver les inégalités ou pour les réduire (définition des publics et thèmes prioritaires en matière d'éducation thérapeutique, accompagnement par les pairs et par les acteurs communautaires en matière d'éducation à la santé ...)

q **La sécurité constitue** l'objet même de la veille et de l'alerte sanitaire mais traverse tout le champ de la prévention

Elle nécessite la mise en place d'un dispositif concerté de veille et de sécurité sanitaire, structurant au niveau régional. Mais c'est dans l'ensemble du champ de la prévention qu'elle requiert la mobilisation de compétences et de méthodologies d'intervention évaluées car en prévention également l'impact d'interventions inadéquates peut être délétère.

q **La qualité** en est l'autre face, incontournable dans la recherche d'efficience.

I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (3)

1.3 Les particularités du SRP

Il s'agit d'un premier schéma d'organisation en matière de prévention qui obéit à une complexité et à des caractéristiques spécifiques.

q Il a vocation à organiser le déploiement de politiques intersectorielles

Si l'ARS pilote la politique de santé en région, les programmes d'actions mobilisent de nombreuses institutions (Etat, Collectivités territoriales, Assurance Maladie, établissements de santé). Le schéma est ainsi caractérisé par la nécessité de mettre en cohérence de nombreux domaines y compris pour affiner les diagnostics. Ceci sous-entend la nécessité de mettre en commun les bases de connaissances et de définir des indicateurs : la mise en place de cette ingénierie sera un des objectifs de ce premier schéma.

q Il s'adresse à l'ensemble de la population des usagers citoyens.

Il doit veiller à l'accès de l'ensemble des habitants de la région aux politiques de prévention en prenant en compte les espaces de vie : famille, école, travail, cité ..., mais aussi établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées et les structures sociales accueillant les personnes « sans chez soi ».

q Il s'adresse à tous les professionnels de santé et à tous les acteurs œuvrant pour la santé

Tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation sont directement concernés par le déploiement de la politique de prévention en région.

q Il est sous-tendu par le choix d'une politique de promotion de la santé en région

L'action doit s'étendre à l'ensemble des déterminants de la santé incluant la prise en compte des risques environnementaux et des milieux pour en limiter l'impact sur la santé.

q Le SRP s'inscrit dans une dynamique territoriale

Pour répondre aux besoins locaux de manière cohérente, c'est-à-dire par des projets de santé globale sous-tendant les parcours de vie, le déploiement de la prévention doit prendre appui sur les autres schémas d'organisation territoriale, y compris en matière sociale. Cependant l'échelle territoriale pertinente, pour ce qui concerne le pilotage et / ou l'intervention, est variable d'un thème à l'autre. Le territoire identifié doit correspondre à une dynamique sur laquelle asseoir une coordination locale.

q Le SRP couvre le champ de la sécurité sanitaire de façon intégrée au reste de la prévention

L'organisation et le déploiement des outils structurants intègre les objectifs :

- de sensibilisation des professionnels de santé au signalement d'événements sanitaires,
- de sécurisation et coordination du recueil et de l'analyse des données environnementales et épidémiologiques (qualité et exhaustivité)
- de gestion le cas échéant des crises,
- de développement des stratégies de prévention visant à diminuer l'exposition aux risques.

I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (4)

q_ Les éléments structurants positionnés dans le schéma relèvent d'une logique de santé publique.

Ils sont positionnés dans le SRP du fait de l'architecture du PRS et de ses schémas qui segmentent l'approche globale. Pour autant ces éléments structurants, par définition, peuvent ne pas être limités au seul champ de la prévention dans son sens restreint. Ils ont vocation à être des outils communs pour l'ensemble des schémas.

1.4 Les articulations du SRP

Pour répondre aux besoins des personnes au long de leur parcours de vie, le SRP doit être fortement articulé avec les schémas ou cadres d'intervention de l'ensemble des institutions porteuses de ressources et de politiques ayant un impact sur la santé et s'inscrivant dans les communautés locales.

Ø Le schéma est très fortement articulé avec les autres schémas et cadres d'intervention de l'ARS

- à travers la veille et la sécurité sanitaire qui traverse tous les champs et schémas,
- à travers les compétences régaliennes portées par l'ARS concernant notamment la santé environnementale (contrôle des eaux, amiante....) et les vigilances (infections nosocomiales ...)
- avec le dispositif de premiers recours, les médecins ayant un rôle privilégié notamment pour le repérage précoce de certains troubles et pour l'éducation thérapeutique. Leurs liens avec les dispositifs spécifiques de prévention doivent être organisés dans le cadre d'une politique cohérente.
- avec le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé devant jouer un rôle structurant dans leur bassin d'implantation en s'ouvrant aux enjeux de santé en articulation avec les acteurs locaux
- avec la politique des réseaux
- avec le schéma d'organisation médico-sociale parce qu'il s'agit bien d'ouvrir aux populations prises en charge dans les établissements la totalité du « parcours en santé » et d'ouvrir les établissements et les services aux patients atteints de maladie chronique
- avec le Plan Régional Santé Environnement 2 porté par l'ARS avec la DREAL et le Conseil régional.

I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (5)

Ø Il est très fortement articulé avec l'ensemble des politiques publiques en faveur de la santé

- Portées par ou avec les autres services de l'Etat : la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Education Nationale, la Direction régionale en charge du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DRAAF) ...
- portées par l' Assurance Maladie
- portées par les Collectivités locales dans le cadre de compétences réglementaires (les Conseils généraux pour la protection maternelle et infantile et l'action sociale départementale) ou de politiques volontaristes (Conseil régional, communes et intercommunalité)

Les professionnels du premier recours sont, du fait de leur rôle et de leur légitimité, des partenaires décisifs pour la réponse aux principaux enjeux du schéma.

Ø Il sous-tend les développements du PRAPS

S'adressant à l'ensemble des habitants de la région, il prend en compte les difficultés spécifiques de l'accès à la prévention des populations paupérisées ou précarisées à travers les outils structurants qu'il positionne et sur lequel le PRAPS pourra s'adosser : l'implantation du panier de service de proximité, l'évolution et la territorialisation des dispositifs de prévention médicalisée, la mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention adaptées.

Au-delà de ces outils structurants, il met par le choix des groupes experts l'accent sur des risques socialement stratifiés (identifiés comme focus par le PRSR) : cancer, alcool, saturnisme, santé mentale, santé au travail.

Les déterminants sociaux ont une importance prééminente dans l'accès à la santé (prévention et soins) aussi bien qu'au long de la maladie chronique (souvent source ou facteur aggravant majeur de la précarisation). Le SRP appelle donc une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDCS) et doit veiller à permettre l'accompagnement des personnes en difficulté.

Le développement dans tous les programmes de réponses au long du gradient social et des actions spécifiques en direction des personnes précaires sera spécifiquement développé dans le PRAPS.

I.2. Synthèse régionale du diagnostic (1)

Les travaux conduits dans le cadre de l'élaboration du schéma sont mis à disposition dans l'ANNEXE DIAGNOSTIC. Elle porte à connaissance la synthèse des travaux conduits dans les séries d'ateliers territorialisés avec les délégations territoriales de l'ARS et leurs partenaires. Elle présente :

- L'analyse critique des dispositifs et actions au regard des populations et des besoins de santé dans chaque territoire
- L'analyse de la couverture du territoire et des dynamiques locales susceptibles de favoriser un déploiement concerté des dispositifs
- L'identification des atouts et des faiblesses et la recherche de leviers mobilisables pour répondre aux objectifs assignés au schéma.

Ceci représente le « point zéro », initial, d'une évaluation des besoins et des réponses qui demandera à être étayée et surtout suivie par la mise en œuvre d'une observation dans la durée.

2-1 Des synergies à mettre en place et des coordinations interinstitutionnelles à renforcer

Depuis le Schéma régional d'éducation pour la santé (2004) et avec la création du groupement régional de santé publique (GRSP), l'élaboration du programme régional de santé publique et les premières sensibilisations des élus (2009) les avancées sont réelles. Elles se traduisent par des relations territoriales et institutionnelles effectives, particulièrement avec les collectivités territoriales et des élus locaux, et se concrétisent à travers la dynamique des Contrats locaux de santé (CLS).

Le choix d'intervenir sur les déterminants de santé et de concevoir des programmes bâtis pour sous-tendre les parcours de vie conduira à renforcer ces coordinations et à les adosser sur une cartographie des compétences et des financements alloués par chacun des partenaires.

2-2 Un déploiement concerté à concevoir pour couvrir le territoire

Les ressources sont dispersées sur le territoire. 70% des acteurs sont des associations, aux côtés d'établissements sanitaires, médico-sociaux, de collectivités et de leurs services. Les moyens sont concentrés dans les agglomérations, contrastant avec la faible couverture de certaines villes moyennes et de zones rurales. Des zones blanches sont identifiables où très peu d'acteurs de prévention interviennent, si ne n'est aucun. Les zones blanches ou fragiles sont particulièrement :

- | | |
|------------------|--|
| q Aude | Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières), Port La Nouvelle |
| q Gard | Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols), Nord du département (les Cévennes) |
| q Hérault | - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)
-Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève) |
| q Lozère | Zone blanche des Cévennes
Zones fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac |
| q P O | Les Albères, le Fenouillèdes, le Pays Cerdan, le Haut Vallespir |

I.2. Synthèse régionale du diagnostic (2)

Si les problématiques d'accès à la santé touchent les zones rurales elles existent aussi en zone urbaine, dans certains quartiers de grandes villes, particulièrement enclavés, où parfois peu d'intervenants pénètrent.

2-3 Un déploiement et un repositionnement à concevoir pour les dispositifs de prévention spécifique

Les Centres de vaccination, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) et les structures de gestion des dépistages organisés des cancers assurent un maillage du territoire régional qui pourrait sembler cohérent. Mais ils laissent des faiblesses en termes de couverture territoriale. Ces faiblesses correspondent aux zones blanches et fragiles.

D'autres difficultés, spécifiques, renvoient à des problèmes de positionnement des dispositifs :

- Le manque de coopération entre structures dans une perspective de couverture territoriale,
- le non respect des cahiers des charges nationaux ou régionaux concernant les actions hors les murs et la mobilité, rendant impossible un plan de dépistage et des interventions ciblées en direction des personnes vulnérables,
- l'absence de stratégies adaptées aux populations les plus en difficulté d'accès, particulièrement aux populations précaires,
- le manque d'articulation avec les acteurs locaux (travailleurs sociaux, éducatifs, médecins ...) pour informer et lutter contre les idées fausses, mobiliser et sécuriser les parcours.

Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) ont en charge l'addictologie et la prévention des risques et des dommages (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...) vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions.

-Les CSAPA de la région sont concentrés dans les 5 grandes agglomérations (10 sur 19) mais les moyens par ailleurs dispersés (32 antennes) laissent des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires. Les 7 CAARUD, malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, n'assurent pas la couverture du territoire.

-Ce dispositif participe aux actions de prévention, en règle générale en milieu scolaire et en milieu festif et, selon les territoires, en milieu d'apprentissage ou d'insertion mais également dans les quartiers retenus au titre de la politique de la ville.

I.2. Synthèse régionale du diagnostic (3)

Les points de criticité identifiés dans une approche de promotion de la santé portent sur :

- des actions de prévention qui n'inscrivent pas l'éducation pour la santé dans la durée, à chaque âge de la vie, ni n'investissent les lieux de vie au-delà de l'école, ni ne prennent en compte les circonstances de risques et de forte vulnérabilisation
- des actions conduites par les dispositifs de façon trop cloisonnée avec une mobilisation et une coopération insuffisantes avec certains acteurs essentiels parmi lesquels les professionnels de santé libéraux, les services de promotion de la santé des élèves et la médecine du travail.
- Au-delà de la couverture territoriale le problème posé est double. Le premier problème est le rôle des dispositifs qui doivent s'inscrire dans une politique globale de promotion de la santé. Le second problème est le cloisonnement des dispositifs qui constitue actuellement un frein au parcours de santé et de vie des personnes .

2-4 Acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé : le besoin d'asseoir des compétences, des métiers, des situations

La diversité des professionnels et métiers concernés (tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation) est une richesse. Mais il y a derrière les métiers une hétérogénéité des compétences dans le champ de la prévention et des situations mal reconnues : c'est le cas des bénévoles, dont l'intervention n'est pas marginale et parfois incontournable. Ces compétences encore inégales sont surtout difficiles à identifier par ceux qui voudraient les solliciter.

Parmi ces acteurs, les associations occupent une place très importante. Elles ne sont pas seulement des « prestataires de service » dans leur champ de compétence mais contribuent localement activement à la cohésion sociale, peuvent porter des projets innovants, apportent souvent des réponses aux difficultés quotidiennes des populations et contribuent à la mise en œuvre des politiques publiques.

Une faiblesse de la formation et un manque de reconnaissance des métiers rendent nécessaires les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, de chefs de projet, de coordonnateurs. D'une manière générale, une meilleure appropriation de la méthodologie de travail par projet contribuerait à moins segmenter les actions. Le besoin de formations aux méthodologies d'intervention se fait sentir.

I.2. Synthèse régionale du diagnostic (4)

2-5 Des interventions qui interrogent

La prévention nécessite une continuité d'intervention au cours de la vie, « d'étapes » de vie ou sur les milieux mobilisant une approche pluridisciplinaire. De ce point de vue, beaucoup d'interventions interrogent, quand elles sont isolées, ponctuelles, insuffisamment inscrites dans la durée, non coordonnées sur un territoire. En matière d'aide à la parentalité, un hiatus important intervient au moment de l'enfance avec une difficulté généralement pointée à relayer les actions développées au cours de la grossesse et de la petite enfance.

Ce constat concerne aussi la veille et la sécurité sanitaire. La construction du PRSE 2 a permis une grande avancée qui doit de la même manière traverser l'ensemble des champs où doit être développée une culture du risque pour la santé.

La prévention peut et doit faire référence à des données probantes, des référentiels d'intervention, utiliser des outils validés et évalués, alors que les interventions en région sont hétérogènes.

2-6 Des coordinations et animations territoriales à organiser

En ce qui concerne les dynamiques locales, le diagnostic territorial partagé révèle :

q Le rôle important des fonctions d'animation et de coordination locales pour l'émergence d'un projet de santé : au niveau d'un bassin de vie, centrées sur l'objectif de donner toute leur place aux populations pour répondre à leurs besoins, elles ont notamment permis des dynamiques de santé à travers les ateliers santé ville.

q L'importance de l'animation politique territoriale de l'ARS en lien avec les partenaires institutionnels et les collectivités : elle jette les bases du déploiement territorial des dispositifs et des actions, le Contrat local de santé se révélant une évolution possible du pilotage.

2-7 Les atouts de la veille et de la sécurité sanitaire en région

Le champ de la veille sanitaire bénéficie dans la région d'atouts notables :

§ l'antériorité de la réflexion sur une organisation régionale

§ l'antériorité du travail sur des outils de surveillance avec en particulier un système de recueil quasi exhaustif et enrichi de l'activité des services d'urgences et un travail régional sur le recueil et l'analyse des signaux.

La culture du risque et la vitalité des dispositifs spécialisés sont des atouts pour structurer une approche intégrative de l'analyse et de la gestion des risques infectieux, environnementaux et liés aux soins. Elle doit articuler, sur l'ensemble du champ, outils de veille, systèmes d'informations et coordination des acteurs : acteurs du soin (sanitaire, médico-social ou ambulatoire), de la prévention, de l'accompagnement social, partenaires de la surveillance environnementale, de l'alerte, de la gestion des risques et des crises.....

1.2. Synthèse régionale du diagnostic (5)

Des marges de progrès existent grâce à l'amélioration de l'organisation et des coordinations. La qualité et la représentativité des données, le partage des informations et des référentiels d'analyse et de gestion sont des objectifs qui doivent permettre à l'ARS de :

- consolider sa plateforme de veille et de gestion des urgences (cellule de veille d'alerte et des urgences sanitaires, cellule des vigilances, cellule régionale de défense et de sécurité et cellule de l'Institut National de veille sanitaire (INVS) en région).
- d'animer des réseaux de partenaires et professionnels relais de son action (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), Centre régional de pharmacovigilance (CRPV), Services communaux d'Hygiène et de santé, professionnels de santé scolaire, de PMI, de santé au travail etc...).

La voie a été tracée par la santé environnementale, à travers la construction du PRSE 2. Une avancée importante dans la culture du risque a été opérée, tant en termes de connaissance de l'exposition qu'en termes de stratégie d'intervention (réduction des risques). Elle doit être poursuivie, valorisée et articulée avec les autres volets du schéma. Elle nécessite une articulation avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Elle s'appuie sur le Réseau d'Echange en santé Environnementale (RESE) hébergé par l'ARS LR.

2-8 Des financements à mettre en cohérence

Une politique de promotion de la santé ne peut que reposer sur des synergies pluri institutionnelles. Assurance maladie (FNPEIS) et Mutuelles, collectivités territoriales et services de l'Etat financent pour une part souvent très importante programmes et actions.

L'enjeu, notamment à travers la Commission de coordination des politiques publiques, est de passer d'une politique d'animation à une politique de pilotage partagé mobilisant de façon concertée les acteurs et/ou les financements.

Dans cette perspective, les procédures actuelles, particulièrement le recours à l'appel à projet pour tous les programmes de prévention, sont insatisfaisantes. Lourdes et contraignantes pour les promoteurs, elles n'autorisent par ailleurs pas un déploiement concerté des actions que permettraient des contrats d'objectifs.

Du fait de l'évolution des politiques et des sources de financement, il convient enfin de mettre en cohérence le financement de dispositifs répondant à de réels besoins et qui relèvent des budgets sociaux de l'Etat ou des collectivités, de l'ONDAM médico-social et d'autres financements en direction des publics précaires. Cette évolution requiert un accompagnement inter institutionnel des promoteurs.

II – Les composantes du schéma

Un schéma de déploiement concerté soutenu par des outils structurants

Le schéma d'organisation de la prévention ne décline pas des programmes d'actions. Il propose **une organisation et une structuration des moyens** qui permettront d'inscrire les programmes d'actions dans le territoire, en proximité des personnes. Il s'agit donc d'un schéma de déploiement concerté et de positionnement des outils nécessaires pour permettre et accompagner ce déploiement.

Il intègre d'emblée l'objectif de réponse aux besoins des personnes les plus éloignées de la santé, quelle qu'en soit la cause (géographique, économique ou sociale particulièrement). Dans cette optique, **il privilégie une logique de prévention des inégalités de santé et des dispositifs « de droit commun » intégrant la prise en compte des difficultés d'accès**.

Il entend mettre en place une organisation et les moyens structurels nécessaires pour que les actions de prévention, quel que soit le domaine, puissent s'appuyer sur des outils et des référentiels validés et évalués, des compétences et savoir faire reconnus. **Ce sont les plateformes, pôles ressources ou pôles de compétence régionaux porteurs d'ingénierie en méthodologie d'intervention** (pour la veille et la sécurité sanitaire, pour l'éducation et la promotion de la santé, pour l'éducation thérapeutique , pour la santé environnementale.).

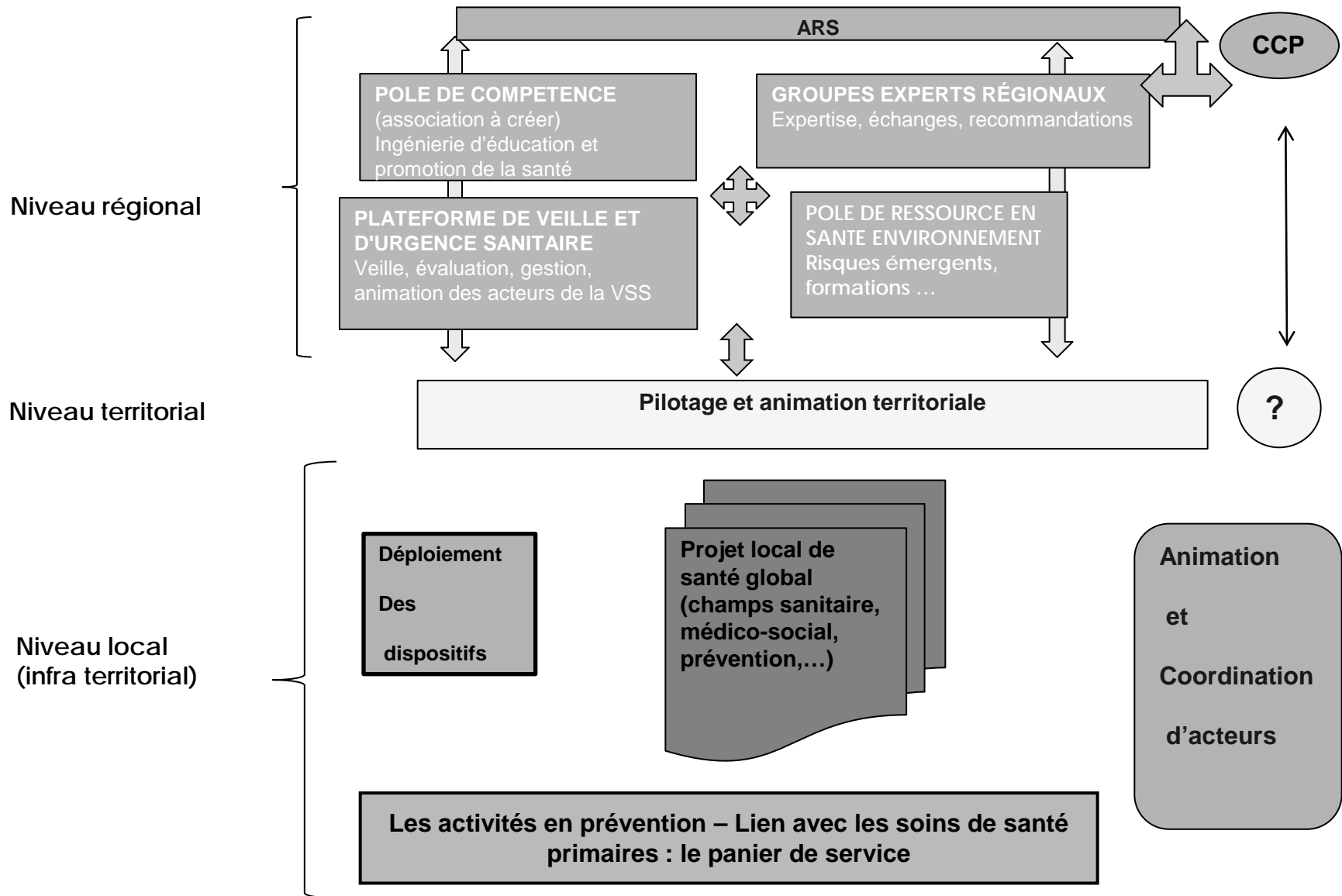
Il préconise une organisation régionale pour que les programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PSRS et de la politique de santé nationale soient cohérents, adaptés à la situation régionale, aux besoins et à l'environnement des populations, et mobilisent les professionnels de manière concertée. **Ce sont les groupes experts régionaux porteurs des recommandations et évolutions nécessaires au parcours de santé dans leur domaine de compétence.**

C'est une démarche structurée et élaborée qui crée les conditions favorables à la construction de **projets locaux de santé et à l'accès à un panier de service de proximité** et qui implique **une évolution qualitative et un redéploiement des dispositifs**.

Le déploiement doit en être progressif et concerté particulièrement avec les collectivités territoriales. Ceci n'autorise pas une définition a priori des modalités de la couverture territoriale. Ceci impose par contre de prendre en compte l'objectif de **couverture, à terme, de l'ensemble du territoire par une programmation** qui devra être discutée en Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention.

Ce déploiement implique une gouvernance régionale forte par la **Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention**, porteuse de la volonté politique et du pilotage partagé de sa mise en œuvre.

Schéma prévention : objectifs en termes de structuration



II.1- Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (1)

Si l'ARS pilote la politique de santé en région elle ne peut conduire seule une politique de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités sociales de santé et d'accès à la santé sur tout le territoire. Ces enjeux du schéma impliquent que les partenaires institutionnels réunis au sein de la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (CCPP) agissent ensemble pour construire, dans le respect de leur fonction et de leur autonomie, en mobilisant les politiques qui relèvent de leur compétence.

La Commission est le lieu de la gouvernance au niveau de la région. L'ARS et ses partenaires y décident de l'approche stratégique, y impriment la volonté politique, y organisent l'impulsion et le suivi du schéma. C'est dans la commission que se construisent entre partenaires institutionnels les convergences et les complémentarités, la négociation des leviers d'action, la cohérence du déploiement des projets locaux de santé, du panier de service de proximité sur le territoire et des financements.

Pour passer d'une politique d'animation au pilotage partagé de sa mise en œuvre, la commission doit finaliser ses travaux afin de définir :

- les axes d'une politique de promotion de la santé en direction des populations définies comme prioritaires : périnatalité / enfance, adolescents / jeunes adultes, population en activité, personnes âgées, population rurale, personnes exclues
- une coopération efficiente sur l'ensemble des sujets que cette politique implique de partager (en santé mentale, en matière de prévention des addictions, en soutien à la famille et à la parentalité, en matière d'habitat ou d'hébergement ...) et qui mobilise de manière concertée les services (PMI, Service de promotion de la santé en direction des élèves, médecine du travail ...) et les dispositifs
- les modalités de mobilisation concertée des financements pour gagner en efficience, ce qui implique un partage d'informations et une concertation sur les priorités
- une gouvernance territoriale opérationnelle, structurée sur une instance technique départementale relai de la CCP, coordonnée par les délégations territoriales de l'ARS
- les conditions d'émergence d'une culture partagée du risque : repérage du risque émergent en santé environnement, connaissance de l'exposition aux risques et programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), coordination de la mise en œuvre des mesures de gestion
- les conditions pour faire émerger une culture d'études d'impact sur la santé concernant notamment les politiques publiques locorégionales en marge du domaine de la santé.

II.1- Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (2)

La commission s'appuie sur les avis des instances de démocratie sanitaire, conférences de territoire et CRSA, et peut bénéficier de la réflexion des groupes de travail de ces instances.

Elle est associée à la définition des besoins en ingénierie et donc à l'élaboration du programme de travail des pôles régionaux :

- la plateforme de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS en en région
- le pôle de compétence régional en éducation et promotion de la santé
- le pôle régional de compétence en éducation thérapeutique
- le pôle de ressources en santé environnement

Ø Elle participe à la définition du cadre de travail et de la lettre de mission des groupes experts régionaux, à la définition de leur animation. Elle est destinataire de leurs travaux sur les programmes d'action. Elle peut par ailleurs solliciter leur avis en tant que de besoin

II.2.1 Plateforme et pôles (1)

Une veille et une urgence sanitaire à développer

Trois objectifs sont poursuivis dans le développement de la plateforme de veille et sécurité sanitaire :

Consolider et structurer l'organisation fonctionnelle régionale intégrative de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire de l'ARS:

Il s'agit de :

- Consolider au sein de l'ARS la plateforme de veille et des urgences sanitaires qui regroupe la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CVAGS), la CIRE (cellule de l'INVS en région), la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) et la Cellule des Vigilances
- Fédérer autour de cette plateforme fonctionnelle les acteurs institutionnels de veille au premier rang desquels la veille nosocomiale (ARLIN), la pharmacovigilance (CRPV), les services de l'Etat concernés (Rectorat, DDCS, DPP notamment) et le niveau communal (les Services Communaux d'Hygiène et de Santé - SCHS)
- Structurer des réseaux de partenaires de la veille sanitaire pour la gestion des risques infectieux et environnementaux
- Consolider avec les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) les organisations régionales et territoriales. En particulier mettre en cohérence les organisations internes des établissements avec les exigences de gestion des risques infectieux et des risques associés aux soins ; anticiper et gérer les crises sanitaires en lien avec les Préfectures de la zone de défense et l'ARS

Développer le métier et la culture de veille et de sécurité sanitaire en lien avec la plateforme

La culture du risque, la connaissance de l'exposition, des stratégies d'anticipation et de réduction des risques sont la base des programmes de prévention. La diffusion de ces notions repose sur :

- Une stratégie de communication en direction des professionnels et des populations, que ce soit en temps de crise ou comme partie intégrante de la politique de prévention,
- Le développement d'outils et de programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé, des professionnels de l'environnement, des responsables institutionnels....

Mettre en place des outils structurants au niveau régional pour mieux prévenir et gérer le risque

Ils ont pour objet de faciliter le partage et le recueil des informations, la complémentarité et la cohérence des pratiques (référentiels, procédures), de faciliter une gestion des risques réactive et des actions dans la durée inscrites dans des programmes de prévention spécifiques :

- Pour la gestion du risque infectieux
- Pour la sécurité alimentaire, incluant l'eau de consommation et les coquillages,
- Pour le risque environnemental : saturnisme, allergies, pesticides, zoonoses, mais aussi les risques émergents
- Pour les risques naturels (particulièrement inondations et canicule) et technologiques (sites et sols pollués, plans particuliers d'intervention)
- Pour les risques liés aux soins : infections associées aux soins, événements indésirables graves, mais aussi afflux de victimes, menaces sur la continuité des soins, etc.

II.2.1 Plateforme et pôles (2)

Le Pôle régional de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé

Le pôle est un instrument majeur de l'organisation de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé dans la région. Son objectif est d'améliorer la qualité, la cohérence des actions et leur couverture du territoire régional. L'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) en a confié à l'ARS le pilotage politique et stratégique. Une vingtaine de structures sont signataires d'une charte sur les valeurs à promouvoir dans ce cadre.

Lieu de rassemblement, d'enrichissement des forces et compétences, le pôle n'est pas un acteur de terrain mais doit venir en appui aux acteurs de terrain. C'est une fédération des acteurs porteurs de compétences en ingénierie d'éducation et de promotion de la santé. C'est une structure de composition ouverte pour pouvoir évoluer en fonction des besoins de santé et des priorités définies. Il est souhaitable qu'il soit doté d'une personnalité juridique, respectant l'identité propre et les missions de chacune des entités engagées. Il se structure autour de :

- Une charte d'engagement
- Une instance de pilotage stratégique, de pilotage technique, une fonction de secrétariat et une équipe d'appui.
- Un contrat d'objectif et de moyens signé avec l'INPES et l'ARS
- Un budget regroupant les subventions de l'INPES (2010-2013), les subventions allouées aux structures du pôle couvrant les missions concernées, les subventions ponctuelles et les apports de membres du pôle

Le champ de ses missions est l'ingénierie en éducation pour la santé et promotion de la santé ce qui recouvre :

- § Une fonction documentaire
- § Des formations
- § La communication
- § La constitution de l'inventaire régional des compétences
- § Le conseil méthodologique et l'appui technique aux projets locaux de santé
- § Les référentiels, méthodologie et outils d'interventions
- § Une dimension évaluation à travailler avec l'Université

Une interconnexion devra être construite avec les autres plateformes ou pôles ressources au niveau de la région : en matière d'addictions avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), dans le cadre de la Politique de la ville (Préfet de Région) et en matière de santé environnementale .

II.2.1 Plateforme et pôles (3)

Le Pôle régional de compétence en éducation thérapeutique (ETP)

Le PSRS fait de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques une priorité de la politique de santé en région. Ceci implique une politique de prévention favorisant la qualité et l'éducation nutritionnelle, la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, la lutte contre la sédentarité, sans oublier la politique vaccinale (hépatite B) et l'action sur les facteurs environnementaux (exposition à l'arsenic dans l'eau, au radon dans l'air intérieur, aux pollutions atmosphériques, aux perturbateurs du système endocrinien et aux facteurs de risque professionnels).

Mais au-delà, ceci implique de dépister tôt et mieux (VIH, hépatites, diabète, cancers, insuffisance rénale chronique), d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce et de promouvoir une prise en charge globale améliorant la qualité de vie des personnes et répondant aux enjeux des complications, de la chronicité et de la dépendance.

Intervient donc le rôle majeur de l'éducation thérapeutique, qui doit mobiliser les savoirs faire dès l'annonce du diagnostic et ne saurait être dissociée (se référer au schéma médico-social) :

- de l'accompagnement et du soutien éducatif et social la plupart du temps porté par les associations et souvent par les aidants naturels,
- des dispositifs sociaux de prise en charge, les facteurs de risque de la maladie chronique étant fortement corrélés à la situation sociale et à la précarité et la survenue d'une maladie chronique étant souvent une cause majeure de précarisation voir d'exclusion.

Le bilan de la campagne d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique mise en œuvre par l'ARS fait apparaître une concentration de ces programmes dans les établissements de santé les plus importants du Languedoc Roussillon et une difficulté d'émergence dans le tissu des soins ambulatoires et / ou associatifs. Il révèle aussi des difficultés à aborder certaines problématiques spécifiques : ETP en milieu carcéral, concernant les addictions, ...

Le schéma propose de créer un pôle ressource régional en éducation thérapeutique :

§ Pour soutenir des approches de parcours c'est-à-dire un programme développant des séquences d'ETP post hospitalisation ou recevant des patients post hospitalisation et faisant le lien avec les ressources territoriales (ambulatoire, réseaux)

§ Pour générer une dynamique de développement qui permette de diffuser l'ETP au sein des établissements : développement des programmes ETP par d'autres professionnels à partir d'une personne ressource ou diffusion des programmes à partir d'une équipe dédiée (équipe mobile).

II.2.1 Plateforme et pôles (4)

§ Pour faire un état des lieux des besoins en région

§ Pour développer l'accessibilité géographique, financière ou sociale au programme dans une perspective de réductions des inégalités de santé.

§ Pour renforcer d'une manière générale la place des patients et de l'entourage.

Les principales attentes par rapport au pôle sont qu'il puisse mettre à disposition des partenaires :

q un état des lieux des besoins et un répertoire des programmes conduits

q des référentiels d'intervention par territoires, par populations, par pathologies et prenant en compte particulièrement la précarité,

q un état des lieux des formations permettant l'élaboration d'un répertoire mais surtout d'un plan de formation régional

II.2.1 Plateforme et pôles (5)

Le pôle de ressources en santé environnement du Programme régional santé environnement (PRSE2)

Un enjeu fort du domaine de la santé-environnementale est que les populations (publics, élus ...) soient parties prenantes, qu'elles soient responsables. L'objectif, en termes de formation et d'information, est de les rendre autonomes et actrices comme le propose la charte d'Ottawa.

Pour soutenir une politique de promotion de la santé donnant toute sa place à l'action sur les déterminants environnementaux de la santé, il apparaît donc nécessaire de mettre en place les outils d'une démocratie sanitaire et de développer une pédagogie régionale en santé environnement. Ceci implique de renforcer la formation et l'information dans ce domaine, en se situant au plus près des besoins des populations locales (citoyens, professionnels, élus, décideurs ...), mais aussi de veiller à une coordination des messages à l'échelle régionale.

Ce pôle pourra s'ouvrir à la dimension veille sur les risques émergents, par définition mal identifiés et peu documentés, interprétés souvent de manière différente par l'expert et le public. Ils rendent encore plus complexe la veille sanitaire parce qu'ils nécessitent une expertise plurielle et un partage d'informations entre spécialistes et acteurs en charge de la gestion du risque sanitaire.

La construction et l'animation d'un Pôle de ressources « santé environnement » à partir des compétences et des réseaux territoriaux existant dans la région répond aux objectifs de développement d'une pédagogie régionale. L'organisation et l'animation des échanges et co-formations entre acteurs éducatifs de la santé et de l'environnement devraient aboutir à :

q̄ La définition des outils d'observation des compétences et des réseaux ainsi que des territoires pertinents au sein de ce réseau pour faire émerger les problématiques majeures de santé environnementale, en recherchant les coordinations entre acteurs de la santé et de l'environnement

q̄ La définition des objectifs et la mise en place d'un programme de formation continue en santé environnementale en lien avec les dispositifs existants (la charte « Tous acteurs de santé » étant le socle d'une pédagogie régionale en santé environnement).

Ce travail de fond peut rendre intéressante l'organisation chaque année d'états généraux en santé environnementale, ciblés sur les thèmes à enjeux identifiés dans la région, temps privilégiés de démocratie sanitaire.

II.2.2 Groupes experts régionaux (1)

Ils ont un rôle structurant au niveau régional dans l'élaboration, l'animation et l'accompagnement de programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PSRS et de la politique de santé nationale. Ils sont porteurs des recommandations et des évolutions nécessaires au parcours de santé dans leurs domaines de compétence. respectifs

Les groupes régionaux sont à constituer (notamment dans le champ de la veille et de la sécurité sanitaire), d'autres existent déjà, qui devront évoluer pour répondre au mieux aux enjeux actuels (notamment dans le champ de la nutrition ou des personnes âgées). Ils rassemblent l'ensemble des acteurs des champs concernés (institutionnels, professionnels, associatifs) et des usagers.

En effet, les programmes de santé impliquent parfois d'autres politiques dont l'ARS n'a pas la maîtrise d'ouvrage mais qui relèvent de partenaires de la Commission de coordination de la prévention (CCPP). Ils requièrent toujours l'expertise des professionnels compétents, la co-construction avec les acteurs concernés, un accompagnement et une animation des réseaux professionnels.

Les travaux, avis, recommandations des groupes sont destinés à l'ARS et à la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, qui les sollicite en tant que de besoin.

Les fonctions attendues sont :

- De porter l'approche globale de la santé (cohérence des parcours de vie et de santé) et l'appui technique à l'ARS et à la CCPP dans l'élaboration et le suivi des programmes régionaux,
- De favoriser la cohérence territoriale, la mobilisation des acteurs,
- De développer une fonction d'expertise et de veille mais aussi d'échanges et de partage d'expérience entre professionnels,
- D'être force de proposition en matières de formation initiale et continue dans les domaines concernés,
- D'assurer une animation dans leur champ.

Ces groupes sont mis en place au niveau régional, en veillant à ce que les territoires soient représentés en leur sein.

- Ils se dotent d'une charte de fonctionnement
- L'ARS formalise pour chaque groupe le cadre dans lequel se situe sa mission et précise les attentes par une lettre de mission.
- Le pilotage et/ou l'animation relèvent de l'ARS et/ou de la CCP selon des modalités à définir pour chacun des sujets. Cette fonction peut être déléguée ou partagée.
- Les groupes élaborent dans ce cadre des axes de travail validés par tous.

II.2.2 Groupes experts (2)

Dans le domaine de la prévention, ces groupes experts sont les suivants :

Ont été mis en place :

- Le Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH), Instance indépendante, renouvelée en décembre 2011 par arrêté préfectoral
- La Commission régionale de la politique vaccinale, pilotée par l'ARS, mise en place en 2011
- Le Groupement régional en santé environnement (GRSE), copiloté par l'ARS, Etat et le Conseil régional, mis en place en 2010
- La Commission Régionale Nutrition Santé, pilotage par l'ARS, existe depuis plusieurs années. Le cadre des missions en a été revu en 2011 pour prendre en compte les enjeux actuels. Elle prend place dans un dispositif régional aux côtés du Comité Régional de l'Aide Alimentaire, piloté par la DRAAF.

Doivent être mises en place en faisant évoluer des commissions antérieures :

La Commission régionale de la naissance et de l'Enfance, qui fera suite à la Commission régionale de la naissance mise en place dans le cadre du plan national de périnatalité, dont le cadre de mission et la composition doit donc évoluer.

- La Commission régionale du vieillissement, qui fera suite à l'actuelle commission qu'il s'agit de redéfinir pour porter en cohérence le parcours de vie de la personne âgée.

Doivent être mises en place par création :

- La Commission régionale de coordination des addictions , pilotée par l'ARS
- Le Groupe expert régional en infectiologie incluant les zoonoses

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.1 Les projets locaux de santé (1)

Le déploiement de la politique de prévention est porté par une démarche à mettre en œuvre sur les territoires de proximité : il nécessite une volonté politique et s'appuie sur les dynamiques locales en réponse aux besoins identifiés. Ces territoires de proximité, en fait des bassins de vie, seront l'espace des projets locaux de santé. Certains de ces territoires sont des zones blanches, démunies en ressources, qui doivent être prises en compte spécifiquement et prioritairement.

Quatre démarches structurantes seront mises en œuvre pour couvrir progressivement le territoire régional. Elles constituent la perspective affichée comme cadre d'orientation pour la région. Elles sont étroitement corrélées :

- Élaborer dans les bassins de vie des projets locaux de prévention, première étape pour tendre vers des projets de santé globale.
- Mettre en place les acteurs capables de susciter, d'animer et de coordonner des dynamiques de santé.
- Définir les modalités de déploiement de l'offre de prévention pour couvrir le territoire régional y compris en proximité des populations les plus éloignées. Pour ce faire, agir dans deux directions :
 - o développer le panier de services de proximité
 - o accompagner l'évolution des dispositifs de prévention spécifiques.

3-1 Les projets locaux de santé

§ Les projets locaux de prévention, un cadre de référence minimal

Toute action de prévention s'inscrit dans un projet local de prévention. Pour pouvoir être retenu, ce projet doit comporter :

- Une analyse des populations, des besoins et des ressources
- Un programme d'actions cohérent avec l'objectif de couverture territoriale, d'atteinte des populations concernées, d'inscription dans la durée et de cohérence avec les priorités et les politiques régionales
- Une mobilisation coordonnée des ressources locales.

Les partenaires de la Commission de coordination de la prévention en faciliteront l'élaboration en définissant le socle des coopérations mobilisables entre services au niveau local. L'émergence de ces projets nécessite une fonction d'animation et de coordination territoriale et/ou locale.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.1 Les projets locaux de santé (2)

§ Les projets locaux de santé

Au-delà, la réponse aux besoins des populations et la prise en compte du parcours de vie des personnes passe par des projets locaux de santé. Ils répondent à une approche globale de la santé. **Les conditions d'émergence en sont :**

- l'existence d'une dynamique, quelle qu'en soit le support : approche qui peut au départ être populationnelle (les jeunes ...) ou par besoin de santé (nutrition santé, santé mentale ...) ou peut répondre à une volonté institutionnelle (coordinations de services),
- une démarche de diagnostic de santé partagé associant professionnels et habitants,
- des recommandations qui se traduisent en programmes et actions.

Ils nécessitent d'être portés par une autorité à la légitimité reconnue, principalement une collectivité territoriale (commune, groupement de communes, pays ...), et que soient définies les conditions du pilotage, de la coordination et de l'animation technique.

Des éléments facilitateurs

- Les établissements de santé, quand ils sont ouverts à leur bassin et s'emparent du champ de la prévention, ont un rôle particulièrement structurant dans un projet de santé.
- La dynamique de projet local de santé est aussi portée par la politique de la ville (axe santé des projets des quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et ateliers santé ville) à la programmation de laquelle l'ARS est associée (art 1435-1 du CSP)

§ Les contrats locaux de santé (CLS)

Le projet de santé est la première étape vers le contrat local de santé (CLS) (art 1434-17 du CSP), porté par une dynamique locale au niveau d'un territoire de proximité rural ou urbain. Le contrat local de santé (CLS) n'est pas un « dispositif de plus », mais un instrument contractuel d'animation et d'articulation des dispositifs et des politiques publiques en santé : il crée des espaces de négociation et de coopération.

- C'est un outil d'articulation des initiatives locales avec le PRS pour une réponse adaptée et pérenne au plus près des populations, en particulier les plus vulnérables, incluant l'amélioration du contexte environnemental, social, l'accessibilité aux soins et le respect des droits.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.1 Les projets locaux de santé (3)

- Le CLS s'inscrit dans **un objectif de consolidation du partenariat local** sur les questions de santé au sens large.. Il permet une approche de santé cohérente, particulièrement en mobilisant l'accompagnement médico-social, la promotion et la prévention de la santé dont la santé environnement et la veille et la sécurité sanitaire. Il crée le cadre dans lequel l'ARS peut solliciter un avis sur l'organisation des soins. Au-delà, il peut s'étendre à la cohésion sociale, au logement, à l'éducation etc.
- Il nécessite **un portage politique local** qu'il reconnaît, valorise et sur lequel il s'appuie.
- **Son pilotage est structuré** et ouvert aux financeurs. Il implique animation et coordinations techniques.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.2 Les métiers de l'animation territoriale de santé

3-2. Les métiers de l'animation territoriale de proximité

L'élaboration, la mise en œuvre et la gouvernance de projets de santé sur le territoire nécessitent animation, coordination et pilotage et donc des métiers (animateur, coordonnateur, chef de projet, ..). Ces fonctions sont déjà identifiées dans certains dispositifs institutionnels ou professionnels. Elles se distinguent de l'animation politique institutionnelle, mais aussi de l'animation de dispositifs ou services spécifiques (réseaux d'acteurs, de compétences spécifiques) ainsi que du pilotage de programmes.

Un socle de compétences est donc nécessaire et doit être mobilisé pour permettre l'émergence, la structuration puis l'animation d'une stratégie d'intervention par projet local de santé puis concevoir, gérer, animer des projets locaux de santé :

- l'animation des politiques locales de santé
- la conception et la gestion de projets d'actions
- l'animation et la coordination d'actions de proximité
- l'animation de réseaux d'acteurs
- de l'ingénierie
- de l'appui au pilotage politique.

L'objectif poursuivi par le schéma est de pouvoir mettre les compétences à disposition des territoires :

1- En mobilisant le pôle de compétence régional en éducation pour la santé et promotion de la santé, conformément à ses missions, pour faire un inventaire régional des professionnels et compétences . Trois objectifs sont poursuivis :

- un recensement des formations initiales et continues mobilisables dans la région
- une réflexion sur des référentiels de compétence et cahiers des charges de formations
- l'élaboration d'un plan de formation puis la mise en place de formations.

2- En identifiant avec les partenaires institutionnels les besoins d'animation des territoires de santé, en concertation avec la CCP, les délégations territoriales de l'ARS et les conférences de territoire, pour amener un appui

- à la construction et l'animation des projets d'éducation et promotion de la santé sur les territoires et les bassins de vie
- à l'élaboration et à l'animation des projets locaux de santé quand existe une dynamique

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.3 Le panier de service de proximité (1)

3-3 Le déploiement en proximité d'un socle de prestations : le panier de service de proximité

Le principe d'un socle d'offre de soins de proximité est communément admis. Il peut et **doit être** étendu à l'ensemble des composantes de la santé (les soins de santé primaires). Ces composantes mobilisent des services de prévention, de soins, médico-sociaux et sociaux à travers la définition d'un socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir avoir un accès en proximité : **un panier de service**.

Le schéma régional de la prévention porte la nécessité d'un déploiement territorialisé d'un socle minimum de prestations appelé panier de service qui relève de l'ARS et d'autres institutions. A ce panier de services doivent correspondre au minimum des activités de prévention que l'on doit pouvoir trouver au niveau de proximité considéré faute desquelles il y a carence de réponse.

§ Le panier de service ne définit pas une nouvelle structure mais une nouvelle organisation : il permet l'accès à une somme de services et résulte de la convergence sur un point du territoire des réponses portées par les professionnels des champs social, sanitaire et éducatif, des équipes déléguées par des structures, dispositifs ou services. Le socle minimum qui le constitue regroupe donc plusieurs éléments et mobilise plusieurs modalités de travail :

- certaines prestations relèvent de dispositifs (dépistages des cancers, vaccinations...)
- certaines prestations relèvent d'interventions en éducation pour la santé ou promotion de la santé
- le contenu et le calibrage quantitatif et qualitatif sont fonction de la population et des besoins perçus par les professionnels.
- enfin même si un socle est défini, il autorise une certaine souplesse pour répondre aux particularités locales ou à des actions innovantes

§ Le contenu doit en être défini. De manière pragmatique, la réponse doit être adaptée à la population et aux services existant localement.

- Ø La question doit être posée de la standardisation d'un socle dans lequel semblent nécessaires en matière de prévention :
- l'accès à un service public de la vaccination, de dépistages (VIH et hépatites, IST dans la limite des conditions techniques, cancer),
 - l'accès au dispositif d'addictologie en première instance ou en relai d'un repérage par un professionnel
 - à une action d'éducation pour la santé qu'elle concerne la sexualité, la nutrition ou tout autre thème perçu comme nécessaire, y compris l'éducation thérapeutique
 - l'accès à des mesures de protection rendues nécessaires par l'émergence de risques, environnementaux ou infectieux

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.3 Le panier de service de proximité (2)

Ø Il ne peut être envisagé si l'accès aux soins n'est pas consolidé par la « première marche » que constitue l'accès aux droits

Ø Support du parcours de santé au niveau local, il appelle une convergence avec les dispositifs portés par ou avec d'autres institutions ou des collectivités. A ce titre doivent y avoir leur place

- le soutien à la parentalité,
- l'accès à la planification familiale,
- le lien avec la PMI
- mais l'accès à un accompagnement ou à une prise en charge sociale (dispositifs de cohésion et d'action sociale,) dès lors que les partenaires voudront et pourront s'y associer.

§ Le panier de service ne saurait donc être arrêté sans être mis au travail dans une co-construction :

- Les conférences de territoire, la Commission régionale de la santé et de l'autonomie seront consultées sur la question de la standardisation d'un socle qu'il convient alors de définir.
- Si à terme tout le territoire régional doit être desservi par le panier de service déployé dans les bassins de vie, le déploiement ne peut qu'en être progressif, corrélé au déploiement des projets locaux de santé
- Ceci sous-entend cependant la nécessité de construire une démarche de programmation
- La commission de coordination des politiques publiques sera le lieu de recherche des convergences dans le déploiement, la programmation et la modélisation des ressources.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.3 Le panier de service de proximité (3)

§ Le déploiement territorial doit être envisagé de manière pragmatique :

Cette démarche est liée principalement mais pas exclusivement à un projet local de santé. La priorité doit être donnée aux zones éloignées, rurales ou aux quartiers enclavés de certaines agglomérations.

Nonobstant la composition du panier de service, la programmation de son déploiement territorial est à définir en prenant en compte la diversité des situations :

- des zones prioritaires où tout est à faire, depuis faire naître les conditions mêmes de déploiement du panier, c'est-à-dire une dynamique
- des zones où la dynamique s'initie, où il faut l'accompagner, la soutenir
- des zones où la dynamique est satisfaisante, voire se traduit déjà par des outils concrets tels que des contrats locaux de santé

L'organisation sera adaptée aux possibilités et conditions locales : plateforme et lieu virtuel, centre de ressources en un lieu identifié, le choix de l'organisation doit aussi tenir compte de deux éléments :

- la (ou les) localisation(s) ne doivent pas être un frein à l'accès par peur de perte de confidentialité,
- l'organisation doit favoriser l'interface entre les professionnels. On recherchera donc, entre autres, les lieux d'exercice collectif (maisons pluri professionnels de santé, maisons médicales de garde), hôpital local ou structure d'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Par définition les professionnels concernés appartiennent à plusieurs disciplines parmi lesquelles les médecins et l'ensemble des professionnels de santé de l'ambulatoire. Ils sont le recours naturel des habitants. Leurs compétences et leur connaissance de leur patientèle les placent au cœur des enjeux de la prévention. Pour cela ils ne peuvent rester isolés. L'organisation du panier de service doit aussi permettre en proximité l'interface entre eux et les professionnels du champ de la prévention. Elle contribue ainsi au parcours de santé.

L'accès effectif aux prestations de proximité doit être organisé

Ceci doit se faire en lien avec le tissu professionnel local ; les médecins et infirmières, parfois seuls acteurs de proximité, les services territorialisés (PMI, services sociaux, inter secteurs de santé mentale ...).

La question du déplacement et / ou du transport doit être prise en compte. Elle peut orienter le choix d'implantation et / ou être prise en compte dans une démarche de projet local de santé.

§ La mise en place du panier de service sur les territoires sera soutenue par des outils d'appui : pôles ressources, contrats locaux de santé, coordinations interinstitutionnelles. Elle se traduira aussi par des évolutions dans les relations contractuelles de l'ARS avec les opérateurs.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (1)

3-4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques

Le déploiement territorial du panier de service concerne également les dispositifs spécifiques de dépistage (CLAT, CIDIST et CDAG, plateformes de dépistage des cancers), les centres de vaccination, mais aussi les établissements de prévention et de prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD). L'objectif est de répondre aux besoins des populations en articulant l'activité des établissements ou services spécialisés, celle des professionnels de premier recours (les médecins, les sages femmes ...), mais aussi dans certains domaines celle des associations.

Ø Les principes à mobiliser pour couvrir le territoire

Les établissements ou services spécifiques ont vocation à se déployer sur l'ensemble des bassins de vie et en accompagnement des contrats locaux de santé. Ce doit être un déploiement progressif et concerté. Les principes et cadres devront être posés dans une programmation et en lien avec la CCP et les groupes experts régionaux .

Leurs acteurs sont amenés à se repositionner :

- **Du fait des interfaces nécessaires avec les professionnels libéraux** qui sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et de prise en charge précoces, mais dont l'isolement est souvent un frein. Un des rôles des dispositifs spécialisés est bien de faciliter l'implication des médecins et des autres professionnels par l'information, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces.
- **Du fait de l'inscription territoriale forte** nécessaire puisqu'ils ont vocation à être dans leurs domaines respectifs garants du parcours de santé dans les territoires, du repérage précoce à une prise en charge adaptée. Ils ont ainsi vocation à devenir des «pôles ressources» pour leur bassin d'intervention en matière de connaissances et de pratiques. Ils doivent pour ce faire travailler en lien et en réseau avec les acteurs locaux du quartier, de l'école, des lieux d'écoute.

L'organisation cible doit tenir compte des spécificités de chaque territoire

Les orientations ci-après intègrent partie de ces spécificités notamment en ce qui concerne

- La Lozère avec les difficultés de stabilisation des temps médicaux , les difficultés liées aux volumes d'activité et celles induites par l'accès géographique et le problème des transports
- L'Aude et la situation de bipolarisation Carcassonne et Narbonne qu'il faut prendre en compte dans les scénarios
- Les Pyrénées Orientales et le problème tout à fait spécifique du Plateau cerdan et du Haut vallespir

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (2)

- **Du fait de leur vocation à s'inscrire dans le panier de services de proximité** et dans les actions de promotion de la santé mais de manière concertée et en fonction de leurs compétences.

Au-delà des axes identifiés dans le schéma, les déploiements seront affinés

- Par les travaux d'élaboration des projets locaux de santé
- Par les travaux des groupes experts au niveau de la région.

Ø Les centres de vaccination

La commission régionale de la politique vaccinale a acté la nécessité d'une approche globale de promotion de la santé et la nécessité de travailler avec les maternités, le réseau périnatal d'amont et d'aval et les équipes de PMI, avec l'éducation nationale (des conventions sont attendues dans tous les territoires), les sages femmes et les médecins généralistes, les CSAPA et les CAARUD, le milieu du travail.

Les objectifs portés par le schéma sont

q De déployer le dispositif pour atteindre une organisation territoriale cible. Cette organisation intègre le fait que les centres de vaccination ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité en appui des médecins libéraux. Elle se traduit dans les territoires par :

- La nécessité dans l'Hérault de repenser profondément la mise en œuvre de la couverture du territoire, le portage de l'ensemble des missions et de la fonction d'animation territoriale, ainsi que le développement des partenariats avec l'éducation nationale
- La nécessité en Lozère de stabiliser une équipe, en étudiant deux scénarios possibles de coopération : un pôle interdépartemental de vaccination (Gard Lozère), ou un pôle assurant les missions recentralisées au CH de Mende avec CDAG, CIDIST et CLAT
- La nécessité dans l'Aude de renforcer au minimum les coopérations entre les deux centres (Carcassonne et Narbonne) et d'assurer en cohérence la couverture (actions hors les murs et partenariats) et l'animation territoriales
- la nécessité dans les Pyrénées Orientales d'étayer l'organisation intégrée en pôle avec CDAG et CIDIST et de déployer les moyens de la couverture du territoire (équipe mobile)

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (3)

q **De positionner les centres de vaccination comme animateurs et relais de la politique vaccinale** sur leur territoire notamment auprès des partenaires institutionnels et des professionnels de santé.

q **De renforcer les liens au niveau de chaque territoire** entre les centres de vaccination, l'éducation nationale, les Conseils Généraux et les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) et de s'inscrire dans le projet de territoire.

L'amélioration de la politique vaccinale est inscrite comme un des objectifs du Programme Régional de Gestion Du Risque développant des actions régionales spécifiques en direction des médecins libéraux.

Ø Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDIST)

L'évolution technique et celle des politiques de dépistage rendent plus que jamais nécessaire le déploiement sur chaque territoire d'une organisation concertée et coordonnée associant le dispositif spécialisé, les associations qui peuvent maintenant proposer le dépistage communautaire par Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD - le premier autorisé étant le TROD VIH) et les professionnels libéraux.

Les objectifs portés par le schéma sont les suivants

q **Atteindre une organisation territoriale cible** qui intègre le fait que les CDAG et CIDIST ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Cette organisation cible nécessite :

- de consolider le dispositif en étayant le maillage territorial dans l'Hérault, notamment à Sète (Pays de Thau) et dans l'Ouest du territoire
- de mettre en place une équipe mobile dans quelques territoires, notamment dans les Pyrénées Orientales (Plateau Cerdan)
- que tous les CDAG et CIDIST prennent en compte dans leur organisation les actions hors les murs en direction des publics prioritaires
- de systématiser les partenariats entre CDAG / CIDIST et l'ensemble des CSAPA et CAARUD

q **Positionner les CDAG et CIDIST comme animateurs et relais** de la politique de dépistage des IST, du VIH et des hépatites sur leur territoire et les inscrire dans les projets locaux de santé,

- en lien avec les services d'infectiologie, les hépatologues et réseaux (réseaux VIH et réseau hépatites LR) pour l'accès aux soins
- en lien avec les réseaux associatifs au contact des populations particulièrement concernées (usagers de drogues, personnes migrantes, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, personnes prostituées) pour faciliter l'accès au dépistage ou aux TROD
- en lien avec les professionnels de santé du territoire dont la mobilisation est nécessaire pour permettre l'accès des personnes qui se vivent éloignées des risques au diagnostic du VIH, des hépatites et des IST au premier rang desquelles les chlamydiae.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (4)

Ø Les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Les objectifs portés par le schéma

- q **Atteindre une organisation territoriale cible**, prenant en compte le fait que les CLAT ont vocation
 - o à exercer la totalité de leurs missions, notamment en prévention, vaccination et dépistage hors les murs en direction des publics prioritaires (personnes en grande précarité, détenus, étrangers, gens du voyage, personnes âgées)
 - o à se coordonner au niveau interdépartemental et faire émerger une coordination régionale de la Lutte antituberculeuse
 - o à contribuer au portage du panier de service de proximité. Cette organisation nécessite :
 - de mettre à l'étude en Lozère, dans le Gard à Bagnols et dans l'Aude l'évolution du dispositif vers la constitution de pôles intégrant l'activité des CLAT à d'autres activités (telles que CDAG / CIDIST et vaccinations)
 - de renforcer les coopérations entre CLAT pour définir une stratégie de couverture cohérente du territoire
 - d'équiper les CLAT afin qu'ils puissent aller au plus près des populations vulnérables (camion équipé en radiographie)
- q **Positionner les CLAT comme animateurs et relais** d'une politique régionale ce qui implique pour eux
 - o De développer de manière active le dépistage ciblé auprès des populations les plus à risque, mais aussi de développer des référentiels pour identifier les personnes ayant des risques accrus et des référentiels d'intervention
 - o De renforcer l'action en relais ou en réseau avec le tissu des acteurs sociaux travaillant auprès de ces populations ainsi qu'avec les acteurs sanitaires (médecins, services de PMI ...) et associatifs
 - o De s'inscrire dans les projets locaux de santé.
- q **Organiser le réseau des CLAT en région autour de travaux communs**
 - o *sur la prise en charge autour des cas et le développement d'outils, de protocoles partagés...*
 - o *sur le dépistage et la prévention dans une approche santé publique et en cohérence avec la politique vaccinale en région*
 - o *sur les rapports d'activité*

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

Ø Les structures de gestion des dépistages organisés des cancers

Les objectifs portés par le schéma sont bien de favoriser la participation aux dépistages organisés (actuellement cancer du sein et cancer colorectal) des personnes qui en sont éloignées ou ont des difficultés d'accès (personnes précarisées, certains cantons

q **L'organisation territoriale cible** doit intégrer le fait que les dépistages organisés ont vocation à faire partie du panier de service de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Les difficultés d'accès spécifiques doivent poser le problème d'équipes mobiles (Lozère).

q **Les structures de gestion se positionnent comme animateurs et relais des politiques de dépistage** dans leur territoire

o le travail engagé au niveau régional avec les structures de gestion doit leur permettre de devenir le relais de l'ARS sur les territoires (populations et territoires prioritaires, harmonisation modalités de travail, partenariats locaux...)

o ceci implique pour elles :

- de porter les actions de mobilisation des professionnels et des populations
- en intégrant les données d'identification des publics ou cantons ayant les taux de participation plus faible et la connaissance des freins (études en cours)
- de veiller particulièrement à l'accès des personnes qui sont éloignées ou en difficulté d'accès, quelle qu'en soit la cause (problèmes de santé mentale, handicap, détention, précarité ...) au dépistage mais aussi à la prise en charge. Cela conduit à développer un travail en relai avec les partenaires, particulièrement sociaux et associatifs localement

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

Ø Le dispositif d'addictologie, CSAPA et CAARUD

En matière d'addictions, la prévention doit avoir une place centrale. Elle ne se limite pas à informer sur les dangers et interdire les comportements. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

Si le dispositif spécialisé doit tenir une place centrale, il est nécessaire d'agir en amont notamment sur les faiblesses repérées au niveau régional. Faiblesse en matière d'actions de prévention qui ne s'inscrivent qu'insuffisamment dans la durée. Elles doivent s'adapter aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Faiblesse en soutien à la parentalité une fois passé l'âge maternel. Faiblesse du repérage précoce et de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.

Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique. Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

Les CSAPA et consultations jeunes consommateurs constituent avec les CAARUD le pôle médico-social d'un dispositif qui comprend par ailleurs des établissements sanitaires (équipes de liaison, consultations d'addictologie, maternités) et les acteurs du 1^{er} recours (médecins généralistes et pharmaciens, sage femmes), qui devrait coopérer étroitement avec la psychiatrie et être étroitement articulé avec les services sociaux (d'hébergement, d'accompagnement, d'insertion, de PMI).

Coordonné, ce dispositif peut et doit assurer la prise en charge globale des personnes concernées par l'addiction : permettre au patient à un moment de sa trajectoire de trouver la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins sur le plan médical, social, économique quelle que soit sa porte d'entrée dans la prise en charge. Ses faiblesses actuelles sont liées

- au peu d'implication des médecins généralistes, très isolés,
- à la couverture très inégalitaire du territoire,
- à l'absence de coordination et la faiblesse des coopérations.
- à l'insuffisance de structuration de l'accès aux dépistages et donc de l'accès aux soins pour les personnes concernées tant par les produits et médicaments détournés que par l'alcool, particulièrement en ce qui concerne les hépatites.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (6)

Les objectifs portés par le schéma (en cohérence avec le Schéma régional d'organisation médico-social – Personnes à vulnérabilité spécifique) :

q **Les établissements médico-sociaux ont vocation à se déployer** au niveau territorial et à s'inscrire dans les projets locaux de santé.

- o Ils portent un socle de prestation qui participe du panier de service de proximité.
- o Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux.
- o Garants du parcours de santé en matière d'addictions dans les territoires, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité : par la coordination avec les acteurs locaux et l'articulation avec les secteurs hospitalier (l'addictologie hospitalière et les pôles d'infectiologie et les hépatologues), les professionnels du 1^{er} recours (médecine ambulatoire, sages femmes, pharmaciens), les maternités et le réseau périnatal, les centres de dépistages et de vaccinations.
- o Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin en matière de connaissance et de pratiques.

La couverture territoriale par déploiement du dispositif sur les zones blanches sera donc programmée en fonction de de la programmation des projets locaux de santé

q **Ils doivent en outre recentrer leurs interventions de prévention en direction des priorités** que sont

- o les publics vulnérables en grande proximité avec le risque,
- o les très jeunes,
- o les jeunes sortis du système scolaire, étudiants ou en apprentis
- o les publics en perte d'insertion ou en démarche de réinsertion
- o le milieu festif

En veillant à la cohérence dans les projets locaux de santé

q **Les équipes portant la réduction des risques** doivent être confortées pour couvrir le territoire conformément aux besoins, en veillant à diversifier la palette des recours pour la population concernée : automates, réseaux de pharmaciens, mais aussi organisation de la délivrance des TSO ...

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.5 La finalisation de réseaux de veille, d'alerte et de gestion des alertes (1)

3-5 La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes

Deux objectifs prioritaires sont portés par le schéma :

q La constitution de réseaux territorialisés pour la prévention des infections associées aux soins (AIS) dans les EHPAD.

L'objectif est de promouvoir une démarche qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux, d'apprécier son niveau de maîtrise pour élaborer ou adapter un programme d'actions et agir plus efficacement en cas de crise. Cette démarche doit être centrée sur le patient et son parcours de soins. Ce programme requiert l'expertise et l'appui de l'Equipe opérationnelle d'hygiène de proximité, de l'ARS, de la CIRE ou du CCLIN-ARLIN. Il sera déployé par territoires de proximité en prenant appui et en favorisant les dispositifs de coopération. Il sera relié avec la plateforme de veille et urgence sanitaire puisqu'il s'agit bien de développer une culture du risque (son évaluation et son anticipation), de l'alerte et de la gestion des situations.

q La structuration au niveau de chacun des territoires de la région de réseaux coordonnés de veille sanitaire

Il s'agit de mettre en place un dispositif opérationnel et réactif de veille sanitaire pour la réception, le traitement et l'évaluation précoce des signaux et alertes, puis de proposition et mise en place de mesures appropriées de gestion et de contrôle.

Mis en place dans les Pyrénées Orientales, il a vocation à être développé de la même manière dans les autres territoires. Il nécessite la participation de multiples acteurs et partenaires locaux qui doivent être formés, informés, et capables d'avoir une veille active et de mettre en œuvre en tant que relais sur le terrain toutes les actions correctives dans le cadre d'interventions en réseau sous la coordination de l'ARS. Tous les acteurs Equipes de PMI, de santé scolaire, médecine du travail, médecins coordonateurs d'EHPAD, les professionnels de santé, SAMU et SMUR sont parmi les partenaires à mobiliser

L'objectif est également d'harmoniser les modes d'organisation et de fonctionnement de la veille sanitaire au sein de l'ensemble des territoires de la région et de sécuriser les procédures.

II.3. Un déploiement au niveau local

II.3.6 Le déploiement de dispositifs partenaires

3-6 Le déploiement des dispositifs partenaires

Le schéma régional de la prévention appelle pour sa mise en œuvre la mobilisation de dispositifs partenaires. Eux aussi prennent toute leur place dans les projets locaux. Avec eux il est nécessaire que les dispositifs spécifiques créent des liens et amènent un appui. Eux aussi peuvent être porteurs d'actions. Sans que la liste soit exhaustive, les principaux dispositifs identifiés sont

- **Des dispositifs sanitaires et médico-sociaux** : Maisons des adolescents et Groupements d'entraide mutuelle en santé mentale

- **Des dispositifs pilotés par d'autres institutions**

- Réseau d'aide et d'appui à la parentalité
- Dispositif de planification familiale
- Points d'accueil et d'écoute jeunes
- Missions locales d'insertion
- Ateliers santé ville

- **Des dispositifs institutionnels**

- PMI
- Personnels de l'éducation nationale, tant enseignants que service de promotion de la santé en faveur des élèves
- Contrats urbains de cohésion sociale
- CIDF
- Médecine du travail
- Mutuelles étudiantes
- Mutualité française
- MSA

La cartographie d'implantation et de couverture territoriale est importante à prendre en compte, pour deux raisons

- certains (MLI, PAEJ, dispositif de la MSA ...) sont parfois les ressources essentielles de territoires, point d'accroche possible pour les actions et le contact avec des populations
- d'autres sont des acteurs essentiels dont la couverture territoriale est importante à considérer (santé scolaire, PMI, REAAP, mutuelles ...)

q Un besoin de systèmes d'information

L'espace de la prévention embrasse toute la population, donc tout le territoire, et doit s'appuyer sur des données permettant de définir un zonage. Les besoins de santé doivent être appréhendés dans leur dimension la plus fine mais aussi complexe (les déterminants et facteurs de risque). Les ressources sont quant à elles très dispersées, peu visibles et pas toujours identifiables quant à leur activité et territoire d'action.

Un système d'information global et permettant un zonage fin est ainsi nécessaire :

- Statistique : données de mortalité, de morbidité, données sociales, consolidables à un niveau géographique compatible (notion de carte d'identité d'un bassin ou d'un territoire de dynamique candidat à un contrat local de santé)
- et géographique avec le développement d'un outil SIG.

L'observation des besoins et des réponses en santé

La plateforme d'observation de la santé portée par l'ARS doit être connectée avec des plateformes d'observation existantes

- La plateforme d'observation sanitaire et sociale hébergée par la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
- la plateforme de la politique de la ville hébergée par le Secrétariat Général aux Affaires Régionales (Préfecture)

Le champ des addictions nécessite la construction d'une plateforme d'observation spécifique. Elle doit être construite avec la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. L'élaboration et le pilotage d'une politique régionale en matière d'addictions nécessitent une connaissance des populations, de leurs problèmes, des conduites et des besoins. Ceci est extrêmement évolutif et ne peut être appréhendé que de manière indirecte à travers des données de sources multiples. Il est nécessaire de déterminer les bons indicateurs dans le double objectif de pilotage des programmes et d'alerte sur l'émergence de risques nouveaux.

Des outils de pilotage

§ **Outil d'observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé, ou mieux un SIG** : outil de recensement et de localisation des dispositifs et actions participant à la politique régionale de prévention et promotion santé mis en œuvre par les opérateurs et institutions régionales, particulièrement dans le cadre de la CCP et à sa disposition.

§ Des **outils descriptifs et d'analyse qualitative de l'activité** seront mis au travail particulièrement pour tous les dispositifs réglementaires (de dépistage et de prise en charge) pour compléter les rapports d'activité quantitatifs nationaux.

§ **Des liens nécessaires entre les données de la base financière et les données statistiques** démographiques, socio-économiques ou épidémiologiques par territoire.

II.4 Une ingénierie technique (2)

En matière de veille et de sécurité sanitaire

De nombreux outils existent, qu'il s'agit de consolider et de sécuriser avec un **objectif de partage et d'analyse de données**, mais aussi de **qualité**, de **représentativité** (voire exhaustivité parfois) de **traçabilité** et **d'appui à la gestion**.

La disponibilité et la fiabilité de ces outils sont déterminantes pour la structuration des organisations.

Outils de gestion :

- Main courante régionale des signaux et alertes
- Outil de gestion de veille et d'alerte : Orages / Voozalerte, déploiement Esin, accès Synergi, Siroco, etc....
- projet de répertoire opérationnel des ressources (ROR) transversal au SROS et à l'anticipation de la gestion de crise

Outils de veille et de surveillance:

- des activités de soins : serveur régional de veille hospitalière, système d'information des urgences en Languedoc Roussillon, suivi des activités des associations SOS, EHPAD sentinelles
- des décès
- des risques liés à l'environnement: Systèmes d'Information en santé Environnement (SISE eau, baignades, etc...), base PICOT pour les légionelles et les tours aéroréfrigérantes, Air LR, surveillance pollens RNSA,)

II.4 Une ingénierie technique (3)

q Une ingénierie de contractualisation à faire évoluer et diversifier

La perspective de déploiement territorial et de mise en place des outils structurants portés par le schéma ainsi que la volonté de répondre aux besoins de la population conduisent à faire évoluer les attributions financières au regard des priorités territoriales et thématiques ainsi que les modes de contractualisation.

1- Retrouver une marge de manœuvre régionale : dans le cadre du financement des actions de prévention il sera nécessaire de

§ de mener une politique d'évaluation des actions financées

§ de réorienter **les promoteurs qui devraient relever d'autres sources de financements :**

- Sociaux (hébergement et accompagnement social), ou médico-sociaux (ONDAM spécifique ou champ CNSA),
 - Des réseaux de santé (coordination de professionnels du parcours de soins),
- Un accompagnement inter institutionnel devra être mis en place pour les faire émerger sur les dispositifs ad hoc.

2- Poursuivre les partenariats dans la négociation de contrats d'objectifs et de moyens

A travers des dialogues de gestion avec l'ensemble des dispositifs de prévention spécifique

- structures de dépistage organisé du cancer,
- structures de recentralisation : dépistage des IST, VIH et hépatites C (IDDIST/CDAG), centre de lutte antituberculeux (CLAT), centres de vaccination)
- structures supports (partenaires de santé publique)
- associations interdépartementales et départementales en capacité de développer leur action sur les thématiques, les publics et les territoires ciblés comme prioritaires par l'ARS.

Cette négociation aboutira, sur la base de diagnostics locaux, à la signature d'une **convention annuelle, et si possible pluriannuelle d'objectifs et de moyens.**

3- Accompagner la territorialisation des politiques de santé à travers les contrats locaux de santé

En définissant la contribution de chaque promoteur dans une annexe technique accompagnant chaque contrat.

4- Passer des marchés publics pour rémunérer des prestations de service

Ces marchés, regroupant les différents départements de la région lorsque c'est possible, (analyse des eaux de baignade et de consommation...), répondent à des obligations juridiques dès lors que la commande atteint 4000€ et contribuent à abaisser les coûts

II.4 Une ingénierie technique (4)

q Des formations à développer

- **Une faiblesse de la formation et un manque de repères sur la reconnaissance des métiers** rendent nécessaires
 - les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, chefs de projet, coordonnateurs
 - les formations aux méthodologies d'intervention et à l'évolution des pratiques professionnelles dans le champ de la prévention
 - La diffusion de la culture de prévention et de protection de la santé, voire de gestion de crise, nécessite un travail de **formalisation de programmes et de référentiels de formation** tout à la fois pour :
 - mettre en place des formations « professionnalisantes »
 - structurer une offre de formation continue pour les professionnels
 - organiser la prise en compte de ces dimensions dans les formations initiales des professionnels de santé
 - La diversité et la qualité de l'offre universitaire régionale, comme la richesse des compétences au sein du tissu institutionnel et associatif, créent les conditions de mise en œuvre de **partenariats** au bénéfice des priorités de santé identifiées.
- En tout état de cause, l'objectif d'étayer les politiques, programmes et actions en développant **un plan pour enrichir et favoriser l'offre de formation initiale et continue en région** doit mobiliser toutes les compétences, au premier rang desquelles le Pôle de compétence régional en éducation, protection et promotion de la santé, mais aussi les groupes experts régionaux.
- Disposer d'un état des lieux des formations en région
 - Elaborer un plan cohérent prenant en compte les formations initiales et continues, mais aussi la validation des expériences dans un champ où le rôle des bénévoles mais aussi des personnes concernées a sa place.

Objectifs du Schéma

Indicateurs Schéma

• 1. Gouvernance : CCP lieu de construction des convergences et des complémentarités institutionnelles et de mise en cohérence de la politique territoriale de santé

1. Bilan annuel du travail de la CCP, incluant
- Nombre de réunions et présences aux réunions
- Décisions prises conformément aux axes du schéma.

• 2. Outils structurants au niveau régional

-2.1. Plateforme de veille et d'alerte

2.1. Nature et nombre des partenariats construits autour de la plateforme veille

-2.2 Structuration de l'offre en EPS et PS

2.2. Date de mise en œuvre du pôle de compétence, bilans annuels d'activité incluant les outils construits : recueil d'information, procédures, référentiels

-2.3. Pole ressource en santé environnement

2.3. Date de mise en œuvre du pôle ressource SE, bilans annuels d'activité incluant les outils et procédures construits

-2.4. Groupes experts régionaux

2.4. Date de mise en œuvre de chaque groupe de travail, plans annuels de travail et rapports d'activité.

• 3. Outils structurants au niveau régional

-3.1 Projets locaux de santé (PLS)

3.1.1 Zones ayant « adoptées la démarche »
3.1.2 Proportion des actions financées incluses dans un PLS
3.1.3 Nombre de CLS signé

-3.2 Métiers de l'animation territoriale

3.2.1 Nombre d'équipes d'animation dédiées par rapport au nombre de contrats signés
3.2.2 Elaboration d'un référentiel métier adopté par l'ARS

-3.3 Déploiement en proximité d'un socle de prestation

3.3 Nombre de territoires définissant un panier de service formalisé, contractualisé/nombre de territoires définis

-3.4 Dispositifs de prévention spécifiques

3.4 Proportion de dispositifs de prévention spécifiques intégré dans un panier de service

Objectifs du Schéma

Indicateurs Schéma

Objectifs du Schéma	Indicateurs Schéma
<p>-3.5 Finalisation des réseaux territorialisés de veille et d'alerte</p>	<p>3.5.1 Nombre de réseaux de veille et d'alerte territorialisés 3.5.2 Nombre de réseau de prévention des infections liées aux soins des établissements de santé ou médicaux sociaux</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 4. Ingénierie technique -4.1 Observation de la santé et système d'information -4.2 Formation en EPS et PS 	<p>4.1 Mise en place d'un SIG 4.2 Elaboration d'un plan régional de formation</p>

Objectifs Schéma

Indicateurs Schéma

<p>INDICATEURS CPOM Prévenir les maladies infectieuses par la couverture vaccinale</p>	<p>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois par le ROR</p> <p>Taux de couverture vaccinale hépatite B (faisabilité à vérifier selon la tranche d'âge ciblée)</p>
<p>Améliorer le dépistage précoce</p>	<p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</p> <p>Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</p> <p>Nombre de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) communautaire et taux de positivité.</p>
<p>Santé environnementale</p>	<p>% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité</p> <p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP.</p>

Médico-Social

Prévention

Offre de soins

Document de travail



Schéma régional de la **prévention**

Médico-Social

Prévention



Offre de soins

Sommaire

Annexe I- Méthode

Annexe II- Diagnostic

1. Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux
2. Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses

Annexe III- Les dispositifs spécifiques

1. CDAG et CIDIST
2. CLAT
3. Centres de vaccination
4. Plateformes de dépistage organisé des cancers
5. Dispositif d'addictologie

Annexe IV – Le panier de service

Annexe I – Méthode

Une méthodologie à plusieurs entrées et en trois étapes :

q 1ère ÉTAPE DE CONCEPTION par une équipe projet intégrant les délégations territoriales et la direction de la stratégie

q 2ème ÉTAPE DE « DIAGNOSTIC » : états des lieux et analyses sectorielles en adoptant plusieurs entrées

1- Entrée par domaine ou programme de santé

-Un diagnostic régional par domaines conduit par les pilotes de programme :

Ø PRAPS, périnatalité petite enfance, nutrition santé, sexualité, santé mentale, vaccinations, addictions, VIH et hépatites, cancer, santé environnementale, santé des détenus, santé des seniors.

Ø pour identifier les ressources mobilisées, caractériser l'expression du problème et les populations concernées par territoires, faire une analyse critique des dispositifs et actions en place, définir les pistes stratégiques et rechercher les leviers

-Diagnostic approfondi au cours d'une journée de travail dans chaque territoire avec la délégation territoriale (DT) de l'ARS et ses partenaires institutionnels (Conseil général, CPAM, Direction départementale de la cohésion sociale, Inspection d'Académie communes, CODES)

2- Entrée par territoire à la recherche des dynamiques locales :

Ø Une analyse par les délégations territoriales des dynamiques à l'œuvre sur leur territoire et des zones « dégarnies »

Ø Analyse confrontée et affinée au cours d'un second atelier par territoire avec la DT, ses partenaires institutionnels et les principaux opérateurs pour rechercher comment déployer les actions sur le territoire en s'appuyant sur les dynamiques.

3- Une entrée par populations

Travail conduit en ateliers par le comité technique de la commission de coordination de la prévention en mettant à l'étude : périnatalité petite enfance, adolescents jeunes adultes, seniors, populations rurales, populations en grande exclusion.

4- Une entrée par dispositif avec une rencontre régionale des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), plateformes de dépistage des cancers, centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et centres départementaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (CIDIST), commission régionale de la politique vaccinale, Commission régionale nutrition santé et Commission régionale de l'alimentation et de l'information nutritionnelle (CRALIN) et s'appuyant sur les recommandations du Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH).

5- L'identification pour chacun des sujets des points particuliers relatifs à la dimension **veille et sécurité sanitaire** en vue d'assurer la cohérence des démarches à conduire.

q 3ème ÉTAPE DE CONSTRUCTION : analyse collective de l'ensemble afin d'identifier les enjeux et leviers, c'est-à-dire les outils structurants à positionner dans les schémas, affinée par présentation à la CCP et à la commission spécialisée de la CRSA

Annexe II – Diagnostic

1- Les besoins de santé

Les besoins de santé sont connus de manière globale au niveau régional, particulièrement à travers

- le programme régional de santé publique (PRSP - 2006) et son évaluation (2009),
- le diagnostic partagé pour l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (atlas diagnostic, enquête aux maires, concertation avec les conférences de territoire – 2010),
- les ateliers territoriaux pour l'élaboration du Schéma Régional de la Prévention (2011).

La synthèse en est présentée ci-après.

Il est cependant nécessaire d'en affiner les diagnostics par territoire pour permettre d'ajuster les modalités d'intervention aux spécificités

- **Des spécificités territoriales** sont encore trop peu ou mal prises en compte, ainsi
 - Les « bords de Mer » et l'afflux estival de populations nécessitent des interventions en réduction des risques.
 - Les zones « montagneuses » (Pyrénées orientales et Cévennes) induisent des problèmes de transports y compris pour l'accès à la prévention (vaccinations, dépistages) ou au diagnostic rapide (risque infectieux ...)
- **Des spécificités populationnelles** doivent permettre d'ajuster les priorités d'intervention par tranches de vie (éducation à la vie sexuelle et affective) sans pour autant perdre de vue la nécessité d'une continuité de la prévention au cours de la vie (nutrition) ou « d'étapes » de vie (périnatalité, parentalité).

Nous devons rapprocher et faire évoluer les **bases de données** et les **systèmes d'information** pour servir à une organisation et une gestion territoriales (SIG des besoins et ressources en santé) y compris en ce qui concerne la veille, l'alerte et la gestion de crise dans le champ sanitaire.

Annexe III – Diagnostic

SYNTHÈSE DES BESOINS DE SANTÉ IDENTIFIÉS

Prévention des maladies chroniques (particulièrement cancer, AVC, IRC, VIH)

- Par l'action sur les déterminants environnementaux, l'hygiène alimentaire et l'activité physique, la prévention des consommations nocives et des addictions, la prévention du risque infectieux
- En développant l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des conséquences sociales

Adoption de comportements favorables à la santé, dès le plus jeune âge (périnatalité, enfance)

- La prévention des maladies infectieuses notamment la couverture vaccinale,
- l'hygiène alimentaire et activité physique
- la prévention des addictions (toutes formes de conduites addictives)
- l'éducation affective et sexuelle, l'accès à la contraception et à l'IVG
- la santé mentale- le parcours de vie des personnes handicapées

Agir pour renforcer la sécurité sanitaire

- Sur l'environnement : qualité de l'habitat, des eaux de consommation, de loisirs
- Sur les risques infectieux, les activités de soins (médicaments)
- Sur la continuité des activités de soins et leur capacité de mobilisation pour faire face à des crises

Avec une prise en compte particulière

- § De la précarité et de ses conséquences, des facteurs aggravant les inégalités sociales de santé,
- § Des besoins de dépistage très précoce chez les enfants des troubles de l'apprentissage et des handicaps (particulièrement la surdité)
- § Des besoins des adolescents et jeunes adultes en matière d'addictions notamment chez la femme enceinte, de mal être et de souffrance psychique, de violences subies et agies et d'errance
- § Des populations vulnérables que sont certains étudiants, les jeunes prématurément sortis du système scolaire, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage

Agir sur les milieux et environnements

- Santé environnementale
- Santé au travail

Améliorer les parcours en santé

Beaucoup d'observations concernent les **modalités d'intervention**

La question de la réduction des inégalités de santé s'imprime comme un fil rouge transversal.

Annexe III – Diagnostic

2- Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses

Les deux ateliers tenus dans chaque territoire ont permis de préciser la photographie des ces territoires

- en termes de besoins de santé ressentis ou observés par les partenaires, qui devront être étayés et affinés dans les étapes à venir de construction des programmes, des projets territoriaux et des projets locaux de santé
- en termes d'atouts et de faiblesses , de leviers mobilisables pour une politique de prévention en région

Les traits saillants en sont synthétisés ci-après

q Des populations vulnérables

Les traits marquants du territoire, qui nécessitent d'identifier et prendre en compte les besoins spécifiques de populations vulnérabilisées :

- Précarité d'une partie importante de la population : 33 % des enfants vivent dans des familles relevant du RSA
- Parmi la population jeune et même très jeune, difficultés importantes et manque de repères, problèmes de comportements (notés en collèges), conduites d'ivresse et de poly-consommations ou épisodes de crises, Les sorties précoces du système scolaire sont fréquentes.
- Le territoire rural est marqué par la paupérisation de nombre d'agriculteurs et la fréquence des suicides est notée.
- Une attention particulière à avoir vis-à-vis des saisonniers, communautés de gens du voyage sédentarisées ou itinérantes, migrants.
- Un territoire marqué par un fort indice de vieillissement, avec installation d'une population de personnes retraitées vivant souvent dans l'isolement et dans des logements inadaptés sans avoir les ressources nécessaires à leur amélioration.
- La très forte croissance de l'agglomération narbonnaise pose en périphérie un problème d'inadéquation de l'offre de services

q Les problèmes de santé observés ou ressentis

- o Le surpoids et l'obésité – avec forte prévalence du diabète dans le narbonnais – plus généralement malnutrition ...et dénutrition de personnes âgées
- o Prévalence des consommations de tabac, alcool, et globalement des addictions
- o Souffrance psychique et ses formes d'expression
- o Un recours important à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception
- o Des problèmes d'accès aux droits et aux prises en charge

q Espace et environnement

- o Les distances et l'isolement pèsent sur les trajets.
- o Les distances et l'organisation des transports scolaires présentent des contraintes fortes pour enfants et adolescents
- o Des ilots d'habitat ancien dans les centres villes sont marqués par l'insalubrité et le risque de saturnisme
- o Des problèmes spécifiques : le passé industriel de la Haute Vallée de l'Aude et l'impact en termes de Sols pollués ainsi que les Sites Seveso

q En termes de dispositifs et d'acteurs : des atouts mais une couverture territoriale très inégalitaire

Hors de Carcassonne et Narbonne, des problèmes de déploiement sur tout le territoire concernant les dispositifs de dépistages, de vaccinations, de réduction des risques, d'addictologie, les espaces d'accueil et d'écoute.

Des points forts :

- En santé mentale portée à l'Est par le CH de Narbonne, à l'Ouest par l'AASM. ASV santé mentale de Narbonne, équipe mobile précarité et santé mentale, Maison des ados démarrant et projet de maison des parents (CUCS).
- § Dans le domaine des addictions avec un dispositif conséquent mais dont la couverture territoriale n'est pas en adéquation avec les besoins
- § En matière de nutrition santé , impliquant ASV, Ville Epode (Narbonne), réseau, ateliers diabète à Limoux.

Des atouts : La richesse en acteurs associatifs .

Mais aussi **des faiblesses** : une répartition géographique très inégalitaire avec

- § des zones mal desservies ou de manière très incomplète : Haute vallée de l'Aude, Est audois, Port la Nouvelle,
- § des bassins (Castelnaudary, Limoux / Quillan, Lézignan) à dynamique autonome mais difficulté d'accessibilité.
- § une bipolarisation Carcassonne / Narbonne avec des inadéquations des dispositifs de prévention et de dépistage au regard des populations et de leurs besoins estimés.
- § une fragilité également en termes d'offre de soins de premier recours

q Les coordinations : des atouts et des consolidations nécessaires

- § Des dynamiques politique de la ville intégrant la santé (atelier santé ville) à Narbonne, devant s'ouvrir à la santé à Carcassonne.
- § En milieu scolaire, des Initiatives d'établissements qu'un partenariat avec l'IA pourrait intégrer dans une programmation concertée
- § Le maillage du territoire en périnatalogie (PML, liens entre addictologie et réseau périnatal), petite enfance et Aide et appui à la parentalité
- § La couverture du territoire en direction des seniors par la MSA et par le CG, cependant mal repérée par les partenaires
- § Par contre une faiblesse de l'accueil structuré des populations marginalisées (accueil de jour, accueil d'urgence etc...)

q Des dynamiques à l'œuvre

Ø **Groupes de travail** autour de la Délégation Territoriale (nutrition, addictions, sexualité, santé des jeunes, périnatalité enfance, PRAPS) et un partenariat étroit CODES / DT

Ø **Des dynamiques de bassin** : CUCS de Narbonne, MOUS habitat de Lézignan, observatoire de la précarité animé par les élus à Castelnaudary, atelier santé ville (ASV) de Narbonne, dynamique impulsée par le CCAS de Quillan ... et des projets de dynamiques de contrat local de santé à Narbonne et à Carcassonne

Ø **Des articulations santé/social possibles** autour des maisons pluri professionnelles ou adossées aux hôpitaux locaux (Lézignan)

c) Territoire et populations

Une croissance de la population avec l'arrivée de populations âgées et de populations souvent en difficultés économiques et sociales
La part de la population âgée augmente particulièrement dans certains territoires (ex nord alésien)
Une fragilité socio-économique liée au sous emploi, avec 6 territoires CUCS, et un nombre élevé de familles monoparentales
Un habitat social insuffisant, un fort poids de l'habitat indigne.
Le poids des violences : violence routière avec un taux élevé d'accidents de la route et délinquance

c) Les problèmes de santé identifiés

- Alcool et drogues de consommation banalisée y compris chez les très jeunes, marquant les événements festifs et avec le risque routier,
- Un poids important du VIH et des hépatites, de la contamination hétérosexuelle et des risques liés aux drogues.
- Un taux de couverture vaccinale notablement bas , y compris pour des vaccinations obligatoires (78 % ROR, 90 % DTP, 5% HB)
- Le cancer 1ère cause mortalité, avec un recours au dépistage insuffisant
- Un taux élevé d'IVG en 2009, important chez les mineures (2013 dont 6,3 % mineurs,)
- Une prévalence du surpoids, de l'obésité variables selon les groupes d'âge et catégories socio-professionnelles
- Les problèmes d'isolement des seniors
- Question transversale de souffrance psychique, avec une articulation psychiatrie institutionnelle et acteurs de 1ère ligne défaillante
- Question de l'accès aux soins des plus démunis, sans couverture sociale ou en rupture de droits, et retard aux soins aggravé par la précarité

c) Espace et environnement

- § Des risques naturels importants (inondations)
- § Une ressource en eau de consommation à protéger pour l'agglomération de Nîmes, difficile à protéger dans les Cévennes
- § Des zones de sites et sols pollués notamment en lien avec le passé industriel et minier du territoire
- § Les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré émergentes liées aux moustiques

c) Une problématique à anticiper

- § **Professions médicales et paramédicales** : une offre importante mais inégalement répartie, avec un vieillissement de la profession médicale (
- § **L'articulation des politiques publiques** : Elle mériterait d'être améliorée entre les acteurs institutionnels : services de l'Etat, Conseil Général, Conseil régional, caisses pour plus de cohérence et une meilleure couverture des besoins et des territoires.

q Dispositifs et acteurs

§ Opérateurs de prévention nombreux et répartis sur le territoire, une tradition de partenariat, des savoir faire. Les thèmes les plus traités : addictions, VIH/VHC, sexualité, PRAPS, vaccination, cancer. Actions plus dispersées sur : nutrition santé, séniors, santé mentale.

- Maillage fort plus institutionnel sur périnatalité et petite enfance entre Réseau naitre en LR, le CG, l'addictologie
- Des points forts : réactivité, implantation à partir des besoins, organisation en réseau (Reseda à Alès) et ASV à Vauvert et Bagnols
- Mais des points faibles :
 - une certaine dispersion et une absence de continuité de l'éducation de la santé depuis le plus jeune âge
 - une liaison entre acteurs de la prévention, du soin, du médico-social insuffisante induisant des ruptures dans les parcours de santé

q Des bassins de vie et/ou d'action aux dynamiques diverses

v Le **Grand Alès** : bassin marqué par le poids de populations âgée et fragiles, une précarité très importante, une mortalité élevée dans les cantons du nord et une offre de santé moins diversifiée. Une dynamique de projet de santé globale, participative, structurée en réseau, s'étendant au pays, et un premier contrat local de santé signé.

v Le **Vigan** : bassin en désertification avec une population âgée importante, de faibles revenus, un taux de décès important (accidents/trauma) et une démographie des professionnels de santé en baisse . Le CSAPA du Vigan Inter Aide est au cœur d'une dynamique dans le champ de la prévention et de la prise en charge en addictologie avec les acteurs du territoire.

v Le **Gard Rhodanien** : territoire homogène à la population plus jeune et plus dense, avec des zones de précarité dans une situation économique favorable. Mais des zones peu couvertes en dispositifs et acteurs de prévention, autour de bagnols où une dynamique locale existe coordonnée dans l'ASV rassemblant les acteurs associatifs et du soin.

v **Nîmes** : à la croissance démographique élevée avec une population jeune, une précarité importante et les quartiers CUCS (Pissevin) mais où la politique de la ville n'a pas encore suscité une dynamique en matière de santé, malgré une présence historique et active de structures dans le champ des prises en charge addicto, dépistage, réduction des risques.

v Des territoires moins identifiés en termes de dynamiques

- **La petite camargue** : des atouts en termes d'intervenants (en addictologie, réduction des risques notamment) mais des problèmes d'accessibilité pour le reste, où émerge une dynamique locale autour de Vauvert, de son ASV, portée par les élus locaux
- **Sommières** où une dynamique se crée autour du CCAS, des problèmes de nutrition, d'addictions et de précarité, mais qui reste excentrée pour beaucoup de dispositifs.

q Populations

Un territoire marqué par

§ Une très forte croissance démographique (solde migratoire)

§ Le poids des personnes âgées et du vieillissement, mais aussi des moins de 20 ans. Le territoire au plus fort taux de natalité de la région.

§ Une précarité marquée dans les villes mais aussi l'arrière pays,. Des populations quittant l'agglomération pour la périphérie pour des motifs économiques. Des écarts socio-économiques très marqués.

§ Un fort flux de demandeurs d'asile et de migrants primo-arrivants

§ Un territoire « de passage », traversé par les « routards », souvent jeunes ou très jeunes et/ou en errance.

§ Où la population des personnes détenues est importante (Maison d'arrêt de Villeneuve les M et centre de détention de Béziers)

q Des problèmes de santé qui se démarquent peu de la photographie régionale, avec particulièrement

o La plus forte mortalité infantile régionale et un fort taux de grande prématurité.

o Une forte prévalence du surpoids et de l'obésité, avec des écarts mesurés entre zones CUCS et autres zones. Là encore plus généralement malnutrition ...et dénutrition chez les personnes âgées

o Une surmortalité par maladies cardio-vasculaires

o Un poids particulier du VIH, des IST, des addictions et des hépatites.

o Les difficultés des jeunes (15-25 ans). Alcoolisation, poly consommations, crises, suicides , violences.

o Les problèmes de santé des populations précaires, dont les difficultés d'accès aux droits mais aussi aux soins, et la souffrance psychique

q Espace et environnement

o Un espace dominé par la métropole montpelliéraine

o des bassins de vie : Béziers et arrière pays (Bédarieux, St Pons), pays de Thau, Lodève et cœur d'Hérault, communes de la côte, Lunellois, Pic St Loup et vallée de l'Hérault jusqu'aux Cévennes.

o des îlots d'habitat indigne et insalubre dans les centres anciens (un pôle interministériel de l'HI) – saturnisme identifié à Béziers ; le radon à explorer dans le Lodévois

o une eau de consommation à protéger particulièrement pour l'agglomération de Montpellier, fragilisée par l'urbanisation et les risques de pollutions

o certaines zones de sites et sols pollués

o les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré émergentes liées aux moustiques

q Des bassins qui apparaissent déficitaires

- **Hauts cantons et Pays cœur d'Hérault** : bassins à forte précarité, chômage, « alertes » quant aux problèmes des 15-25 ans : bassins ruraux avec les problématiques économiques et psychosociales de la population agricole ; accueillant aussi des populations marginales, aux mode de vie alternatif et problèmes spécifiques (dont réduction des risques)

-**Pays de Thau** où sont repérées des difficultés d'accès au dépistage des IST (pas de CIDIST), avec une réduction des risques peu déployée, un accès à l'IVG non « sécurisé », mais qui a comme atouts un CH porteur de dynamiques et des associations précarité dynamiques et structurantes

q En termes de dispositifs et d'acteurs

Le territoire a une grande richesse d'acteurs mais certains ont une action plus régionale que territorialisée dans l'Hérault. Ressortent :

§ une concentration des équipements et intervenants sur l'agglomération capitale

§ une inégale implantation laissant des zones « blanches » très mal couvertes (Bédarieux, Cévennes avec un problème d'accessibilité et de transports), des zones où tous les besoins ne sont pas couverts (Pays cœur d'Hérault, Lunellois), et des zones où la cohérence de couverture n'est pas lisible (bassin de Thau).

Il est couvert par un bon maillage de dispositifs structurants en périnatalité (PMI), réseau Naître et grandir, articulé avec le dispositif addictions, aide à la parentalité (notamment le REAPP), en direction des jeunes ((MLI et PEJ).

Se posent cependant des problèmes d'accessibilité à des dispositifs de prévention médicalisée, les faiblesses repérées étant

- concernant les dépistages VIH, IST et hépatites, l'absence d'actions hors les murs des CIDDIST/CDAG de Montpellier
- l'absence de cohérence de couverture territoriale pour les vaccinations, avec intervention non coordonnée du SCHS de Béziers, du pôle santé de Montpellier, des Agences départementales de la Solidarité
- les difficultés d'accès à l'IVG, mais aussi à la contraception (notamment Pays Cœur d'Hérault et Bédarieux)

En matière d'addictions, un réseau de structures, conséquent mais relativement concentré sur l'agglomération, ne couvrant pas le territoire, avec une faiblesse de la réduction des risques, souvent mal accessible,.

q En termes de coordinations

- Des dynamiques fortes : dynamiques locales (le Bittérois, Pays cœur d'Hérault), dynamiques de réseaux (en matière de VIH, IST et hépatites)
- Action concertée en matière d'éducation psycho-affective et sexuelle entre EN, CG, associations, couvrant le territoire et impliquant équipes de santé scolaire.
- Action concertée nutrition santé portée par la PMI en direction des crèches et des écoles. 5 villes Epode, mais comme presque partout problème de lien entre repérage et prise en charge .
- Par contre concernant détenus et sortants de prison un dispositif insuffisamment concerté pour une population très importante.
- De même une carence de coordination à l'échelle du territoire se fait sentir, de même qu'à l'échelle de l'agglomération.

q Des dynamiques territorialisées à l'œuvre

§ Dynamique concertée sur le Bittérois, démarche de santé communautaire, projet de santé globale, autour de la commune et de la politique de la ville , concernant l'ensemble des acteurs de la santé et du social. Démarche Contrat local de santé.

§ Le Lunellois autour de l'espace santé,

§ Des dynamiques de communes : projets santé émergents portés par Grabels, Prades, Mauguio, Lattes en périphérie de l'agglomération Montpelliéraine., et coopérations entre les communes de la côte (Palavas – la Grande motte) à partir de addictions.

§ Concernant l'agglomération montpelliéraine, en l'absence d'atelier santé ville, les points d'appui sont l

- La dynamique des zones CUCS, au niveau des quartiers (Paillade, Petit Bard ...) reposant sur le réseau des acteurs associatifs et l'animation politique de la ville ;
- la dynamique portée par le réseau santé précarité

q Une population avec des traits spécifiques à prendre en compte

- Une population âgée (21% de plus de 65 ans). Dispersion dans des communes de petite taille, avec une vétusté fréquente e l'habitat.
- En territoire cévenol, une population en recherche de projet de vie alternatif et des difficultés
 - § en termes d'accessibilité : importance des durées de transport, peu de premier recours accessible
 - § du fait d'options de vie (refus des vaccinations ...) et de choix pour les enfants (rejet des interventions en éducation à la santé...)
- Importance de l'enseignement privé (pas de santé scolaire) et des internats accueillant une importante population de jeunes hors département ayant des problèmes spécifiques d'accès à la contraception, ou développant consommation d'alcool ou ivresses aiguës)
- Importance de la population handicapée accueillie en établissements (jeunes et adultes).

q Les problèmes de santé observés ou perçus

- Cancer
- surpoids et obésité – particulièrement chez les femmes - plus généralement malnutrition ...et dénutrition des personnes âgées
- Surmortalité par maladies cardio-vasculaires
- Tabac, alcool, addictions Expérimentations précoces de cannabis, alcool, ivresses chez les mineurs . Problème massif d'alcool en général. Une population d'usagers de drogues.
- Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées
- Le recours croissant à l'IVG, l'accès difficile à la contraception
- L'accès aux droits ..., aux prises en charge des personnes précaires
- En direction des lycées importance et urgence des programmes d'accès à la contraception, de prévention des conduites à risque et de prise en charge / réduction des risques de l'alcoolisation massive

q Espace et environnement

Il est marqué par les distances et temps de transport – leur impact sur les trajets scolaires

L'habitat pose des problèmes

- § de vétuste (18 à 35% d'habitat indigne selon secteurs)
- § d'exposition au radon (% du département concerné)
- § de fréquence des intoxications oxycarbonées
- § et souvent d'inadaptation pour les personnes âgées

L'eau de consommation pose une problématique spécifique d'anomalies bactériologiques et toxiques, non ou difficilement corrigibles.

Enfin une veille est nécessaire quant aux bactéries cyanogènes dans les eaux de loisir.

q En termes de dispositifs et d'acteurs :

Des bassins

- Une organisation rayonnant à partir d'un centre (Mende) avec les bassins de Saint Chély, Marvejols, Florac, Langogne dotés de centres hospitaliers, de CMP et de permanences psychosociales de l'ANPAA.
- Le CH de Mende étant le « point d'ancrage » avec CDAG / CIDIST, PASS, IVG, psychiatrie / santé mentale (réseau RADIAL)

Des problèmes d'accès liés à la spécificité du territoire

- § à l'IVG et à la contraception : problème économique et de confidentialité (distance entre le lieu de recours et de résidence)
- § à la prévention réduction des risques
- § à une prise en charge de l'obésité du fait de la faiblesse ou absence de réseau professionnel

Mais aussi des carences

- § Faiblesse du dispositif de premier recours, les professionnels de l'ambulatoire, les spécialistes (gynéco et pédiatres).
- § Pas de prise en charge possible par nutritionniste, diététicienne.
- § Un centre de vaccination (CH Mende) insuffisamment étoffé pour être « repéré »
- § Une carence de réseau de CPEF
- § Aucun appartement de coordination thérapeutique (ACT), ni lit halte soin santé LHSS)

q Une animation territoriale ancienne de réseau d'acteurs

Une coopération interinstitutionnelle développée :

Avec une animation par la DT ARS et un CODES très actif et partenaire et par une coordination ARS / Education Nationale / PMI / CODES, « noyau structurant et pilote »

Un territoire avec des réseaux d'acteurs parfaitement coordonnés.

- Sur tous les grands sujets de l'éducation à la santé coordination entre MFPF, EN, CG et CODES, développée aussi en direction des jeunes handicapés (nutrition santé, notamment activité physique, sexualité, compétences psycho-sociales)
- Réseau addictologie autour de l'ANPAA, médiateur santé, des présences sur le territoire à étayer.
- § Réseau santé précarité, avec la PASS et les associations précarité
- § Dynamique en réseau de santé mentale, avec le Pôle IA de Meyrues, les CMP, le réseau Radial, la coordination avec les associations d'insertion.
- § Pour les seniors, un lien à faire avec la MSA, un plan piloté par la Préfecture

Annexe III – Diagnostic

q Populations

Une forte croissance de la population, avec l'arrivée de familles. L'indice de vieillissement est élevé ; beaucoup de personnes retraitées viennent s'installer, sont isolées, Importance des ruptures de logement, de la population hébergée et des sans logis.

Des vulnérabilité ou des difficulté des personnes ou de populations à prendre :

§ L'importance de la précarité et de la pauvreté, notamment à Perpignan, dans le Conflent et le Fenouillèdes.

§ La Communauté sédentarisée des gens du voyage et l'importance des personnes migrantes

§ Une forte population de travailleurs saisonniers.

§ Une population de jeunes et très jeunes pour lesquels les intervenants notent déstructuration, manque de repères, problèmes de comportement et sorties précoces du système scolaire. Ivresses, poly consommation, cocaïne concernent y compris les très jeunes

q Les problèmes de santé observés ou perçus

Le surpoids et l'obésité – plus généralement la malnutrition et dénutrition des personnes âgées

Tabac, alcool, addictions

Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées

Le recours à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception

q Le problèmes général de l'accès est pointé comme une difficulté

ù à l'IVG et à la contraception (problématique économique et de la confidentialité)

ù à une éducation à la santé cohérente et suivie en milieu scolaire et extrascolaire

ù à la qualité alimentaire (10% de la population dépend de l'aide alimentaire)

ù à un logement décent

ù aux droits, aux soins

q Espace et environnement

Distances et conséquences sur les temps de trajets scolaires et sur l'accessibilité sont pointées

Très forts problèmes d'habitat, ancien, insalubre (centres villes avec le risque notamment de saturnisme), inadapté pour les personnes âgées.

Annexe III – Diagnostic

q Territoire et acteurs

Territoire riche en acteurs, particulièrement au niveau de la ville de Perpignan et des quartiers CUCS, dans les bassins de Prades, Céret, Cerdagne Capcir . Mais dont certains bassins de vie rencontrent des difficultés :

- parce qu'ils sont mal couverts dans les Albères, le Fenouillèdes, et le Haut Vallespir.
- Parce qu'ils sont éloignés (Cerdagne, Capcir) ou mal desservis (Albères).

Le dispositif de premier recours, professionnels de s soins ambulatoire, est au niveau de ces mêmes zones soit déficitaire, soit très vulnérable.

q Des atouts et leviers

§ Un maillage du territoire sur lequel s'appuyer : PIJ, PAEJ, REAPP ... mais une faiblesse en matière de MLI

§ Un conseil local en santé mentale, intégrant le travail avec l'ASV et une dynamique communautaire,

§ Un dispositif étoffé concernant addictions et réduction des risques

§ Un centre hospitalier psychiatrique très ouvert sur les secteurs et un centre hospitalier général où la culture de la santé publique se développe.

q Animation, coordinations, dynamiques autour des réseaux d'acteurs

v Une animation territoriale ancienne

§ par la délégation territoriale, avec un CODES très actif et partenaire.

§ par la DT coordonnée avec le CG notamment à travers la définition de bassins de vie autour de la petite enfance (le Haut Vallespir étant la seule blanche)

v Des plans, programmes, collectifs couvrant le territoire

§ Réseau santé des jeunes (plan santé des jeunes) – PIJ, PAEJ – collectif associatif visant à couvrir tout le territoire

§ Plan départemental addictions – conventions entre animateurs référents et établissements scolaires

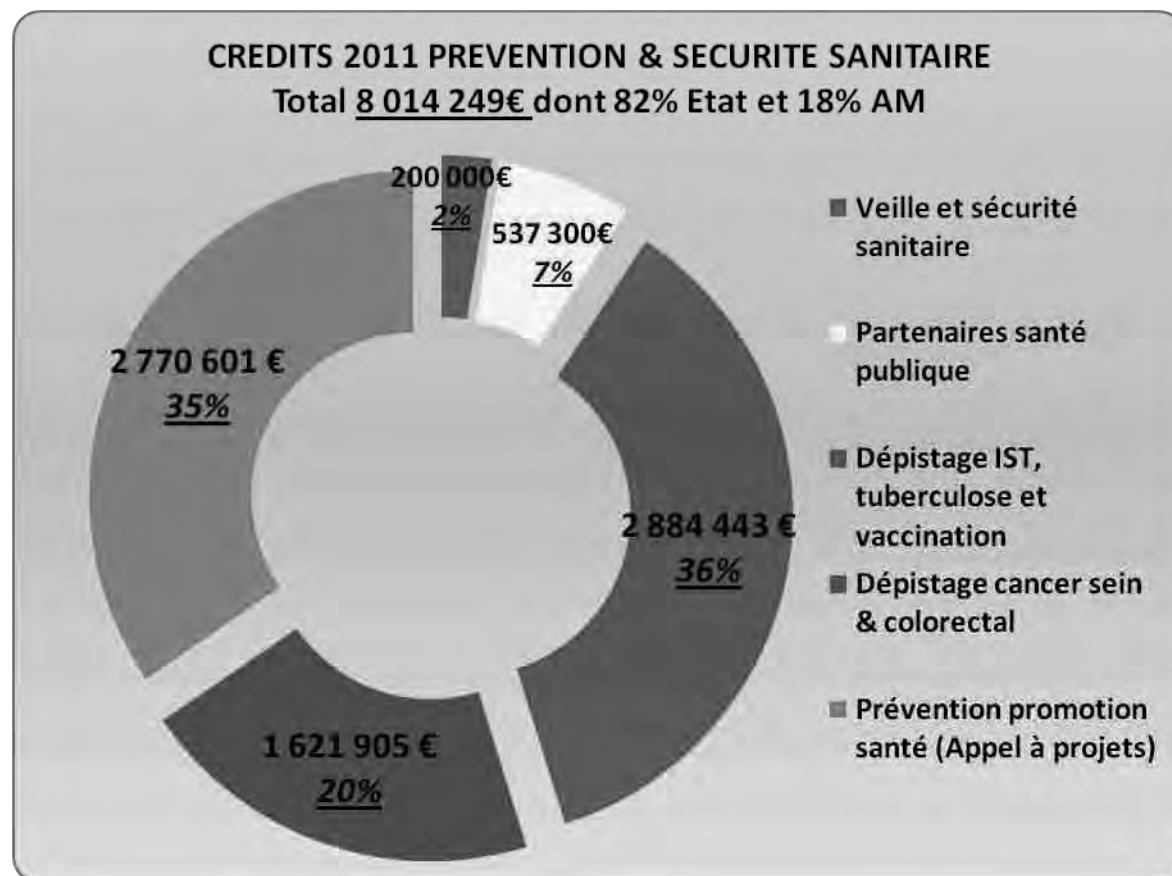
§ Sexualité contraception VIH et IST : même dynamique

§ En train de se monter sur nutrition santé

v Des dynamiques communautaires

A travers l'ASV de la ville de Perpignan

Les dynamiques sont plus portées par les collectifs associatifs que par les collectivités locales.



Annexe III – Les dispositifs de prévention spécifiques

Politique de dépistage du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites^{9,19}

La place des centres départementaux d'information et de dépistage des IST (CIDIST) et consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

q Points saillants du diagnostic régional et enjeux

§ Une bonne couverture territoriale d'ensemble, quelques points faibles

9 CIDDIST et 10 CDAG : un CDAG et un CIDDIST sont associés à l'exception de Sète (CDAG hospitalier)

34/ Montpellier Béziers (CDAG CIDDIST gérés par le CG) - 30/ Alès, Bagnols (CDAG CIDDIST hospitaliers) et Nîmes (DAG CIDDIST CARMII) - 11/ Carcassonne et Narbonne (CDAG CIDDIST hospitaliers) - 48/ Mende (CDAG CIDDIST hospiti) - 66 Perpignan (CIDDIST hospiti, CDAG CG)

En termes de couverture du territoire : point faible du bassin de Thau (Sète, Agde)

§ Une activité importante

- 40 000 consultations annuelles, 20 000 personnes venues pour conseil, consultation ou dépistage, 18 888 dépistées (55% d'hommes et 11% de mineurs particulièrement à Bagnols, 29% - à Narbonne, 14% - à Mende, 16%)

- Une importante activité pour le VIH, le VHB et le VHC, qui a permis de dépister de nombreuses séropositivités en augmentation pour le VIH et le VHC. Pour le VIH 2,4 tests+ /1000 soit le double de l'estimation faite pour les laboratoires de la région (1,2 source INVS).

- Confirmation de la forte croissance des IST (syphilis et gonococcies), de la forte prévalence des Chlamydioses et de l'intérêt de proposer un dépistage en CDAG CIDDIST aux hommes à partir de 30 ans et aux femmes à partir de 25 ans.

§ Une diversification des intervention à soutenir

Augmentation des actions hors les murs à Perpignan, Carcassonne, Nîmes, Sète, insuffisantes cependant notamment dans l'Hérault.

Développement d'antennes ... mais des problèmes d'amplitude d'ouverture

q Orientations stratégiques (nationales, régionales)

Dépister et traiter précocement l'infection à VIH dans une stratégie de prévention combinée :

- proposition de dépistage à toute la population, intensification du dépistage en direction des publics les plus exposés, (UDIV, HSH, migrants des zones à forte prévalence, personnes prostituées) introduisant le dépistage associatif par Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD) -

- pour permettre une prise en charge précoce

- et développer la prévention combinée (alliant la palette des outils)

Développer les actions hors les murs, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostic (TROD), faire connaître le dispositif.

Dépister et favoriser accès aux traitements des porteurs d'hépatites (environ la moitié des personnes atteintes le savent), la vaccination contre l'Hépatite B des usagers de drogues

Systématiser le dépistage du chlamydia à la population consultant (H > 30 ans et F > 25 ans)

q Objectifs et organisation territoriale cible

Consolider le dispositif et développer l'activité

- en améliorant les coordinations CDAG CIDDIST là où elles sont faibles
- en étoffant la couverture du pays de Thau (Sète Agde) par rapport à l'activité CIDDIST
- en soutenant les actions hors les murs et les coopérations avec le réseau associatif pour permettre l'accès aux TROD
 - § En direction de publics vulnérables au risque, coopération avec les structures et associations spécifiques, notamment CSAPA et CAARUD
 - § En direction de territoires découverts : équipes mobiles et/ou participation au panier de service de proximité

Favoriser et soutenir le développement des coopérations, entre structures, avec d'autres dispositifs y compris sous forme de pôles.

Favoriser l'accessibilité du dispositif

Notamment pour les mineurs, les migrants
Et pour accéder au traitement post exposition

Valoriser son rôle d'animation du tissu environnant

Formations, animation du tissu social, médico-social et sanitaire
En particulier vis-à-vis des professionnels libéraux

Organiser les formations et le partage d'expérience

Travailler avec les conseils des Ordres et les URPS

Les nouvelles orientations de la politique de dépistage du VIH nécessitent de mobiliser les médecins libéraux particulièrement quant à la proposition de dépistage à toute la population une fois dans la vie mais aussi parce qu'ils sont en première ligne pour les diagnostics précoces (primo-infections) ou les propositions de dépistage répété aux personnes les plus concernées.

Ils sont de même des intervenants clefs pour les propositions de dépistage de l'hépatite C, de l'hépatite B aux personnes vulnérables, notamment celles venant de pays à forte endémie, les propositions de vaccination contre le VHB aux personnes vivant avec des personnes atteintes.

Ils ont enfin un rôle à jouer pour favoriser le dépistage des chlamydioses chez les jeunes adultes, femmes et hommes de leur patientèle, dès lors qu'ils ont eu au moins un partenaire sexuel.

Politique régionale de la vaccination

La place des centres de vaccinations

q Points saillants du diagnostic régional et enjeux

- **Une couverture vaccinale insuffisante** globalement dans la région, qui favorise le développement d'épidémies de maladies infectieuses évitables, comme l'illustre l'importante épidémie de rougeole en 2010-2011.
- Existence de **disparités** de couverture vaccinale importante d'un territoire à l'autre possiblement en lien avec les particularités géographiques et sociologiques régionales (zone littorale versus arrière-pays), mais à documenter
- **Les dispositifs / acteurs existants :**
 - Les professions médicales et les infirmières sur prescription médicale
 - Les centres de vaccination : du fait de la recentralisation, les centres ont débuté leur activité en 2007, exceptés ceux gérés par le Conseil Général de l'Hérault qui en a gardé la compétence.
- 8 entités juridiques, avec 9 lieux de vaccination : 11/ Narbonne et Carcassonne – 30/ Alès et Nîmes – 48/ Mende – 66/ Perpignan - 34/ le CG a délégué les activités vaccinales aux trois SCHS de Montpellier, Béziers, Sète (qui fonctionnait a minima et a depuis cessé ses activités.)
- Un cahier des charges régional définissant les missions de ces centres
- Des ouvertures très variables de quelques heures (2h) à 40 h par semaine. Une organisation intégrée avec CDAG CIDDIST au CH de Perpignan. Des difficultés à Mende liées au recrutement de temps médical et à la dimension.
- Un principe de mobilité des équipes inégalement mis en œuvre, essentiellement dans les Pyrénées Orientales, la Lozère et le Gard
- Des partenariats entre Education Nationale et centres de vaccination en cours de construction dans 2 départements (Gard et Pyrénées-Orientales)
- Des conseils généraux et l'Education Nationale davantage mobilisés sur la surveillance de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 16 ans.

q Orientations stratégiques (nationales, régionales)

« **Atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale** » par la définition et l'impulsion d'une réelle politique vaccinale régionale.

Les priorités en termes de vaccinations : au-delà des vaccinations obligatoires, sont **le ROR, le BCG et l'hépatite B**.

La commission régionale de la politique vaccinale souligne la nécessité de travailler dans une approche globale de promotion de la santé impliquant maternités et réseau de la périnatalité (aval et amont) – Conseils généraux et PMI – Education nationale – dispositif de premier recours (médecins, pédiatres, sages femmes, etc...) – milieu du travail - Communes et politiques de quartiers – dispositifs spécialisés (centres de vaccination, ...) – pôle de compétence en éducation à la santé – associations etc

Renforcer le caractère intersectoriel des politiques de santé en intégrant la vaccination dans les actions conduites notamment avec

- o le milieu de travail, dont les secteurs de la petite enfance, des établissements sanitaires et médico-sociaux;
- o les secteur hospitalier
- o la politique périnatale et de la petite enfance
- o les politiques de lutte contre les addictions et de prévention des cancers (vaccinations VHB, mais aussi HPV)

q Objectifs et organisation territoriale cible

§ Elaborer un **programme permettant de mettre en œuvre la politique vaccinale en région et d'atteindre l'objectif fixé** comprenant notamment :

- La poursuite du développement et du rapprochement **des systèmes d'information** sur le sujet
- la réflexion sur les **missions** et le **positionnement des centres de vaccination** en terme d'animation et de relai de la politique vaccinale **par territoire de santé**.
- La communication en direction des professionnels de santé et des usagers afin de les remobiliser
- Le renforcement des **liens** entre les partenaires : Education Nationale, conseils généraux, Services communaux d'hygiène et de santé, centres de vaccination dans une approche territorialisée

§ Conforter la place de la **Commission Régionale de la Vaccination comme instance d'animation** de la politique vaccinale régionale

§ Accompagner les évolutions particulières du dispositif selon les territoires de santé:

- Dans l'Hérault : repenser les conditions de mise en œuvre de la vaccination sur le territoire (activité placée sous la responsabilité du Conseil Général) et l'animation territoriale du réseau des acteurs
- Dans l'Aude : créer un pôle de référence unique par une coopération forte entre les centres de vaccination hospitaliers de Narbonne et Carcassonne
- En Lozère: mettre au travail les scénarii de pôle interdépartemental de l'Est avec le Gard et/ou de « pôle départemental de l'infectiologie » (CDAG / CIDIST, CLAT, CV) au centre hospitalier
- Dans les Pyrénées orientales : stabiliser l'organisation intégrée avec CDAG et CIDIST

§ mobiliser les professionnels du soin à travers les URPS et Conseil des Ordres

Lutte contre la tuberculose

La place des Centres de lutte antituberculeux

q Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Chargés de la lutte contre la tuberculose dans ses aspects de prévention, dépistage, suivi et traitements, les CLAT assurent les enquêtes dans l'entourage des cas, le suivi médical des personnes atteintes et la délivrance des médicaments antituberculeux (observance), la réalisation d'actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques et la réalisation d'actions ciblées de dépistage. Ils concourent à la vaccination par le BCG dans certaines indications avec la tenue à jour d'un registre et développent des partenariats nécessaires à la lutte contre la tuberculose dans le département et à la prise charge des personnes atteintes.

9 CLAT, hospitaliers (Alès, Bagnols et Nîmes, Béziers et Montpellier, Narbonne et Carcassonne, Mende, Perpignan

Un développement très inégal de l'activité hors les murs (plan de dépistage et d'interventions ciblés en direction des personnes vulnérables)

Un périmétrage à finaliser de l'activité enquête traitement

Une réflexion nécessaire sur les axes d'intervention communs sur le dépistage

Une action à développer sur la vaccination par le BCG des nourrissons avec PMI, centres de vaccinations, et réseau périnatal

En termes d'organisation :

- une question de masse critique, insuffisante en Lozère, et des évolutions vers des mutualisations ou coopérations y compris en inter départementalité (Carcassonne et Narbonne, Alès et Bagnols)

- une question de service de rattachement et de création de pôles d'activité intégratifs : pôle CDAG CIDIST, CLAT, Centres de vaccination envisagé à Bagnols, Alès, Perpignan

- un investissement variable des missions de santé publique, déficientes à Nîmes

q Orientations stratégiques (nationales, régionales)

Développer une activité de dépistage ciblée auprès des publics les plus à risque.

Identifier les personnes présentant un risque accru de développer une tuberculose et élaborer des référentiels d'intervention.

q Objectifs et organisation territoriale cible

§ **Accompagner l'évolution du dispositif** vers des pôles intégrant l'activité de CLAT à d'autres activités . Stabiliser cette organisation dans les PO, la mettre à l'étude en Lozère (et dans le Gard (Bagnols), l'envisager dans l'Aude

§ **Renforcer les coopérations** entre CLAT , dans chaque territoire permettant notamment de définir une stratégie de couverture cohérente du territoire

§ **Equiper les CLAT** La réalisation des missions réclame de disposer d'un camion équipé en matériel radiographique, afin d'aller au plus près des publics à risque, comme l'a démontré l'expérimentation menée à Perpignan.

Politique de dépistage des cancers

La place des structures de gestion des dépistages organisés des cancers

q Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Les programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) sont mis en œuvre au niveau territorial par des structures de gestion départementales ou inter départementales.

La couverture territoriale est structurellement assurée pour ces 2 dépistages par 3 structures de gestion départementales (Aude, Hérault et Pyrénées-Orientales) et une inter-départementale (Gard et Lozère) et pour le DOCCR, 1 laboratoire agréé régional pour la lecture de l'Hémocult* situé à Montpellier.

Toutefois, la participation de la population de la tranche d'âge concernée (50 à 74 ans) est variable :

- entre les 2 dépistages : meilleur pour le cancer du sein que pour le cancer colorectal (antériorité du dispositif, et acceptabilité du test de dépistage); néanmoins, il reste marqué par une part non négligeable du dépistage individuel, qui fait perdre le bénéfice de la seconde lecture.
- entre les territoires de santé, surtout pour le DOCCR, où le taux de participation varie de 19 à 41%, pour une moyenne régionale à 28% et nationale à 34%).
- en infra territorial : le diagnostic doit être affiné sur les zones à faible taux de participation afin d'y déployer des stratégies ciblées

Les limites au déploiement de ces dépistages organisés sont:

- le fait que les populations en situation de grande précarité ne bénéficie pas de stratégies ciblées;
- le fait que les populations qui n'ont pas de droits ouverts ou qui ne sont pas à jour de leurs droits, échappent au dispositif;
- le fait que l'adhésion des professionnels de santé (médecins généralistes, gastro-entérologues, radiologues et gynécologues) à sa mise en œuvre doit progresser. Ceci est une condition sine qua non à la participation des usagers à ces programmes.
- Un point particulier est soulevé en Lozère : pour le DOCS, problème d'accessibilité à la mammographie avec un seul centre de radiologie agréé, en difficulté de fonctionnement pour des raisons de démographie médicale.

q Orientations stratégiques et objectifs développement

Affiner l'identification des publics ou cantons ayant un taux de participation plus faible que la moyenne

Améliorer le dépistage de masse dans les deux cas, avec des stratégies d'action à cibler différemment :

- **Améliorer les taux de participation** aux dépistages organisés, en soutenant les actions de communication des structures de gestion vis-à-vis du public et des professionnels de santé : objectifs CPOM ARS-LR (DOCS: 65,5% et DOCCR: 45% en 2013)
- **Veiller à l'accès au dépistage** de tous les publics de la tranche d'âge concernés, y compris des personnes vulnérables ou privées de liberté ou de droits: lien PRAPS, Santé mentale, santé des détenus, santé des personnes handicapées...; Mettre au travail des stratégies adaptées en lien avec les acteurs de la précarité, tant pour le dépistage que pour les suites de la prise en charge;

Remobiliser les médecins libéraux

Politique de lutte contre les addictions, la place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA- et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue - CAARUD

q L'état des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

Ø 19 CSAPA

- § Des agglomérations concentrent les structures (10/19) : Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- § Les moyens sont « dispersés » sur le territoire : 32 antennes ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine
- § La couverture territoriale n'est pas assurée : des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires

Ø8 CAARUD

- §- Aucune structure en Lozère
- §Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée.
- §Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les PO et le Gard.
- § Une évolution des populations, pratiques, localisation qui nécessite évaluation des besoins et adaptation de la réponse

Ø3 associations de prévention

Elles assument les missions de CSAPA et/ou de CAARUD sur leurs territoires sans être intégrées au dispositif médico-social (Bagnols/C, Vauvert, périphérie de l'agglomération montpelliéraine)

ØLes zones blanches ou mal couvertes

- § **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières) Port La Nouvelle
- § **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols,), Nord du département, les Cévennes
- § **Hérault** - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Sumène)
- Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- § **Lozère** Zone blanche des Cévennes
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- § **P O** Les Albères , le Fenouillèdes, le Pays Cerdan

Ø Un dispositif qui participe aux actions de prévention

En règle générale en milieu scolaire
Selon les territoires en milieu d'apprentissage ou d'insertion
Mais également en milieu festif ou dans les quartiers politique de la ville, en coordination alors avec les autres associations

Ø Un dispositif qui est en charge de la prévention des risques et des dommages

Vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions : la réduction des risques (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...)

q Les points de criticité identifiés

En matière de prévention

Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que d'éducation pour la santé. Un manque d'inscription dans la durée.

Un soutien à la parentalité à inscrire dans la durée, y compris à l'enfance, ainsi que les actions d'éducation pour la santé (développement psychoaffectif, estime de soi, acquisition de compétences psychosociales) santé à chaque âge de la vie et dans les lieux de vie (l'école, le sport)

Une éducation aux risques (responsabilisation, choix, réduction des risques, connaissance et utilisation des recours) à systématiser, en intégrant le milieu festif (de la fête votive aux raves parties), le milieu sportif, (la compétition, le contact avec dopage et produits), les lieux et circonstances à risques et à forte vulnérabilisation (temps de ruptures, métiers, stress ...) et « La route »

Une faiblesse de repérage et de prise en charge précoce

- des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires) des enfants
- des troubles de la relation parents / enfants
- des premières consommations

La nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes des CSAPA en ce qui concerne la prévention, en fonction de leurs compétences effectives dans le cadre de projets locaux cohérents et coordonnés

Un dispositif de réduction des risques (RDR) insuffisant en couverture territoriale, concerté dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes) ou grande exclusion

Pas de réponse aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

Des coordinations qui demandent à être renforcées et généralisées

- avec CDAG et CIDIST, centres de vaccination, hépatologues
- entre réseau périnatalité, acteurs de l'addictologie et acteurs de premier recours (médecins, gynéco, sages femmes...)
- avec les PAEJ, MLI et maisons des adolescents

La faiblesse d'implication des médecins généralistes d'une manière générale, pose problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)

Médico-Social

Prévention

Offre de soins

Document de travail

ARRETE N° 2012-214

**Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R. 1434-1 à R.1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

Vu la consultation de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux en date du 1° Février 2012,

ARRETE

Article 1 : Le Schéma Régional d'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

Article 2 : le Schéma Régional d'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

Article 3 : Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès des ministres chargés de la santé et des solidarités.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

Article 4 : Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général
de l'Agence régionale de santé
du Languedoc-Roussillon,

signé

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		Collectivités territoriales		
		Communes		
		11 - Aude		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de Lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		30 - Gard		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		34 - Hérault		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomières	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
		34 - Conseil Général de l'Herault		
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		48 - Lozère		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pompidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		66 - Pyrénées-Orientales		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Formigueres	Favorable	

Schéma Régional

Organisation des soins

d'Organisation Médico-Sociale



Prévention

Version du 06 mars 2012

Médico-Social

Introduction

I -Synthèse du diagnostic de l'offre

II - Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie

II.1 Périnatalité – Petite enfance : dépister et agir le plus précocement possible

II.1.1- Apprentissages/Action précoce

II.2 Enfants - Adolescents

II.2.1-Enfance/Adolescence handicapée : favoriser le maintien en milieu ordinaire et l'inclusion scolaire

II.3 Adultes

II.3.1 - Adultes handicapés : promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes

II.3.2 - Personnes à vulnérabilité spécifique : favoriser leur accès aux soins et leur prise en charge globale

II.4 Personnes vieillissantes

II.4.1 - Personnes handicapées vieillissantes : adapter les prises en charge au vieillissement des personnes handicapées

II.4.2 - Personnes âgées : améliorer la qualité de vie de nos aînés et leur modalités d'accompagnement

III - Leviers et outils transversaux

III.1 - Des politiques publiques médico-sociales coordonnées : faire vivre l'intersectorialité

III.2 - Observation & systèmes d'information : construire et partager des observatoires pour mieux évaluer les besoins

III.3 - Politique de qualité et de sécurité de la prise en charge : porter la qualité en exigence permanente

III.4 - Coopération/Mutualisation : promouvoir des modalités de partenariats favorisant la complémentarité et l'efficience

III.5 - Contractualisation : développer une politique contractuelle harmonisée au niveau régional



Petite enfance



Enfants/Adolescents



Adultes



Personnes vieillissantes

Annexes :

1- Bibliographie

2- Diagnostic de l'offre médico-sociale

3- Glossaire

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de première génération s'inscrit dans un contexte marqué par une profonde mutation du secteur.

En effet, le secteur médico-social a connu des **évolutions réglementaires importantes**, ponctuées par 4 lois structurantes :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales positionnant le Département comme chef de file du secteur,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et enfin, plus récemment,
- la loi HPST du 21 juillet 2009, instaurant notamment une nouvelle gouvernance régionale dans le secteur médico-social.

D'après le rapport publié le 9 juin 2011 par l'OMS et la Banque mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles. Dans les prochaines années, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence, qui s'explique par le **vieillissement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées**, mais aussi par l'accroissement des problèmes de santé liés aux maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale.

En région Languedoc-Roussillon, l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âgés élevés des générations nombreuses du baby-boom entraîneraient une **augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans de l'ordre de 80% entre 2007 et 2040**. Cette augmentation serait plus forte qu'en moyenne nationale (+ 67 %) en raison de la croissance démographique plus soutenue dans la région et de sa forte attractivité chez les jeunes retraités. **D'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (250 000 en 2010) devrait augmenter de 12%**.

Face aux enjeux liés au handicap ou à la perte d'autonomie, l'ARS souhaite s'engager dans une politique volontariste.

L'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) s'appuie notamment sur des plans nationaux structurant l'évolution du secteur :

- Le **plan « Solidarité Grand Age »** (PSGA) (2007-2012) : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche.

-Le **plan « Alzheimer »** (2008-2012) : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public.

-Le **programme de création de places pour personnes handicapées** pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014).

-Le **plan « Autisme »** (2008-2012) : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches.

-Le plan en faveur des **personnes aveugles et malvoyantes** (2008-2011) « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité ».

-Le plan en faveur des **personnes sourdes et malentendantes** (2010-2012), Améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive, mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie, rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.

-Le plan de **prise en charge et de prévention des addictions** (2007-2011) : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

-Le schéma « **Handicaps rares** » (2009-2013) : le premier schéma national d'organisation sociale et médico-sociale.

Partie intégrante du **Projet Régional de Santé** (PRS), le SROMS a vocation à organiser la prise en charge médico-sociale en lien avec les actions de prévention, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Il présente la particularité de devoir s'articuler d'une part, avec les autres schémas du PRS (SROS et SRP) et d'autre part, avec les différents schémas départementaux élaborés par les Conseils Généraux. Il s'attache à mettre en oeuvre les priorités définies par le **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**. Il constitue un levier d'action déterminant pour **faire évoluer l'organisation des structures et des activités médico-sociales** (de la transformation aux coopérations ainsi qu'aux priorités de développement) et orienter les autorisations des établissements et services à venir.

Cette transversalité se traduit par la mise en oeuvre de 4 programmes régionaux :

- Le **PRIAC** (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicap et de la perte d'autonomie) viendra décliner les objectifs du SROMS par territoire et par catégorie d'établissement. Il constituera d'une part le **plan d'action du SROMS** (fiche actions concrètes par objectif opérationnel) et il établira d'autre part **les possibilités de financement priorisées de créations, extensions ou transformations d'ESMS**.

- Le **PRAPS** (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins)

La prise en compte de la précarité, qui apparaît comme une problématique majeure dans notre région, sera principalement traitée dans le cadre du (PRAPS). Toutefois, le SROMS identifie d'ores et déjà des pistes de travail afin de répondre à cette problématique : développement de SAMSAH à destinations des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives (cf. § II.3.1 p. 34), personnes à vulnérabilité spécifique (§II.3.2;) et personnes handicapées vieillissantes (§ II.4.1 p. 59). Ces réflexions trouveront leur déclinaison opérationnelles dans le cadre du PRAPS et du PRIAC.

- Le programme régional de télémédecine :

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de définir sa mise en œuvre au regard des trois schémas du PRS sur la base des priorités, objectifs et principes d'action identifiés dans le PSRS.

Programme concernant tous les acteurs de la santé, il a pour objectif de mieux répondre aux besoins des populations et aux particularités des territoires. Ces solutions technologiques devraient permettre une meilleure utilisation des ressources ou expertises rares, aider aux prises de décision, faciliter les prises en charge multidisciplinaires au plus près des patients, tout particulièrement les malades chroniques ou dépendants.

Enfin, deux priorités de gestion du risque concernant spécifiquement le secteur médico-social (EHPAD) et relèvent du PRGDR (Programme Régional de Gestion Du Risque) (Cf. § III.3.4).

Le **SROMS** a été établi et devra être actualisé en tenant compte des **schémas départementaux** relatifs aux personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. En matière de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la **concertation avec les conseils généraux** pour une meilleure connaissance des besoins de ces populations. Dans un souci de cohérence et d'articulation avec ces schémas, l'ARS a retenu le niveau départemental, comme territoire de santé, pour proposer l'évolution souhaitable de l'offre sur les 5 ans à venir. En deça de ce niveau départemental, le schéma régional a pour ambition de **s'appuyer sur des territoires de proximité infra-départementaux pertinents (infra-territoires)** au sein desquels doit se structurer l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et le soutien à domicile.

S'agissant de l'**analyse de besoins**, le **SROMS** s'est appuyé sur l'ensemble des données récentes disponibles :

- Les analyses de besoins réalisées dans le cadre des schémas départementaux d'organisation médico-sociale;
- Les contributions des instances de démocratie sanitaire, CRSA et conférences de territoire;
- Le guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011);
- L'atlas régional de la santé et l'enquête réalisée auprès des maires de la région.

Un travail important a été conduit en concertation avec chaque Conseil Général afin d'une part, de **partager un diagnostic commun** et d'autre part, de **s'accorder sur les actions conjointes à mener sur les 5 ans à venir**, visant à faire évoluer quantitativement et qualitativement l'offre médico-sociale.

Une synthèse de l'ensemble des sources utilisées dans ce schéma se trouve en annexe 2.

En lien avec le PSRS, les **grands axes du schéma régional de l'organisation médico-sociale** sont les suivants:

- **Favoriser le soutien à domicile et en milieu ordinaire des personnes en perte d'autonomie**

L'amélioration de la qualité de vie et de l'accompagnement à domicile constitue l'un des axes majeurs du SROMS.

Il s'agira d'une part, de renforcer la coordination autour des personnes à domicile et d'autre part, de développer des modalités visant à favoriser l'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (intégration scolaire, insertion professionnelle, participation à la citoyenneté, ...). Ce maintien à domicile doit passer par une adaptation globale du dispositif (logement, transport, soins de premier recours, ...).

- **Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage**

Dans le cadre de la déclinaison régionale du plan Alzheimer, la prise en charge de cette maladie et le soutien des aidants naturels sont une des priorités du SROMS.

- **Déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de Santé Publique** favorisant une démarche préventive, ainsi qu'une organisation des soins de ville. La population en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie doit bénéficier des mêmes actions que la population générale en matière de promotion de comportement favorable à la santé, de dépistage, et de suivi régulier de santé.

- **Mieux articuler le secteur sanitaire avec le secteur médico-social**

Améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie à l'hôpital comme en ville, notamment grâce à une meilleure formation des professionnels de santé.

- **Inscrire les personnes âgées ou handicapées dans des logiques de parcours de vie sur les territoires**

Par la formalisation de réseaux gradués, il s'agit de structurer et de fluidifier le parcours des personnes au sein des territoires.

- **Impulser une politique visant à promouvoir la qualité de la prise en charge au sein des ESMS**

Il s'agit de **favoriser la bientraitance**, d'une part en améliorant la détection et la prévention des risques de maltraitance (application des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par l'ANESM et la HAS) et d'autre part en accompagnant les structures médico-sociales dans une politique active de promotion de la bientraitance. (cf. § III.3.1)

Il conviendra également de s'attacher à l'adéquation de la prescription médicamenteuse et à lutter contre la iatrogénie, ainsi qu'à **l'amélioration de la qualité des prises en charge soignantes** et des pratiques professionnelles.

Enfin, la **politique de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins** en établissements et services médico-sociaux constitue également un axe fort du SROMS. (cf. § III.3.2)

Le SROMS se compose de 3 parties :

- Une **synthèse du diagnostic régional** de l'offre médico-sociale. En annexe 2 du SROMS, un diagnostic plus complet, dans une approche globale de l'environnement de la personne handicapée et/ou en perte d'autonomie, met en évidence des points de vigilance.

- **Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie** : petite enfance, enfance/adolescence, âge adulte et personnes vieillissantes.

Pour chacune de ces 4 périodes de la vie, le SROMS définira :

- § les principaux éléments du diagnostic régional,
- § les principes d'organisation,
- § les objectifs opérationnels,
- § l'évolution souhaitable de l'offre par territoire de santé.

- **5 leviers et outils transversaux** ont été identifiés afin de faire évoluer et d'optimiser le dispositif médico-social, en terme **de gouvernance** (coordination des politiques publiques), **de connaissance** (systèmes d'information), **d'efficience** (qualité et sécurité de la prise en charge) et **de partenariat entre acteurs de santé** (coopération/mutualisation et contractualisation).

Diagnostic de l'offre

Le diagnostic régional permet de mettre en évidence les caractéristiques et les enjeux suivants dans la région Languedoc-Roussillon :

- **Les personnes fragilisées et/ou en situation de perte d'autonomie - populations "cibles" du SROMS - sont en très grand nombre** : une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure au niveau national, un nombre de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH supérieur à la moyenne nationale, des besoins difficiles à quantifier mais qui semblent encore importants en matière de handicap, et un nombre croissant de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, personnes en situation de précarité).
- Un **dispositif d'accompagnement à domicile** favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH, ainsi que par une densité de professionnels de santé libéraux importante, mais qui reste globalement insuffisamment développé, mal coordonné et peu lisible pour les usagers y compris dans ses dimensions "adaptation du logement" et "transport".
- Une **offre d'hébergement en faveur des personnes âgées** qui a connu un rattrapage important au cours des 5 dernières années, avec des disparités infra-régionales sensibles (les Pyrénées-Orientales et dans une moindre mesure l'Aude (Est du département) demeurent en déficit d'équipement).
- S'agissant des **enfants handicapés**, l'offre de prise en charge reste globalement inférieure au niveau national, en particulier dans l'Hérault. Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire ont été réalisés depuis la loi de 2005.
- En ce qui concerne les **structures pour adultes lourdement handicapés**, la région présente un taux d'équipement nettement supérieur au niveau national, à l'exception du département du Gard qui reste en retrait, malgré un rattrapage important ces dernières années, et dans une moindre mesure de l'Hérault.
- **Des prises en charge à adapter en fonction de certains publics ou handicaps** : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes autistes ou atteintes de TED (troubles envahissants du développement), personnes polyhandicapées, déficients sensoriels, handicapés psychiques, personnes handicapées vieillissantes.

Les orientations et les évolutions préconisées en fonction des différents âges de la vie



II.1-Petite enfance/Action précoce

Diagnostic régional et enjeux principaux

- Insuffisance du dépistage et de la prise en charge précoce, malgré un développement important de places de CAMSP
- Des délais d'attente qui restent trop longs et qui contribuent à des pertes de chances dans le diagnostic précoce du handicap

- Le département de l'Hérault dispose du plus faible taux d'équipement de la région

CAMSP	AUDE	GARD	HERAULT	LOZERE	PYRENEES-ORIENTALES	REGION LR
Capacité en places	85	160	131	20	78	474
Population 0-6 ans	26 428	57 010	79 503	5 681	33 379	202 001
Taux d'équipement	3,22	2,81	1,65	3,52	2,34	2,35

Principes d'organisation

Accessibilité et Qualité/pertinence

Améliorer la précocité du repérage, du diagnostic et de la prise en charge du handicap chez l'enfant dès le plus jeune âge :

- Structuration du dépistage de la **surdité néonatale** et organisation d'une filière de prise en charge précoce globale
- Structuration de la filière de repérage et de prise en charge des **troubles du langage et des apprentissages**
- Constitution d'une filière formalisée pour **les troubles envahissants du développement (TED)**, en appui du 1er recours, composée de professionnels de psychiatrie et/ou du champ médico-social, en articulation avec le CRA (cf. Appel à projet lancé en 2010)
- **Veiller à une répartition homogène par territoire de santé** des structures de dépistage, notamment des CAMSP
- Accès à des évaluations et des soins spécialisés pour les enfants présentant des **troubles du développement** : améliorer la lisibilité, la coordination des fonctionnements et la synergie de moyens autour des 4 centres de références régionaux "Autisme" (CRA), "Génétique", "Troubles du langage", et service de neuropédiatrie

Efficience :

- Améliorer et coordonner l'action du réseau "Naitre et Grandir" avec les CAMSP, services de PMI, professionnels libéraux
- Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique
- S'appuyer sur les nouvelles technologies (**télé médecine**)



II.1-Petite enfance/Action précoce

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Renforcer le lien entre les différents partenaires du dépistage	
Centres de référence : convention de partenariat entre les 4 centres de référence régionaux	
Renforcer les liaisons télémédecine entre les centres de référence "maladies rares" et les ESMS	
Mise en place de plateau technique mutualisé (CAMSP/CMPP) sur un site unique	
Abaisser les tranches d'âge des SESSAD afin de favoriser une prise en charge plus précoce	Age moyen des enfants pris en charge
Déployer le modèle régional de rapport d'activité des CAMSP au sein de l'ensemble des CAMSP de la région pour améliorer la connaissance des handicaps et les interfaces entre partenaires	% de CAMSP ayant utilisé le rapport régional
Handicaps spécifiques	
Autisme	
Déploiement de 3 équipes interdépartementales d'évaluation des TED : Aide au diagnostic et prise en charge précoce, évaluations périodiques, prévention des situations de crise, ...	
Déploiement du plan de formation régional pour l'appropriation des nouveaux référentiels de diagnostic et d'accompagnement des personnes autistes et structuration d'un répertoire de ressources par territoire	
Surdité neonatale	
Structuration du dépistage et organisation d'une filière sur la base du cahier des charges national	
Troubles du langage et des apprentissages	
Renforcer la coordination des soins (dépistage et diagnostic) entre les professionnels de santé libéraux et les partenaires institutionnels (centre référent, Education Nationale, ...)	
Optimiser les pratiques professionnelles grâce à l'élaboration de référentiels diagnostics communs et renforcer les concertations pluridisciplinaires tout au long de la prise en charge de l'enfant	



II.1-Petite enfance/Action précoce

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude :

L'extension du CAMSP de Carcassonne à 50 places permettra d'améliorer la réponse aux besoins sur l'Ouest du département et sur la Haute Vallée. **Une augmentation de capacité du CAMSP de Narbonne pourra également être envisagée** au regard de la croissance importante de population de ce territoire.

Les deux CAMSP travaillent en étroite collaboration avec les services de néonatalogie et sont associés au projet individualisé de prise en charge des enfants à la crèche et au projet personnalisé de scolarité en école maternelle.

Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED) a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHS de Thuir, porteur du projet, sera à formaliser.

Gard :

La création du CAMSP de Bagnols/Cèze a permis de compléter l'offre de places en CAMSP répartie de manière assez homogène sur l'ensemble du département (160 places sur Nîmes, Alès et Bagnols). Toutefois, compte tenu de leur dynamisme démographique, de leur aire d'attraction importante et des délais de réponse importants, **les CAMSP de Nîmes (après le transfert de sa gestion au CHU de Nîmes) et de Bagnols/Cèze pourront faire l'objet d'une augmentation de capacité.**

En complémentarité des CAMSP, un partenariat fort doit se structurer avec le relais petite enfance handicapée (RAPEH) dont l'objectif est de favoriser l'accueil et la scolarisation précoces, ainsi qu'avec les crèches et écoles maternelles, mais aussi avec les SESSAD, dont certains sont autorisés pour l'accompagnement dès le plus jeune âge (déficients sensoriels).

La mise en place de **l'équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement** portée par le CHU de Nîmes qui a vocation à couvrir le secteur Gard/Lozère permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles.

S'agissant des troubles du langage et des apprentissages, un **renforcement du travail du SEFFIS du CROP et de son centre relais** est prévu sur le dépistage et la prise en charge précoce avec les écoles maternelles (Gard/Hérault).



II.1-Petite enfance/Action précoce

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

Au regard des taux d'équipement, **l'Hérault est le département prioritaire au plan régional en matière de places de CAMSP.**

Ainsi, les **CAMSP de Béziers et de Montpellier** devront faire l'objet d'extension.

La création récente d'une plateforme de consultation et de soins (CAMSP et CMPP) à Lunel doit permettre d'améliorer la réponse aux besoins sur ce secteur.

La mise en place de **l'équipe d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** qui a vocation à couvrir le département de l'Hérault permettra de désengorger le Centre Ressources Autisme, qui pourra ainsi pleinement remplir son rôle de centre régional de référence.

Lozère:

Le territoire lozérien bénéficie d'une bonne couverture par le CAMSP de Mende. **Le partenariat avec les IME est à formaliser.**

Une équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED) a vocation à couvrir le territoire Gard/Lozère. Dans ce cadre, un partenariat avec le CHU de Nîmes, porteur du projet, sera à formaliser.

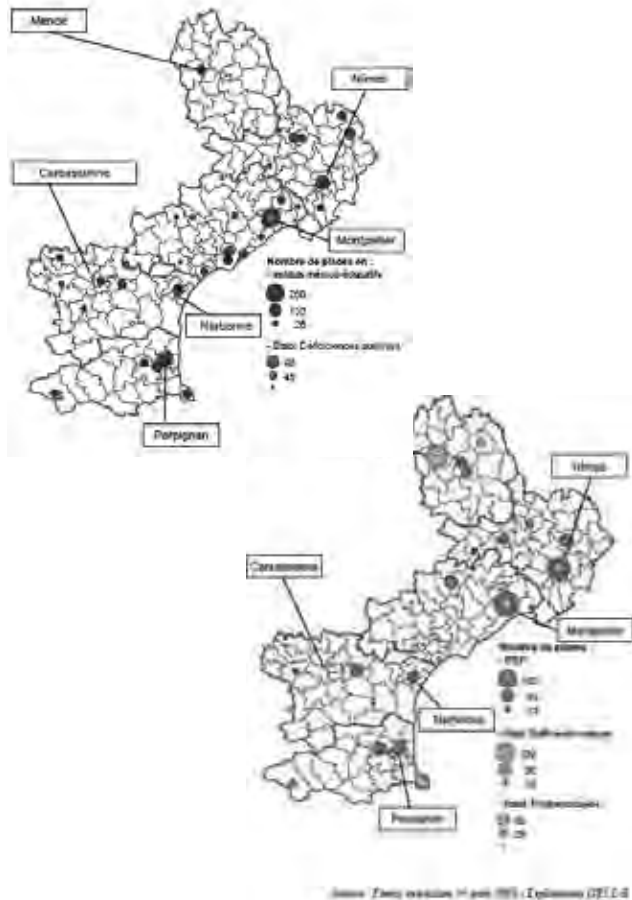
Pyrénées-Orientales :

L'extension du CAMSP de St-Estève à 83 places doit permettre de couvrir les besoins de l'ensemble du territoire des Pyrénées-Orientales. L'antenne de 5 places déployée sur Céret offre une réponse aux besoins de proximité de ce territoire.

La mise en place d'une **équipe interdépartementale d'évaluation des troubles envahissants du développement (TED)** portée par le CHS de Thuir qui a vocation à couvrir les Pyrénées-Orientales et l'Aude permettra d'améliorer le dépistage et le repérage des ces troubles sur ces départements.



II.2- Enfance/Adolescence handicapée



Diagnostic régional

- Le taux d'équipement régional en structures pour enfants est légèrement inférieur au niveau national, à l'exception de la Lozère et des Pyrénées-Orientales, avec des disparités infra-départementales importantes et d'un handicap à l'autre
- La part des services dans l'offre globale représente 30%, elle est plus importante que France entière (25%).
- La proportion de places d'internat s'élève à 50%, elle est supérieure à la moyenne nationale (40%), notamment en raison de la Lozère.
- Il y a eu un fort développement des places de SESSAD durant les 5 dernières années, ainsi que des places de CAMSP, des places en faveur d'enfants lourdement handicapés ou présentant des troubles du comportement ou autistes.
- S'inscrivant dans les mêmes priorités, un programme pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services est en cours de réalisation.
- Un travail de redéploiement a été bien engagé, qui reste à poursuivre.

Difficultés / Points de vigilance

- L'adaptation et la transformation du secteur permettra de mieux répondre aux enjeux de scolarisation et de vie sociale en milieu ordinaire.
- Une attention spécifique doit être portée sur l'accompagnement du handicap psychique.
- La prise en charge de certains handicaps rares et de cas complexes reste difficile.

II.2- Enfance/Adolescence handicapée



Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil enfance et jeunesse handicapées

Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de services au 1.01.2011 - Taux d'équipement

Sources : DREES - ARS - FINESS

Etablissements	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Instituts médico-éducatifs						
nombre d'établissements	44	8	12	16	2	6
nombre de places	2 115	388	513	707	90	417
Instituts thérapeut., éducatifs et pédagogiques						
nombre d'établissements	18	3	7	4	2	2
nombre de places	817	115	244	283	75	100
Etablissements pour déficients moteurs						
nombre d'établissements	3	0	2	0	1	0
nombre de places	264	0	46	52	135	31
Etablissements enfants et ados polyhandicapés						
nombre d'établissements	12	0	3	5	1	3
nombre de places	364	0	77	136	30	121
Etablissements pour déficients sensoriels						
nombre d'établissements	3	0	2	1	0	0
nombre de places	132	0	42	90	0	0
Total Etablissements						
nombre d'établissements.	80	11	26	26	6	11
nombre de places	3 692	503	922	1 268	330	669
SESSAD						
nombre de services	64	8	18	23	2	13
nombre de places	1 635	127	443	681	30	354



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Principes d'organisation



Accessibilité :

- **Accessibilité géographique :**
Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)
- **Accessibilité handicapés :**
Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil d'enfants handicapés

Évitabilité : Favoriser le maintien en milieu ordinaire de l'enfant

Qualité- pertinence : Faire évoluer l'offre existante afin de répondre aux enjeux de la politique d'inclusion scolaire

Efficience : Poursuivre les efforts en matière d'intégration scolaire (en lien avec l'Education Nationale)

Repositionner l'offre de prise en charge sur les problématiques les plus lourdes, dans un contexte d'intégration privilégiée en milieu ordinaire

Parcours de santé : articulations avec la **prévention**, les **soins de premiers recours** et le **médico-social**

1- **Prévention :** Problématiques de l'obésité, des vaccinations et de l'hygiène bucco-dentaire chez les enfants/adolescents handicapés

2- **Premiers recours :** qualité des liens avec les intervenants du secteur ambulatoire : orthophonie, kiné, psycho motricien,

3- **Hospitalier :** lien ville hopital

Parcours de soins : mieux articuler la psychiatrie de l'enfant en établissement et en institution

4- **Médico-social :** anticiper le passage à l'âge adulte pour assurer une bonne transition entre le secteur "enfant" et le secteur "adulte" en évitant la rupture de prise en charge



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Favoriser l'intégration scolaire des enfants handicapés	
Créer des places de Services à domicile (SESSAD) sur les territoires prioritaires	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
Promouvoir l'accueil d'enfants handicapés dans les structures périscolaires ou préscolaire (centres de loisirs ou crèches)	
Améliorer la formation des adolescents handicapés (formation professionnelle, apprentissage)	
Optimiser et adapter l'offre de service	
Rééquilibrer l'offre de service et d'équipements afin de les adapter aux besoins recensés sur les territoires (transformation de places d'internat en place de SESSAD ou en semi-internat, transferts d'équipements d'un territoire à l'autre)	
Diversifier l'offre de service (accueil séquentiel)	% de services dans l'offre globale
Handicaps spécifiques	
Adolescents handicapés psychiques : mieux articuler les ESMS avec la psychiatrie de secteur	
Autisme : développer l'offre d'hébergement temporaire pour autistes par création et adaptation de l'existant (4ième maison de Manon, reconnaissance d'unité dédiée) afin d'offrir des périodes de répit pour l'enfant et son entourage	Taux d'évolution des places "autisme"
Polyhandicap : développer des plateformes de coordination de la prise en charge et de répit pour les familles	
Troubles d'acquisition du langage : structurer filière coordonnée de diagnostic et de prise en charge précoce	
Parcours de santé	
Décloisonner les secteurs Enfant/Adulte afin de favoriser la mutualisation de prestations et la fluidité du parcours	Nombre d'Amendements Creton
Identifier un établissement de recours adapté aux hospitalisations d'enfants souffrant de TED	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

Déficiência intellectuelle (IME) :

- Déficiência légère à moyenne : Dans le cadre du schéma départemental 2008/2011, un travail de redéploiement des équipements a été amorcé et apporte une **réponse satisfaisante aux besoins départementaux**.
- Déficiência moyenne à sévère/Autisme TED : Un travail de remise à plat des agréments des IME a été effectué : **un rééquilibrage entre les sections "déficiência intellectuelle" et "autisme" est nécessaire sur l'IME de Narbonne**.

Troubles du comportement (ITEP): Avec 3 établissements qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire, l'Aude compte un taux d'équipement adapté, notamment depuis que le centre Ste Gemme est devenu intégralement ITEP.

La création d'un **service de placement familial spécialisé de l'ordre de 5 places** mobilisé pour l'ensemble du territoire pourrait renforcer ce dispositif.

Handicap moteur et polyhandicap :

Sur le handicap **moteur**, la création d'un IEM a été écartée au vu des besoins de l'Aude ; la prise en charge actuelle est réalisée par le biais d'un **SESSAD à vocation départementale de 22 places pour lequel une augmentation de capacité devra être envisagée**.

Sur le **polyhandicap**, la réponse est à ce jour insuffisante (seulement 8 places à Narbonne). Il est indispensable de pouvoir mettre en place une réponse sur l'Ouest du département. **La création de places pour polyhandicapés sur l'ouest-audois est nécessaire**.

Déficiência auditive : la prise en charge actuelle est effectuée par un service à vocation régionale.

Déficiência visuelle : Les prises en charge spécialisées s'effectuent à Toulouse ou dans l'Hérault en fonction du domicile des enfants concernés.

Globalement, la prise en charge des déficiences sensorielles doit être ré-interrogée au regard des équipements et des pratiques des services à vocation régionale.



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

Déficience intellectuelle (IME) :

Le secteur de Nîmes est **insuffisamment pourvu en places d'IME**. La création de places d'IME sur le bassin nîmois se justifie et peut être opérée en partie par une redistribution à partir d'autres territoires ou d'autres catégories d'équipements. Le partenariat entre les structures doit être développé sur Alès.

Le **développement de places de SESSAD est nécessaire sur le bassin alésien**.

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Le Gard dispose de structures très différentes dans les projets de prise en charge, notamment une structure expérimentale fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme). **Le développement de l'offre en faveur des enfants autistes doit se poursuivre sur la base de l'évaluation des besoins** des structures récemment ouvertes et des données de l'observatoire mis en place par la MDPH.

Troubles du comportement (ITEP):

L'offre est importante, mais sa **répartition géographique est très inégale**, avec une implantation importante sur le bassin nîmois. A l'inverse, le territoire de Bagnols-sur-Cèze est dépourvu d'équipement. La création récente d'un SESSAD sur Pont St Esprit permet de pallier ce déficit d'équipement, mais ce territoire devrait être encore renforcé, en fonction des besoins. **Globalement, l'équipement est suffisant, et doit être redistribué en faveur des secteurs de « Camargue-Vidourle » et du Gard rhodanien**.

Handicap moteur et polyhandicap :

Le dispositif existant donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcé.

Déficience auditive : Une articulation plus importante doit être trouvée entre les deux SEFFIS à vocation régionale (CROP et ARIEDA qui intervient sur le Gard à hauteur de 33 places).

Déficience visuelle : Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient dans le Gard à hauteur de 25 places. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

Déficience intellectuelle (IME) :

Au regard de l'analyse des besoins et du taux d'équipement, **le dispositif héraultais est à renforcer.**

Les besoins sont importants sur l'ensemble du département, principalement en ce qui concerne les SESSAD. **Les créations seront prioritairement allouées aux zones non couvertes** (Secteur de Mauguio et Nord-Ouest département). La création d'antennes de SESSAD existants est à privilégier.

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiés au sein de certains IME et des SESSAD dédiés existent.

Une structure fonctionnant sur les temps familiaux en complément des structures sanitaires ou des IME (Sésame Autisme) est implantée à Juvignac.

L'ouverture d'une deuxième structure de ce type à Béziers viendra renforcer ce dispositif.

Troubles du comportement (ITEP):

Avec l'implantation récente d'un ITEP sur Béziers, la couverture des besoins s'est améliorée. Le territoire des Cités Maritimes resterait insuffisamment pourvu.

Compte tenu des délais d'attente pour une prise en charge en CMPP, le renforcement des CMPP existants devra être envisagé, avec le déploiement d'antenne sur les secteurs non desservis (Coeur d'Hérault).

Handicap moteur et polyhandicap :

Le schéma départemental ne met pas en évidence une tension très importante sur ce dispositif.

S'agissant du handicap moteur, il n'y a pas d'offre de prise en charge institutionnelle sur l'agglomération montpeliéraine au delà de 16ans, qui conduit à une rupture de prise en charge dans le parcours de vie et qui devra faire l'objet d'une révision d'agrément.

Concernant le polyhandicap, la mise en oeuvre d'une **plateforme d'accueil temporaire et de coordination des prestations en faveur d'enfants et de jeunes adultes polyhandicapés** pourra être étudiée, afin de proposer des temps de répit aux familles.

Déficience auditive :

Deux structures assurent la prise en charge des déficients auditifs, l'une avec hébergement et SESSAD (CESDA), l'autre sous forme de SESSAD, à vocation régionale (ARIEDA).

Déficience visuelle :

Le SESSAD de l'UAHV a vocation à intervenir sur l'ensemble de la région. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

Déficience intellectuelle (IME) :

L'offre est concentrée sur Marvejols, avec un IME et un IMPro, qui proposent 90 places au total, dont la majorité en internat. Le recrutement géographique est régional ou limitrophe pour 4 enfants sur 5.

Le dispositif de placement familial spécialisé (20 places de PFS) devra être évalué afin de s'assurer du service rendu.

Le SESSAD de 19 places à vocation départementale répond aux besoins de proximité (100% d'enfants lozériens).

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Pas d'agrément pour ce type de prise en charge. **La reconnaissance d'une unité "autistes" au sein de l'IME de Marvejols pourrait être étudiée.**

Troubles du comportement (ITEP):

Les deux ITEP situés à Mende et ST Etienne du Valdonnez disposent d'une capacité de 77 places, quasi exclusivement en internat. **Ces deux structures ont un rôle de recours au niveau régional** et assurent une prise en charge régionale et limitrophe pour 75% des cas.

Le SESSAD de 15 places à vocation départementale assure une prise en charge ambulatoire de proximité.

Handicap moteur (IEM):

Le centre de Montrodât dispose de 135 places dont 14 d'externat. Recrutement régional et limitrophe de plus de 53%. La structure a le projet d'élargir son activité aux cérébrolésés, traumatisés crâniens et trachéotomisés. **Une évaluation de l'établissement devra être réalisée à horizon 2013 et conduire la réflexion sur une éventuelle restructuration de l'offre.**

Polyhandicap (EEAP):

L'établissement de Chateauneuf de Randon offre 30 places d'internat. Recrutement majoritairement régional ou limitrophe (66%).

Déficience auditive :

Le SEFFIS à vocation régionale intervient en Lozère à hauteur de 5 places. **Ce dispositif semble suffisant.**

Déficience visuelle :

Le SESSAD pour déficients visuels à vocation régionale intervient en Lozère. Recours également au Centre de rééducation pour déficients visuels de Clermont-Ferrand. **Ce dispositif semble suffisant.**



II.2- Enfance/Adolescence handicapée

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyénées-Orientales :

Déficiência intellectuelle (IME) :

Les quatre IME de l'agglomération perpignanaise ont initié un important redéploiement de places d'internat en semi-internat et en SESSAD ce qui permet l'amélioration de la réponse aux besoins. L'IME de Port-Vendres répond à des besoins de proximité tandis que l'IME d'Osséja offre une prise en charge pour des personnes cérébro-lésées (20 places à vocation régionale).

Le dispositif global est complété par **une offre de SESSAD importante et bien répartie**, ce qui fait des Pyrénées-Orientales le département le mieux couvert au niveau régional. **Pas de création complémentaire envisagée sur ce territoire.**

Autisme et troubles envahissants du développement (TED) :

Des sections pour enfants autistes sont identifiés au sein des IME et des SESSAD dédiés existent. Le dispositif est globalement satisfaisant, mais pourrait être renforcé par redéploiement de moyens.

Troubles du comportement (ITEP):

Les deux ITEP couvrent globalement les besoins du département avec une offre diversifiée (internat, semi-internat). Toutefois, l'offre en SESSAD reste concentrée sur l'agglomération perpignanaise.

Handicap moteur et polyhandicap :

L'organisation existante donne satisfaction et ne semble pas devoir être prioritairement renforcée.

Déficiência auditive :

Une articulation plus importante doit être trouvée entre la structure départementale dont la capacité vient d'être augmentée et le SEFFIS à vocation régionale qui intervient sur les Pyrénées-Orientales à hauteur de 20 places.

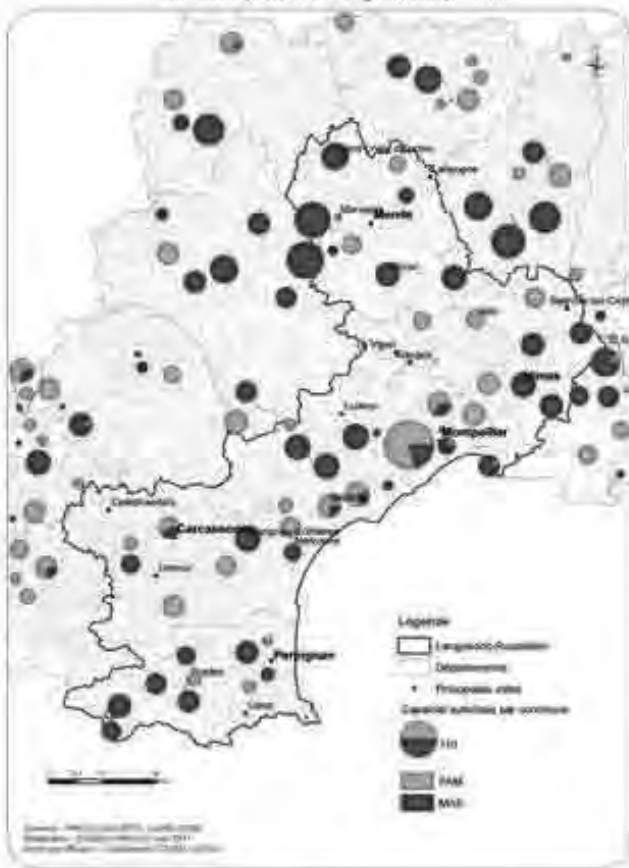
Déficiência visuelle :

Le SESSAD départemental dispose de 21 places. **Ce dispositif semble adapté.**



II.3.1- Adultes handicapés

Répartition des établissements d'hébergement médicalisés pour adultes handicapés en Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional de l'offre en établissement

- Un taux d'équipement en structures pour adultes (y compris foyers de vie) nettement supérieur au niveau national, à l'exception notable du Gard, et des P-O en ce qui concerne les foyers de vie.
- Une répartition hétérogène des structures et des moyens alloués sur le territoire régional. Toutefois, le Gard est le seul département qui ressort moins bien doté que le niveau national.
- Le poids de la Lozère est historiquement significatif.
- Un développement de places de SAMSAH, de SSIAD PH, mais aussi de MAS-FAM à destination de publics spécifiques (handicapés psychiques ou autistes).
- Part des services plus faibles que France entière, notamment dans l'Aude et la Lozère.
- Un programme pluriannuel 2008-2014 de création de places en établissements et services en cours de réalisation visant à poursuivre cet effort.

Difficultés / Points de vigilance

- Rupture de prise en charge ou d'accompagnement dans le parcours (réponse à des situations d'urgence)
- Vieillesse des personnes handicapées
- Barrière administrative de 60 ans



II.3.1- Adultes handicapés



Diagnostic régional de l'offre en services à domicile

- 38 SAVS (1 421 places) et 10 SAMSAH (160 places) en région.

Ces services d'accompagnement ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

- L'objectif des SAMSAH est de coordonner les soins de la personne handicapée à domicile.
- 258 places de SSIAD pour adultes handicapés le plus souvent adossées à un SSIAD pour personnes âgées.

Difficultés / Points de vigilance

- Effort à poursuivre sur ces modalités de prise en charge insuffisamment développées.
- Travailler sur l'articulation entre services et établissements.



II.3.1- Adultes handicapés

Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil des adultes handicapés

Lits ou places installés au 1.01.2011 par catégorie d'établissement

Sources : DREES - ARS - FINESS - DGEFP

Catégorie d'établissement	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Etablissements d'hébergement						
Maison accueil spécialisée						
nombre d'établissements	38	4	5	12	8	9
nombre de lits	1 513	174	233	382	420	304
Foyer d'accueil médicalisé						
nombre d'établissements	30	5	6	13	3	3
nombre de lits	924	135	178	426	100	85
Foyer de vie						
nombre d'établissements	53	8	11	15	14	5
nombre de lits	1 648	136	289	403	576	244
nombre de places en accueil de jour	269	13	16	203	5	32
Foyer d'hébergement						
nombre d'établissements	59	15	12	20	5	7
nombre de lits	2 205	406	430	614	496	259
Etablissements de travail protégé ESAT (ex-CAT)						
nombre d'établissements	58	15	12	17	5	9
nombre de lits	4 760	955	1 083	1 467	531	724
Etablissements et services de réinsertion professionnelle						
nombre d'établissements.	3	0	0	1	0	2
nombre de places	411	0	0	280	0	131
Total Etablissements						
nombre d'établissements.	241	47	46	78	35	35
nombre de places	11 730	1 819	2 229	3 775	2 128	1 779
Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés						
nombre de places	258	7	76	100	14	61
Serv. d'accompag. médico-social pour adultes handicapés SAMSAH						
nombre de places	160	17	47	61	15	20



II.3.1- Adultes handicapés

Principes d'organisation

Qualité- pertinence :

Favoriser le maintien à domicile par la diversification des prises en charge, l'aide aux aidants

Adapter et redéployer l'existant en fonction de l'évolution des publics et des besoins (autisme, handicap psychique, vieillissement des personnes) et des attentes (vie sociale, désir d'autonomie des jeunes adultes)

Favoriser la bientraitance

Soutenir l'insertion professionnelle

Efficience : Diversifier la palette de prise en charge par la mise en place de plateforme de services polyvalente (hébergement complet, famille d'accueil, accueil séquentiel, temporaire, de jour, SAMSAH, SAVS,...) en s'appuyant sur les territoires "infra " définis par les schémas départementaux

Fonctionnement des services en file active

Accessibilité :

Accessibilité géographique :

Réduire les inégalités territoriales dans une appréhension régionale de l'offre et de la réponse aux besoins (redéploiement d'équipement entre les territoires)

Accessibilité géographique :

Identifier un établissement de recours accessible et adapté à l'accueil de personnes handicapées

Evitabilité : Eviter les ruptures de parcours en santé mentale

Parcours de santé : articulations avec la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social

1-Prévention : S'assurer de l'accès à la prévention. Education à la sexualité au sein des ESMS

2-Premiers recours : Des difficultés d'accès aux soins - médecin généraliste - dentiste malgré une région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.

3-Hospitalier : Renforcer les liens avec le secteur hospitalier

4-Médico-social : Eviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (barrière d'âge de 60 ans)



II.3.1- Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Favoriser le maintien à domicile des adultes handicapés	
Créer des places de services à domicile (SAMSAH, SSIAD PH) sur les territoires prioritaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil séquentiel (de jour et d'hébergement temporaire)	Nombre de places autorisées
Soutenir l'insertion professionnelle des adultes handicapés	
Renforcer le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de politiques publiques (DIRRECTE, Education Nationale, Assurance Maladie, AGEFIPH, ARS, Conseil Régional, ...) en matière d'insertion professionnelle à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé	
Susciter et soutenir les adaptations nécessaires de l'activité des ESAT au regard de l'évolution des besoins et projets des personnes (vieillesse, autisme) : extension de places, développement du temps partiel, ESAT "hors les murs"	
Rechercher et promouvoir les complémentarités (coopération, mutualisation...) entre les différents acteurs et dispositifs du champ du travail afin de prévenir les situations de rupture et faciliter l'accès et le maintien au travail	



II.3.1- Adultes handicapés

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Optimiser et adapter l'offre de service	
Promouvoir des plateformes de services, adossées à une structure ou portées par des services	
Décloisonner les secteurs PA/PH afin de favoriser la mutualisation de prestations	Nombre de conventions de partenariat
Privilégier la création de structure de type FAM à destination de publics spécifiques sur les territoires prioritaires, notamment par le redéploiement de l'offre régionale excédentaire	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en ESMS	Nombre de conventions de partenariat
Handicaps spécifiques	
Développement des GEM et de SAMSAH dédiés pour favoriser la socialisation des malades psychiques et des traumatisés crâniens	
Autisme : développer l'offre d'hébergement pour adultes autistes par création ou adaptation de l'existant	Taux d'évolution des places "autisme"
Parcours de santé	
Utiliser le dispositif d'HAD d'amont à proximité des établissements afin d'éviter les hospitalisations	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et les professionnels de santé libéraux	
Améliorer l'articulation entre les ESMS et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison	



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

MAS-FAM :

Au plan régional, **le département du Gard est prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM. Dans une moindre mesure, **le département de l'Hérault a également vocation à être renforcé**. L'ARS privilégiera le développement de formules de type FAM, ces formules d'accompagnement favorisant une approche territorialisée de réponses aux besoins et permettant de respecter les objectifs du plan pluriannuel national handicap.

Des **structures innovantes permettant de favoriser la fluidité du parcours entre le secteur enfant et le secteur adulte** seront à développer.

Les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** pourront être envisagées, sur la base d'une évaluation des besoins à conduire en partenariat avec le Conseil Général.

Domicile :

Les SAMSAH et les SSIAD pour personnes handicapées constituent des modalités de prise en charge favorisant le maintien à domicile et à ce titre **seront privilégiés**. Il conviendra de rechercher un maillage du territoire par le déploiement de ces services.

Dans un cadre d'action innovante, **les SAMSAH pourraient également répondre aux problématiques des populations en situation de précarité, avec atteintes neuro-dégénératives**.

ESAT :

Au plan régional, **le département de l'Hérault est prioritaire** en ce qui concerne la création de places d'ESAT.

Les départements de l'Aude et de la Lozère s'attacheront à recentrer leur réponse aux besoins de proximité.

Des structures innovantes comme les ESAT "hors les murs" seront privilégiées.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

MAS-FAM :

Compte tenu de l'important effort de création de places réalisé entre 2007 et 2011, **le département de l'Aude ne sera pas prioritaire.**

Domicile :

La priorité sera la **finalisation des opérations en cours concernant les SAMSAH** pour handicapés psychiques et handicapés moteurs à vocation départementale.

ESAT :

L'Aude dispose d'une **offre en ESAT historiquement très importante** et qui n'est pas calibrée aux besoins du département.

Il conviendra de **recentrer la réponse au niveau départemental**, en mettant à profit le départ massif de travailleurs handicapés à la retraite pour réajuster le dispositif.

La **médicalisation de places de foyers d'hébergement** sera également étudiée.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle s'est renforcée mais reste nettement inférieure aux niveaux régional et national. **Le département du Gard reste donc prioritaire** en ce qui concerne la création de places de MAS/FAM.

L'offre de prise en charge institutionnelle pour autistes et handicapés psychiques se développe et devra faire l'objet d'une évaluation des besoins avant d'envisager de nouveaux projets.

Domicile :

En terme de SAMSAH, le Gard compte :

- un SAMSAH pour handicap moteur à vocation départementale de 25 places qui répond aux besoins.
- 2 SAMSAH pour handicapés psychiques : 12 places à Nîmes, 10 places à Alès. **Ce dispositif doit être renforcé** par l'ouverture d'un 3ème SAMSAH prioritairement sur Bagnols/Cèze afin d'assurer le maillage du territoire.

Le dispositif de GEM pour handicapés psychiques est renforcé par un 4ème GEM à Nîmes.

ESAT :

Un projet innovant à Bagnols/Cèze pourra compléter le dispositif.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle est proche du taux d'équipement régional. Toutefois, **des besoins sont mis en exergue, principalement en FAM, et sur l'Est du département.**

Ainsi, le territoire de l'Hérault pourra être renforcé dans une logique préférentielle d'extension, voire de regroupement de FAM ou MAS. En terme qualitatif, une attention particulière sera portée sur la prise en charge du handicap psychique, de la déficience intellectuelle sévère et du polyhandicap.

Sont également prioritaires les opérations de **médicalisation de foyers occupationnels** préexistants notamment au regard des besoins recensés en termes de soins des populations d'ores et déjà accueillies dans les structures existantes.

Domicile :

Les besoins en matière de SAMSAH et SAVS sont également très importants sur l'ensemble du département.

Un maillage du territoire est souhaitable par le déploiement de SAMSAH.

ESAT :

L'analyse des besoins ainsi que le taux d'équipement de l'Hérault montre la **nécessité de développer l'offre en ESAT.**

En terme qualitatif, la priorité sera le développement de **l'accueil des travailleurs handicapés souffrant un handicap psychique** par création ou reconversion (Certains travailleurs handicapés étant accueillis dans des ESAT non habilités pour ce type de handicap). **La diversification de l'offre est à compléter par le développement de structures "hors les murs" non existantes à ce jour sur le département.**



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est historiquement très importante que ce soit en MAS, FAM, foyers de vie, ESAT ou services à domicile. Elle répond à des besoins extra-régionaux, le schéma en faveur des adultes handicapés 2008-2013 indiquant que près d'une personne sur cinq provient de la région parisienne.

Cette offre doit être diversifiée et restructurée par redéploiement afin d'améliorer la réponse aux besoins des autres territoires de la région.

Ainsi, le développement de places d'accueil de jour pour des adultes vivant à domicile sera recherché, ainsi que la réflexion sur des projets innovants.

L'identification d'unité dédiée à une population spécifique (autistes, handicapés psychiques,...) pourra également être privilégiée.

Le fonctionnement de la structure d'accueil temporaire et d'urgence à vocation régionale située à Montrodat devra être évaluée afin de mettre en exergue les besoins en matière de situation d'urgence et d'accueil temporaire.

Une formalisation du partenariat entre le CHS de St Alban et les ESMS sera à formaliser.

Domicile :

Le CLIC départemental pourrait s'ouvrir aux personnes handicapées.

Un SAVS départemental est envisagé.

ESAT : Population de handicapés psychiques qui nécessite une adaptation des moyens en personnel notamment en terme de formation et de taux d'encadrement.



II.3.1- Adultes handicapés

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

MAS-FAM :

L'offre de prise en charge institutionnelle du département est jugée suffisante et n'est pas prioritaire au niveau régional.

L'ouverture récente de deux MAS, l'une à Thuès les Bains pour handicapés psychiques, l'autre à Argelès pour polyhandicapés va permettre d'élargir le panel de réponses institutionnelles.

Domicile :

Deux SAMSAH pour handicapés psychiques de 10 places chacun couvrent le secteur de Perpignan. **Ce dispositif devra être renforcé** afin de mailler le territoire, et notamment les secteurs du Conflent et de Cerdagne-Capcir.

Par ailleurs, **un SAMSAH pour déficients moteur à vocation départementale pourrait être créé**, le cas échéant par redéploiement.

ESAT : Pas de tension particulière ni d'évolution de capacité prévue sur ce dispositif.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions, d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :

§ Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel, et les Consultations jeunes consommateurs;

§ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);

- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);

- Dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

I - LES ENJEUX POUR LA RÉGION

L'enjeu de déploiement de ces dispositifs est particulièrement important en Languedoc Roussillon du fait de la convergence de trois caractéristiques régionales, sources de besoins : le poids des addictions, des maladies chroniques et de la précarité.

q Les addictions, un problème de santé important en région

Ø Le Languedoc Roussillon est dans les 8 régions les plus concernées par les problèmes d'addictions. La consommation élevée de tabac ne baisse pas significativement chez les 17 ans, augmente chez les femmes avec une « épidémie » attendue de cancers du poumon.

Ø L'alcool est une des causes importante de la mortalité prématurée régionale, cause par ailleurs de prématurité et de morbidité périnatale et infantile, La toxicité liée à l'alcool chez la femme enceinte serait responsable de 10 à 20% des enfants et jeunes en IMP ou IMPRO pour des troubles comportementaux. Usage régulier, ivresses répétées touchent même c les plus jeunes.

Ø La région est dans les 5 premières régions où les pratiques de consommations de drogues sont les plus élevées , avec leur cortège de comorbidités (VIH, hépatites) et leur impact sur des populations très vulnérables : détenus, femmes, enfants.

Ø Le problème des addictions est corrélé à la situation sociale et économique. En région (enquête ORS pour le Conseil régional) 50% des jeunes en MLI ou apprentissage consomment régulièrement du tabac, s'alcoolisent massivement, 60% consomment du cannabis (30% tous les jours), 15% de la cocaïne, 5% de l'héroïne. Les étudiants sont en retrait pour l'ensemble de ces consommations. Ce problème touche tous les lieux et milieux : la sphère privée et publique, les milieux festifs, les zones rurales. Les jeunes, les femmes, mais aussi les seniors semblent de plus en plus concernés.

Ø Certaines pratiques de consommation exposent aux risques de contamination : 4% des contaminations VIH concernent des usagers de drogue (2% au national), la prévalence du VHC est massive (60%), alcool et précarité sont des déterminants du VHB.



II.3.2- Personnes à vulnérabilité spécifique

q La maladie chronique

L'importance des maladies chroniques en région, en particulier le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les hépatites et le VIH (pourvoyeuses d'un nombre important de cancers et maladies cardio-vasculaires) est soulignée par tous les acteurs. La complexité des prises en charge, les interactions entre les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social sont aggravées par la fréquence des ruptures sociales (et parfois familiales) qui les accompagnent et la précarité ou l'isolement qu'elles peuvent induire.

Elle est objectivée par le poids des ALD concernant les maladies de l'appareil cardiovasculaire, les cancers, les maladies nutritionnelles et métaboliques (dans lesquelles la maladie alcoolique).

q La précarité

Le taux de pauvreté est élevé dans tous les départements de la région, touche tous les âges (un enfant sur 4 vit au dessous du seuil de pauvreté). 11% de la population vit avec le RSA (contre 7% au niveau national). Le taux de chômage se maintient très supérieur à la moyenne nationale. La part des salaires dans la composition totale des revenus est la plus faible de France. Avec les ayants droits, la population couverte par la CMUC représente 10,8% de la population générale (contre 6,8% en France métropolitaine).

Ces données et celles attestant de l'absence fréquente d'entourage, de la faiblesse et de la fragilité des revenus, de la fragilité ou de l'absence de logement traduisent la vulnérabilité d'une partie importante de la population d'une part par rapport à certains risques (dont les addictions et leur cortège de comorbidité) d'autre part face aux conséquences sociales de maladies graves.

Le schéma de l'organisation médico-sociale en direction des personnes à vulnérabilité spécifiques sous-tend donc fortement et de manière particulière les développements ultérieurs du programme Régional d'Accès à la Santé et aux soins (PRAPS). Il appelle une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDS).



La place du médico-social dans le dispositif de prise en charge des addictions

Le dispositif structurant le parcours santé en matière d'addictions est organisé en transversalité autour de quatre « champs »

- Le champ médico-social

- Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) avec ou sans accueil résidentiel
- les consultations jeunes consommateurs
- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) qui animent sur certains territoires des réseaux de pharmaciens

Il a une place centrale du fait :

- de ses missions dans les champs de la prévention, de l'accompagnement et du soin
- de son rôle pour une prise en compte de l'ensemble des besoins des personnes (besoins sociaux, économiques, sanitaires, psychologiques, éducatifs)

- Le champ hospitalier

- équipes de liaison (ELSA)
- Consultations (addictologie, tabacologie ...)
- Sevrages complexes
- Lits de sevrage et SSR
- le dispositif de santé mentale

-La médecine de ville et les pharmaciens, les réseaux

Des réseaux d'addictologie regroupant des médecins généralistes maillant une partie du territoire (implantés dans l'Aude, à Alès, Bagnols-sur-Cèze, Pont St Esprit, Vauvert, Montpellier et Perpignan) jouent un rôle de coordinations d'acteurs.

-Les acteurs de prévention

-Associations dans le champ de l'éducation à la santé ou professionnels (milieux scolaires, universitaires ...)

Le dispositif médico-social agit en liens structurés avec les acteurs sanitaires et sociaux locaux, acteurs du parcours de vie en matière d'addictions

La lutte contre les addictions et la prise en charge globale des personnes passe par :

- Des actions de prévention au long du développement des personnes, adaptées aux âges de la vie ; soutien à la parentalité éducation à la santé (compétences psychosociales, estime de soi, responsabilisation et éducation citoyenne, prises de risques)
- La prise en compte de vulnérabilités particulières : grossesse et risques pour l'enfant à naître
- La réduction des risques et des dommages liés aux addictions, notamment en matière de contaminations virales (VHB, VHC et VIH) mais aussi au dommage social
- La prise en compte des co-morbidités dont le VIH et hépatites, les troubles psychopathologiques

Le dispositif médico-social de lutte contre les addictions est ainsi au centre de partenariats nécessaires à construire avec :

- Le réseau périnatal , les maternités et PMI
- Les professionnels en lien avec les adolescents et jeunes adultes, et notamment Maisons des adolescents et Points écoute jeunes, espaces de premier recours pour les jeunes
- Les centres de vaccination
- Le dispositif de dépistage des IST, du VIH et des hépatites
- Le dispositif de santé mentale
- le dispositif d'action sociale et de lutte contre les exclusions



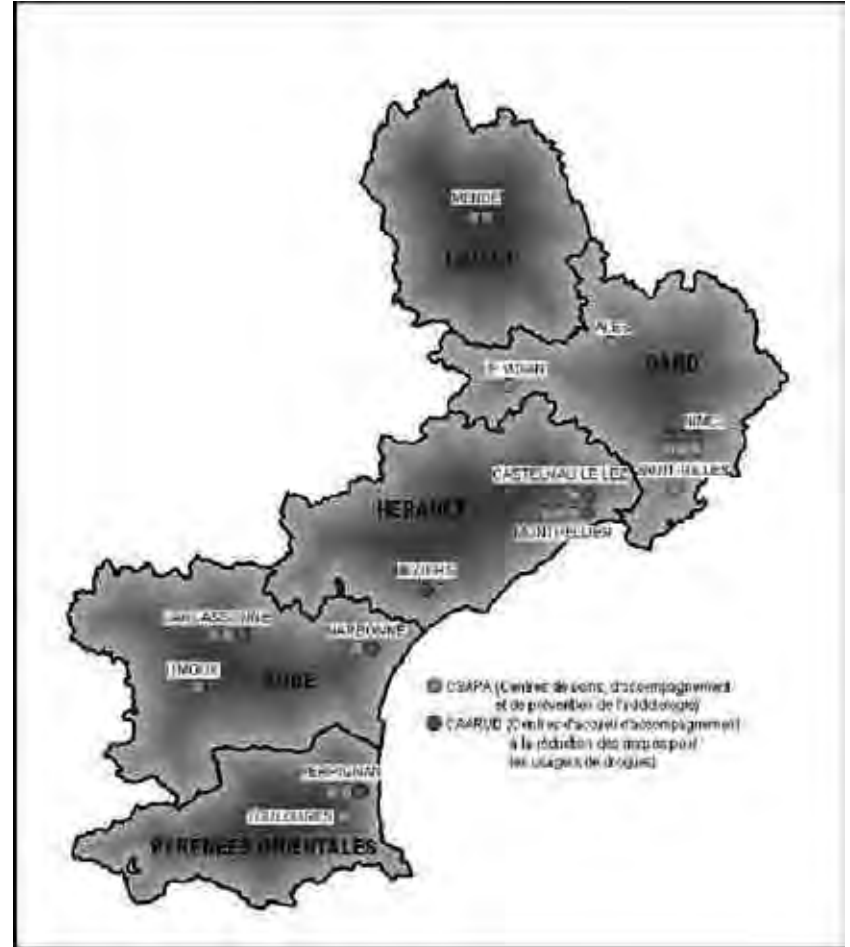
Diagnostic régional de l'offre

Les CSAPA 19 structures

- q Des agglomérations concentrant les structures (10)
Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- q Une « dispersion » des moyens (32 antennes ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine) ne permet pas de couvrir le territoire.
- q Des secteurs où la mission est assurée par des associations non gestionnaires de CSAPA
- q Des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires

Les CAARUD 8 structures

- q Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée. Pas de structure en Lozère. Des micro territoires où la fonction est assurée par des associations non gestionnaires de CCARUD.
- q Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les P-O et le Gard.
- q Une évolution des populations, de leurs pratiques, et de leurs localisation qui nécessite en corollaire une évaluation des besoins et une adaptation de la réponse.





Atouts et faiblesses, les enjeux (1)

- Ø Un enjeu de déploiement territorial et de coordination avec les autres acteurs en réponse aux besoins des populations locales
 - Le dispositif des CSAPA est étoffé mais ne couvre pas le territoire ; il est de manière générale insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours. Il reste encore très spécialisé, alors que le poids des poly-consommations est noté partout et que l'alcool est toujours présent en « toile de fond ».
 - S'il y a peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone, un meilleur « chainage », entre la prescription et la délivrance effectuée à l'hôpital et/ou dans le champ médico-social, puis en ville et un meilleur accès des usagers les plus marginalisés s'avère nécessaire.
 - L'analyse de l'activité montre un turn-over important des personnes accueillies et une certaine discordance entre les observations du terrain (grande précarité et marginalisation) et les données sur les conditions sociales des personnes accueillies.

- Ø Un enjeu de réponse à des besoins non couverts :
 - Du fait des implantations actuelles et de l'utilisation qui est faite en est faite, l'offre de soins résidentiels ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins régionaux. Il est nécessaire de préserver les appartements relais ou thérapeutiques actuels, et de développer des CSAPA avec hébergement.
 - Aucune réponse cohérente n'est apportée aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage important. D'une manière générale, dans les trois principales agglomérations régionales, l'accès à la méthadone des plus marginalisés n'est pas organisé.

- Ø Un enjeu de déploiement des CAARUD, de diversification des réponses et de prise en compte des évolutions :

Le dispositif de réduction des risques (RDR) demande à être étayé pour une bonne couverture territoriale. Il n'obéit à un déploiement concerté d'une palette de modes d'intervention que dans les PO et Gard. Il se heurte à des difficultés d'accès géographique (Cévennes, Lozère...)



Atouts et faiblesses, les enjeux (2)

Ø Un enjeu de réponse cohérente aux troubles neurocognitifs

En relai du dispositif spécialisé (sanitaire dont les SSR, mais aussi médico-social) il n'existe pas d'alternatives à l'hospitalisation et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits par les produits consommés auxquels des dispositifs tels que les SAMSAH pourraient répondre

Ø Un enjeu d'articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le repérage et la prise en charge des co-morbidités

La faiblesse ou l'absence des liens avec le dispositif de santé mentale est massive.

L'articulation demande à être étayée et généralisée avec les CDAG et CIDIST, les centres de vaccination et les hépatologues.

L'articulation avec le réseau périnatal et les maternités demande à être consolidée notamment dans les PO.

Ø L'enjeu majeur de la prévention et le recentrage de l'action des équipes de prévention des CSAPA

Enfin, l'analyse critique des actions de prévention conduites sur la région montre la nécessité de recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux, en lien avec le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé et les autres acteurs du champ.



Les principes d'organisation (1)

Il s'agit bien de mettre en œuvre un déploiement concerté du dispositif médico-social pour couvrir les besoins du territoire, répondre aux besoins actuels des populations.

Les établissements ont vocation à se déployer au niveau territorial pour répondre aux besoins des populations dans l'ensemble des bassins de vie. Ce doit être un déploiement progressif et concerté mais qui demande à être programmé sur la durée du schéma. La programmation se fera en cohérence avec la programmation de déploiement des contrats locaux de santé et du panier de service de proximité (se référer au schéma régional de la prévention).

Ø Ils ont en effet vocation à s'inscrire dans les projets locaux de santé au niveau des territoires de proximité identifiés du fait de leur dynamique dans le schéma de la prévention (cf. annexe relative au diagnostic territorial). Dans ces bassins de vie, la mise en place d'une coordination de proximité et la coopération des acteurs locaux doivent permettre l'émergence d'un projet global de santé dans lequel s'intègre le dispositif médico-social.

Ø Ils portent un socle de prestations qui participe du panier de service de proximité défini dans le schéma de la prévention, auquel l'ensemble de la population doit pouvoir avoir accès.

Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux. Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens et paramédicaux) sont le recours naturel des habitants.

- Ce sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et prise en charge précoces.

- Les pharmaciens ont un rôle important à jouer à travers la délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO) mais aussi dans la réduction des risques et l'accès au matériel et aux conseils

Ils ne peuvent rester isolés et le rôle du dispositif médico-social est bien de faciliter leur implication par l'information et la formation, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces. L'implantation du panier de services de proximité, en privilégiant les lieux d'exercice pluri-professionnel, constitue bien à ce titre une interface.

Ils sont les garants du parcours de santé en matière d'addiction dans les territoires. A travers leurs actions propres, les coopérations entre professionnels, la mobilisation et l'appui aux acteurs de terrain de l'ensemble des champs concernés, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité quel que soit le choix d'entrée de l'usager. Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin d'intervention, en matière de connaissances et de pratiques.



Les principes d'organisation (2)

Ils ont un rôle à jouer dans les programmes de prévention. Ceci ne peut se concevoir qu'en mobilisant les compétences spécifiques liées à leur formation mais aussi à leur expérience, **en appui et en coopération avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, reconnus par le pôle ressources régional en éducation et promotion de la santé** défini dans le schéma régional de la prévention.

§ La prévention doit en effet avoir une place centrale. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

- Il est donc nécessaire d'agir en amont du dispositif spécialisé par des actions qui s'inscrivent dans la durée. La prévention doit être adaptée aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Elle nécessite le soutien de la parentalité. Elle implique de se préoccuper des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.
- Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique. Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

Ces axes de déploiement seront intégrés dans les travaux d'élaboration des projets territoriaux de santé et ceux de la commission régionale de coordination en addictologie (définie dans le schéma régional de la prévention).



Les objectifs opérationnels

1. Les CSAPA doivent jouer un rôle pivot dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

§ Un déploiement concerté sur le territoire qui pourra passer selon les situations ou les spécificités locales par des :

- Ø redéploiements à partir des bassins à forte concentration de structures (en particulier les agglomérations de Montpellier et Nîmes, mais aussi Carcassonne, Narbonne et Perpignan)
- Ø création dans les secteurs où la mission est principalement portée par une association de prévention
- Ø regroupements coopératifs de moyens disséminés
- Ø développement d'antennes (création ou renforcement) dans les zones blanches ou mal couvertes
- Ø la contribution des CSAPA au déploiement du panier de service de proximité, en priorité dans les zones rurales ou les quartiers enclavés des villes.

§ Les zones blanches ou mal couvertes identifiées sont :

- Ø **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan-Corbières) Port La Nouvelle
- Ø **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes (petite Camargue), Nord Est du département (Bagnols/C, Pont St Esprit) Nord du département (les Cévennes)
- Ø **Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- Ø **Lozère** Zone blanche des Cévennes
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- Ø **P O** Les Albères, les Fenouillèdes, le plateau Cerdan, le Haut Vallespir



§ Des **priorités identifiées** en termes de déploiement sur les zones blanches :

- Ø Pays cœur d'Hérault et Bassin de Thau
- Ø La haute vallée de l'Aude et l'Est Audois
- Ø Les Fenouillèdes et les Albères
- Ø Langogne
- Ø Bagnols/C et le Nord Est du Gard, petite Camargue

§ Des **conditions de déploiement obéissant à des cahiers des charges** à construire collectivement et destinés à favoriser

- o une stabilisation des antennes (amplitude minimale d'ouverture réduisant l'émiettement actuel des forces)
- o création d'antenne conditionnée par une étude de besoins ou par une première implantation exploratoire. Dans ce dernier cas, la pérennité de l'implantation sera examinée au vu des résultats
- o une intervention de proximité à travers le panier de service plutôt qu'à travers des consultations avancées
- o une coordination étroite avec les acteurs locaux de la santé et du social

§ Une **évolution souhaitée des CSAPA**

- **vers la polyvalence** qui répond :
 - aux orientations en matière d'interventions centrées non plus le produit mais sur la personne,
 - qui répond aussi à la réalité des besoins des populations accueillies dans les structures quel que soit leur agrément.
- **vers une implantation extra-hospitalière** afin de mieux répondre aux besoins des usagers les plus en difficulté et de permettre une plus grande cohérence des rôles respectifs des structures médico-sociales et hospitalières.
- **vers une fonction d'animation de leur bassin** d'implantation, chaque bassin de vie devant pouvoir à terme identifier un CSAPA référent pour le parcours de santé des usagers au regard des addictions
 - o coordination des acteurs locaux
 - o en articulation avec le secteur hospitalier, médecine ambulatoire et pharmaciens, secteur social et psychiatrie, réseau périnatal et maternités, dépistages, vaccinations ...condition du parcours santé concernant les addictions



- **vers un recentrage de leurs interventions de prévention** en direction des lieux et des publics prioritaires au regard de leur vulnérabilité et de leur proximité avec le risque, et en cohérence avec les projets locaux de santé.

§ Un accompagnement nécessaire

- La prise en compte des missions nouvelles en termes de compétences (formations et ou recrutements)
- La construction de référentiels et cahiers des charges régionaux en lien avec la commission régionale de coordination des addictions

2. **Les CAARUD** doivent de même jouer un rôle important dans la fluidification des parcours et la cohérence des réponses territoriales.

§ Un déploiement concerté sur le territoire

Il est nécessaire de programmer la couverture des besoins du territoire pour :

- rentrer en contact et accueillir sans aucun préalable, les usagers puis les accompagner afin de répondre aux besoins vitaux de soins de première nécessité et d'hygiène, aux besoins sociaux et d'accès aux droits,
- mettre à disposition le matériel de réduction des risques et les savoir-faire.

Certaines zones prioritaires sont identifiées :

- Le bassin de Thau, les Hauts Cantons (Bédarieux St Pons) et pays cœur d'Hérault dans l'Hérault
- La petite Camargue (Beaucaire, St Gilles, Aigues Mortes) et le Nord est du département du Gard (Bagnols/C, Pont St Esprit)
- La Lozère
- L'agglomération de Montpellier où est posée la question du renforcement des actions et de la diversification de la palette de réponse aux besoins. A ce titre, la création d'une structure comprenant un hébergement (« sleep in ») pourra être envisagée.



La couverture des besoins du territoire par l'activité des CAARUD nécessitera **une concertation par territoire de santé et entre territoires** (pour les Cévennes notamment) pour envisager ;

- la création de nouvelles structures, notamment dans les secteurs où les missions sont portées par des associations de prévention (petite Camargue, Nord Est du Gard), ou les extensions de l'action des structures existantes
- les articulations et coopérations entre structures existantes associant les CSAPA
- la diversification des outils et modes d'intervention : équipes mobiles, animation de réseaux de pharmaciens, automates, points d'accueil, interventions en milieu festif ...

§ Etant donné la rapidité de l'évolution de la population concernée et de ses besoins, il conviendra d'actualiser **un état des lieux des besoins** (« recherche actions », diagnostic communautaire) à partir du dispositif existant, en lien avec l'ensemble du réseau addictologie et des acteurs de première ligne (sociaux ou sanitaires).

§ **Une évolution souhaitée du rôle des CAARUD** vers une fonction d'animation de leur bassin de couverture en articulation avec le (ou les) CSAPA de référence : information et coordination des acteurs, notamment avec secteur social et dispositif ambulatoire (médecins et pharmaciens), hôpital et santé mentale.



Tant CSAPA que CAARUD doivent intégrer dans leurs missions l'amélioration de l'accès des usagers à :

§ La réduction des risques dans la globalité des aspects de la santé et du social et notamment la récupération des droits,

§ L'accès aux soins somatiques en premier lieu à la médecine de proximité sans oublier la gynécologie,

§ L'accès aux dépistages du VIH, du VHC et du VHB en partenariat avec CIDIST et CDAG, notamment en développant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), communautaires ou non, ou en ayant recours aux médecins généralistes,

§ L'accompagnement vers la prise en charge des contaminations (liens avec les infectiologues et avec les hépatologues),

§ L'accès aux vaccinations VHB,

§ L'aide et le soutien de l'entourage.

3. Les prises en charge avec hébergement

Les soins résidentiels (Communautés thérapeutiques, familles d'accueil, CSAPA avec hébergement, appartements thérapeutiques) offrent peu de disponibilité pour les besoins de la région,

Les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des P-O doivent pouvoir disposer :

- d'un CSAPA résidentiel ouvert aux besoins du territoire,
- d'appartements thérapeutiques, avec mobilisation de l'ALT (aide au logement temporaire).

Dans ce domaine également, il conviendra d'évaluer régulièrement la satisfaction des besoins de soins résidentiels.



Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu de solidarité active...) et l'aide à l'insertion sociale.

Les appartements de coordination thérapeutique offrent à la fois une coordination médicale et psychosociale.

Ce dispositif s'il est le plus important n'est pas le seul. Mais dans la palette des dispositifs d'accueil des personnes atteintes de maladie chronique, les autres moyens mobilisés, principalement les appartements relais, répondent plus aux besoins d'hébergement et d'accompagnement social et psychologique sans la dimension de coordination thérapeutique, et sont plus spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Diagnostic régional et les enjeux

Le dispositif

76 places d'ACT et 6 places spécifiques sortants de prison soit un total de 82 places financées pour 83 autorisées.

Aude :	Carcassonne	11 places
Gard :	Alès	6 places
	Nîmes	15 places
Hérault :	Montpellier	32 places
		6 places sortants de prison
PO :	Perpignan	12 places



Les enjeux

q **Un enjeux de réponse aux besoins**

S'ils sont difficiles à estimer au vu des déterminants qui se conjuguent et demandent à être affinés, l'évaluation actuelle montre un sous-dimensionnement au regard des refus d'admission de patients (en ce qui concerne les PVVIH qui occupent environ 30% des places, une cinquantaine de refus en 2010)

Les perspectives d'un accroissement des besoins appellent un doublement des capacités au regard :

- de l'augmentation de la file active des patient atteints d'hépatites C éligibles aux nouveaux traitements (trithérapies), souvent co-infectés VIH et VHC en relation avec l'usage de drogues
- de l'augmentation régulière de la file active des patients VIH sur la région du fait de l'allongement de la vie avec le virus, marquée par les co-morbidités (cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles neuro-cognitifs et altération de l'autonomie ...)
- de l'augmentation de la précarité en région et du poids des maladies chroniques telles que maladie cardio-vasculaire, la maladie alcoolique, les cancers digestifs Il s'agit de répondre aux besoins, notamment dans les périodes transitionnelles, où rechutes et aggravations sont liées à la qualité et à la continuité de la prise en charge (sortie d'hôpital, sortie de prison, initiation de traitement)

En outre, l'insuffisance de réponse aux besoins de sortie de détention pour éviter les ruptures de parcours de soins, justifie la création de 5 places pour les centres de détention de Béziers, Perpignan et Nîmes.

q **Un enjeu de couverture territoriale**

Répartir les nouvelles places sur l'ensemble du territoire et particulièrement les bassins de vie autour des principales villes moyennes de la région.

q **Un enjeu d'amélioration de la qualité de la réponse**

Plusieurs points critiques doivent être pointés :

- La difficulté à accueillir les enfants en même temps que les mères
- La difficulté à accueillir les personnes présentant troubles neurocognitifs ou psychopathologiques
- La difficulté à fluidifier les parcours de prise en charge du fait de l'appauvrissement en capacités d'appartements relais et de carences de prise en charge spécifique des troubles neurocognitifs



Les objectifs opérationnels

§ Un objectif quantitatif :

- doubler le nombre d'ACT
- et créer 15 places de sortants de prisons (PO, Gard, Hérault)

§ Un objectif de déploiement territorial pour couvrir les bassins de vie des principales villes moyennes de chaque territoire

§ Un objectif d'évolution qualitative du dispositif

- Améliorer la prise en charge des publics les plus difficiles (pratiques addictives et troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques,) en développant les compétences des équipes et les partenariats avec les dispositifs compétents médico-sociaux ou sanitaires
- Permettre l'accueil des accompagnants, notamment des enfants, par mobilisation du droit commun de l'action sociale et familiale

§ Un objectif concernant l'utilisation de la palette des réponses aux besoins d'hébergement avec accompagnement social

- Privilégier le maintien et non la transformation des places d'appartements relais
- Etudier avec les associations et les DDCS et Conseils généraux, la possibilité d'inscrire les appartements relais dans le droit commun (maisons relais, résidences sociales ...) en maintenant un accompagnement social et en mobilisant SSIAD, SAMSAH et SAVS en accompagnement des personnes.



Articulation avec l'ensemble des schémas

L'insuffisance de places d'ACT conduit au maintien durable des personnes en SSR, service de soins et CHRS mais aussi à des situations d'errance pour les personnes.

A contrario, la carence de réponse des dispositifs de droit commun aux besoins des personnes a des répercussions sur les ACT et globalement sur l'ensemble de la filière de soins:

- **Difficulté du parcours résidentiel et de l'accès à l'hébergement** et au logement social. Cela ne concerne pas que les personnes malades, mais la maladie est une difficulté aggravante (15 % des PVVIH n'ont pas de logement personnel en France - enquête DGS 2010)
- **Difficulté de prise en compte du vieillissement prématuré des personnes vivant avec le VIH**. 25% d'entre elles a plus de 52 ans. Elles vieillissent prématurément du fait de l'atteinte prolongée du système immunitaire, avec des troubles neurocognitifs et une dépendance précoces. Or, il n'y a actuellement pas de réponse adaptée en termes d'EHPAD, d'autant que se pose la question des dérogations d'âge
- **Difficulté de répondre au handicap induit par la maladie**, qui ne se limite pas qu'au VIH, mais aussi tout le champ des maladies avec atteinte neuro-dégénérative. Pourtant, les structures de type MAS/FAM ou SAMSAH/ SAVS pour ce qui concerne l'accompagnement à domicile(ou au domicile de substitution) pourraient répondre à ces besoins. Afin de faciliter ces modalités de prise en charge, le raccourcissement des délais d'instruction de la Prestation de compensation du handicap (PCH) serait souhaitable.



L'état des lieux régional

51 places réparties entre le Gard, l'Hérault et les Pyrénées Orientales

Gard	Alès	15 places
Hérault	Montpellier	3 places
	Béziers	8 places
	Sète	8 places
PO	Perpignan	4 places
	Banyuls/Mer	3 places

Les principes d'organisation et objectifs opérationnels

Ce dispositif doit s'inscrire dans la grande proximité des populations concernées (populations de personnes en situation d'exclusion sociale et sans chez elles) et être porté par les acteurs des réseaux précarité locaux au premier rang desquels les CHRS et le dispositif d'hébergement et d'accompagnement social ainsi que les associations mobilisées sur la veille sociale.

Il doit s'inscrire en cohérence avec les projets locaux de santé et la veille sociale dans les bassins de vie.

L'évolution souhaitable

L'objectif est d'assurer une couverture régionale en lien avec les DDCS et les PASS par l'ensemble des acteurs de la veille sociale et une réelle prise en compte de la santé des personnes dans des projets locaux où les LHSS peuvent avoir toute leur place.



Diagnostic régional et enjeux principaux

- 37% des adultes pris en charge dans les ESMS ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAL)
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009) / 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Des politiques départementales hétérogènes en matière de prise en charge du vieillissement des personnes handicapées



Principes d'organisation (PSRS)

Accessibilité :

Développer une offre de prise en charge à destination des personnes handicapées vieillissantes (PHV) diversifiée et équitablement répartie sur les territoires

Qualité- pertinence :

Pas d'approche dogmatique ni de solution "idéale" mais du "sur mesure" en fonction des besoins de la personne : individualisation de la prise en charge
Formation des personnels accueillant les personnes handicapées vieillissantes

Efficience : Adaptation de l'existant : médicalisation de foyers de vie ; section PHV en EHPAD ou en MAS/FAM
Décloisonner les secteurs PA/PH

Evitabilité : Eviter la rupture de prise en charge en anticipant le vieillissement de la personne handicapée (âge des 60 ans)

Parcours de santé : articulations avec la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social

1-Prévention prévention perte autonomie

2- Premiers recours

- Articuler la prise en charge au domicile et en SAVS
- La médicalisation de l'établissement face au vieillissement des PH

3- Hospitalier : lien ville hospital, volets médecine, USLD, HAD, soins palliatifs/ liens EHPAD hôpitaux

- Equipe mobile de soins palliatifs dans les ESMS, Hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes handicapées à domicile

4- Médico-social : Etayage spécifique des EHPAD à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes

II.4.1 Personnes handicapées vieillissantes



Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs
Adapter et développer l'offre de prise en charge	
Développer, en lien avec les CG, des unités dédiées en EHPAD ou en MAS/FAM, la médicalisation de foyers de vie	
Adapter l'offre existante de SSIAD et de SAMSAH en renforçant leurs missions d'accompagnement et de coordination en lien avec le vieillissement de la personne handicapée à domicile	
Favoriser l'intervention des EMSP et de l'HAD auprès de la personne handicapée vieillissante	
Anticiper la rupture de prise en charge par un décloisonnement des secteurs PA et PH	
Evaluer les besoins de la personne et les solutions disponibles en amont de la barrière administrative des 60 ans	
Proposer des prises en charge conjointes SAVS/EHPAD	% de PA 60 ans suivies en SAVS et hébergées en EHPAD
Créer des passerelles entre secteurs PA/PH favorisant l'intégration progressive en EHPAD	



Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

La thématique des personnes handicapées vieillissantes recouvre plusieurs problématiques très différentes et nécessite donc des réponses différenciées.

Ainsi, en fonction d'une évaluation fine des besoins, à réaliser sur chaque territoire, les modalités suivantes seront étudiées :

- Création d'unités PHV adossées à des EHPAD, en articulation avec les SAVS sur le territoire
- Adaptation des MAS/FAM afin d'offrir des unités dédiées aux PHV, soit par redéploiement soit par création de places
- Médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV
- Permettre le maintien la prise en charge en foyer d'hébergement au-delà de 60 ans, en fonction des orientations départementales
- Renforcer et diversifier l'accueil familial, en lien avec les ESMS

Une attention particulière sera portée au public en grande précarité et en perte d'autonomie importante. En effet, leurs problématiques d'accompagnement dans le secteur médico-social peuvent se rapprocher de celles des personnes handicapées vieillissantes. Dans ce cadre, des actions expérimentales et innovantes seront proposées afin d'offrir des réponses adaptées à ce public, en partenariat avec les services de l'Etat et du Conseil Général dans le champ de la cohésion sociale.



Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

La thématique du vieillissement des personnes handicapées est un enjeu fort des années à venir pour le département de l'Aude; la conférence de territoire s'est d'ailleurs emparée de ce sujet en mettant en place un groupe de travail spécifique.

L'offre existante :

1 FAM PHV adossé à un EHPAD à Pennautier (24 places)

1 unité PHV au sein de l'EHPAD de Salles d'Aude (14 places)

3 unités PHV en FO

En lien avec les orientations actualisées des schémas PA et PH du Conseil Général, les modalités suivantes seront privilégiées :

- création d'unités dédiées aux PHV qui pourront être adossées à des EHPAD
- médicalisation de places de FO pour offrir une réponse sécurisée aux besoins des PHV



Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

L'offre existante :

Section PHV à la MAS d'Alesti sur Nîmes (15 places)

Unité PHV en EHPAD Notre Dame des Pins

FAM pour autistes vieillissants (ouverture prévue en 2013)

La prise en charge des travailleurs handicapés vieillissants et des personnes handicapées vieillissantes peut s'effectuer par adaptation des établissements existants ou par l'aménagement d'un accueil spécialisé en EHPAD

Concernant les personnes lourdement handicapées vieillissantes déjà accueillies en institutions la problématique se pose davantage en terme de médicalisation des établissements (MAS et FAM), à l'instar de l'unité spécialisée de la MAS d'Alesti.

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes, doit être étudiée en lien avec les services d'aide à domicile du territoire.



Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

L'offre existante :

5 EHPAD accueillent des unités PHV pour un total de 74 places. Une évaluation de ces places sera réalisée courant 2012 afin d'en évaluer la pertinence et l'opportunité.

Au-delà de cette modalité d'accueil, la constitution de petites unités dédiées au sein d'ESMS pour adultes handicapés est également envisagée.

Lozère:

L'offre existante :

Le département compte 153 places spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes en foyer de vie. Une évaluation de ces places est nécessaire afin d'évaluer les besoins.

La création de quelques places pour PHV en EHPAD est envisageable, mais en très petite quantité et à moyens constants.



Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

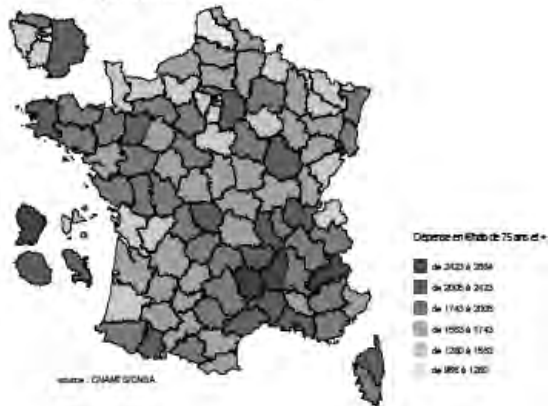
L'offre existante :

1 FAM adossé à un EHPAD à Bompas (15 places) et un FAM de adossé au foyer de Los Masos (15 places)

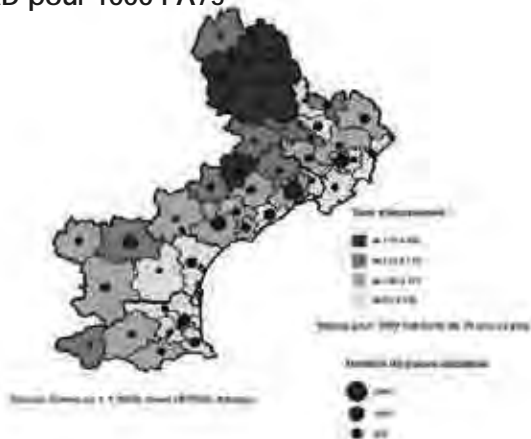
Outre les modalités envisagées en page 59, l'intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées vieillissantes doit être étudiée en lien avec les SAVS du territoire.



Dépense Assurance Maladie secteur PA en 2008
y compris AIS en libéral et USLD



Taux d'équipement en
EHPAD pour 1000 PA75



Diagnostic régional de l'offre en EHPAD

- Une densité importante en soins infirmiers libéraux qui compense un taux d'équipement en structures médicalisées inférieur de près de 20 points à la moyenne nationale. Un niveau de dépenses en €/PA+75ans supérieur au niveau national de près de 10%.
- Une répartition hétérogène des structures d'hébergement, implantées plutôt dans l'arrière pays, tandis que la frange littorale plus peuplée est sous-équipée.
- 550 établissements et services pour 31 000 places, dont 22 568 d'EHPAD.
- Un effort de création de places d'EHPAD sur les 5 dernières années (près de 2 000 places d'EHPAD créées).
- La phase de médicalisation des maisons de retraite en EHPAD quasiment achevée.
- Une capacité moyenne en EHPAD de 61 places inférieure au niveau national (66 places).
- Des structures essentiellement gérées par le secteur non lucratif (public ou associatif pour 82% de l'offre).
- 60% de la dépense en EHPAD (public et privé) est couverte par les résidents et leur famille.
- Une durée médiane de séjour en EHPAD de moins d'un an (DRASS-Info décembre 2009)
- Un PMP à 189 en 2010 contre 172 en 2009 et 180 au niveau national

Difficultés / Points de vigilance

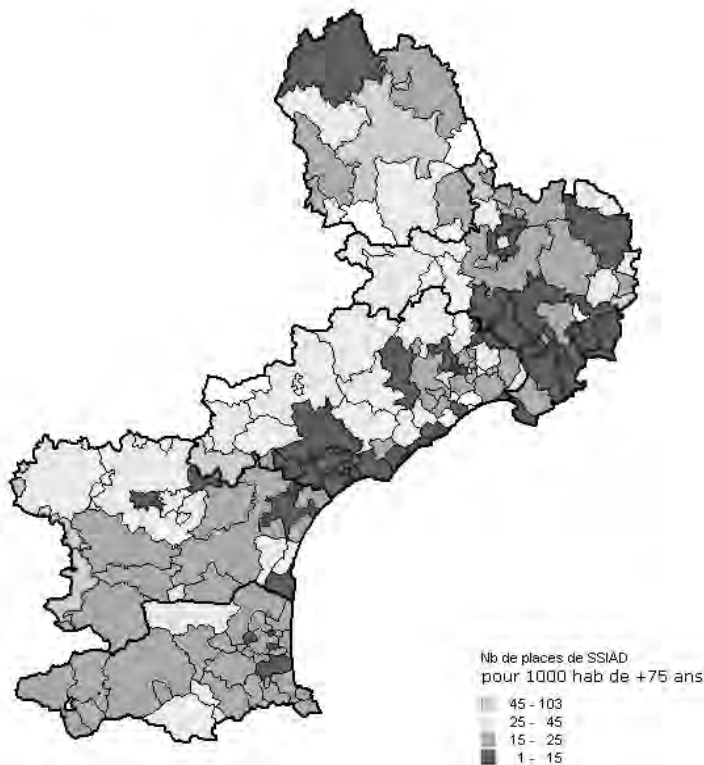
Difficulté d'accessibilité financière aux EHPAD qui pose un réel problème d'accès à ce type de structure. nécessité d'évaluation fine des besoins et d'envisager une pause dans la création d'EHPAD

- Entrée de plus en plus tardive en EHPAD, lorsque la dépendance n'est plus gérable à domicile.
- Rupture de prise en charge (hospitalisation en urgence)
- Rôle des médecins généralistes et kiné libéraux dans le dispositif contractuel (décret et arrêté du 30/12/2010)



II.4.2 Personnes âgées

Densité de places de SSIAD - Juillet 2009 Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional de l'offre à domicile (SSIAD/AJ/HT)

- SSIAD : un fort développement (+ 60%) du nombre de places depuis 2004. ∅ 479 places créées entre 2007 et 2009.
Il n'y a plus de zones blanches non couvertes par un SSIAD.
- 4 988 places de SSIAD en LR : un taux d'équipement légèrement inférieur au taux national (19 contre 19,6 pour 1000 PA+75) compensé par la densité IDE libérales
- Montée en charge de l'accueil de jour, mais émiettement des 601 places d'accueil de jour adossés de façon disparate à des EHPAD (1 à 2 places par établissement)
- Des capacités d'hébergement temporaire (477 places) avec un taux d'occupation faible et parfois utilisées en hébergement complet.

Difficultés / Points de vigilance

- Besoins importants de structures de répit et de soutien aux aidants
- Difficulté de fonctionnement des places d'accueil de jour : dispositif à redéployer (circulaire du 25/02/2010 : 6 places minimum adossées à un EHPAD, 10 places si AJ autonome)
- Convention nationale avec IDE libéraux qui limite la création de places de SSIAD en zones surdotées
- Problématique de couverture de certains cantons isolés pour les SSIAD
- Nécessaire coordination entre IDE libéraux et SSIAD



Bilan quantitatif de l'offre régionale par territoire de santé

Accueil des personnes âgées

Etablissements et services, lits ou places installés au 1.01.2011 publics ou privés

Sources : DREES - ARS - FINESS

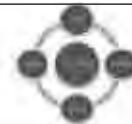
Types d'accueil	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11-Aude	30-Gard	34-Hérault	48-Lozère	66-Pyrénées-Orientales
Hébergement permanent						
Maison de retraite						
nombre d'établissements	337	52	81	124	33	47
nombre de lits	20 471	3617	5022	6702	1660	3470
Logement foyer						
nombre d'établissements	71	6	17	37	1	10
nombre de logements	3 863	289	760	2306	66	442
dont EHPAD (en maisons de retraite ou logements foyers)						
nombre d'établissements	342	50	74	144	29	45
nombre de lits	22 568	3669	5125	8652	1604	3518
Hébergement temporaire nombre de lits	477	13	229	118	5	112
Accueil de jour nombre de places	601	84	180	189	19	129
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)						
nombre de services	141	42	27	42	10	20
nombre de places	4 988	869	1172	1653	281	1013



II.4.2 Personnes âgées



Principes d'organisation



Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile :

- Promouvoir une politique d'accompagnement à destination des professionnels et des aidants naturels
- Structurer une véritable politique de prévention des personnes âgées
- Poursuivre la diversification de l'offre et innover en matière d'alternative à l'hébergement
- Améliorer la coordination entre les différents acteurs à domicile

Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage :

- Développer et diversifier les dispositifs d'aide et de soutien des aidants naturels
- Renforcer la coordination entre les intervenants
- Adapter les prises en charge par la création de dispositifs spécifiques dédiés aux résidents souffrant de troubles du comportement

Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées :

- Structurer et fluidifier la filière gériatrique
- Améliorer la complémentarité de l'offre ambulatoire avec l'offre médico-sociale, en s'appuyant sur les territoires "infra" définis par les schémas départementaux

Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD :

- Poursuivre la création d'EHPAD sur les territoires prioritaires
- Améliorer la qualité de la prise en charge en EHPAD
- Expérimenter des formes innovantes de prises en charge



II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement à domicile	
Développer la mise en place la formation des aidants naturels	Nombre de sessions de formation
Déployer le dispositif de formation des salariés de l'aide à domicile	
Développer la formation des professionnels de santé en veillant à décloisonner les acteurs de différents secteurs	
Développer des ateliers de prévention sur les risques liés à la dénutrition et aux chutes	
Développer des ateliers d'éducation thérapeutique spécifiques aux PA sur les pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, médicaments psychotropes...)	
Créer des places de SSIAD sur les territoires déficitaires, en lien avec la densité en IDE	Taux d'équipement
Développer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire	Nombre de places autorisées
Reconfigurer l'offre en accueil de jour, conformément à la circulaire du 25 février 2010	
Utiliser les dispositifs d'HAD pour éviter l'hospitalisation en amont ou pour accélérer le retour à domicile en aval d'une hospitalisation	
Favoriser les interventions des SSIAD et/ou des SAD la nuit et en urgence	
Définir et positionner un opérateur référent par territoire de proximité	
S'appuyer sur les réseaux gérontologiques existants pour coordonner les accompagnements	
Créer un dossier partagé et des outils de transmission des informations pour l'ensemble des intervenants	
Promouvoir le développement des SPASAD (gestionnaire unique SSIAD + SAD)	Nombre de SPASAD autorisés
Accompagner et soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur entourage	
Déployer des formations des aidants naturels en lien avec les MAIA et les plateformes de répit	Nombre de sessions de formation
Développer des plateformes de répit et d'accompagnement en s'appuyant sur les accueils de jour autonomes	Cartographie du dispositif Alzheimer déployé par territoire de santé
Déployer des équipes spécialisées Alzheimer à domicile sur chaque territoire de santé	
Etendre la labélisation des MAIA comprenant des gestionnaires de cas sur chaque territoire de santé	
Développer la labélisation des PASA et UHR au sein des EHPAD et/ou des USLD	



II.4.2 Personnes âgées

Objectifs opérationnels du SROMS	Indicateurs d'évaluation
Organiser territorialement l'offre en faveur des personnes âgées	
Structurer et fluidifier la filière gériatrique	
Utiliser le dispositif "HAD d'amont" à proximité des EHPAD pour éviter l'hospitalisation aux urgences	
Privilégier l'accès direct au court séjour gériatrique si l'hospitalisation est nécessaire, sans passer par les urgences	
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et les professionnels de santé libéraux	Taux de médecins et professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD avec contrat
Améliorer l'articulation entre les EHPAD et le secteur psychiatrique : psychiatrie de liaison, gériatopsychiatrie	
Optimiser et « repenser » l'offre en EHPAD	
Poursuivre la création d'EHPAD sur les terriroires prioritaires	Taux d'équipement
Favoriser le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs en EHPAD	
Organiser des formations en EHPAD sur les soins palliatifs	
Expérimenter la télémédecine en EHPAD	
Expérimenter des formes inovantes de prises en charge : logements alternatifs, plateformes multi-services adossés ou non à des EHPAD, visant notamment à garantir une accessibilité financière plus aisée	



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre au niveau régional

Domicile :

Le développement de l'offre portera sur les alternatives à l'hébergement et les SSIAD, en lien avec la densité d'IDE libérales particulièrement dense dans la région. Ainsi, le renforcement de l'offre en places de SSIAD sera basé sur une approche globale de l'offre, tenant compte à la fois du taux d'équipement en SSIAD et de la densité en IDE libérales (Etude CNAMTS Mai 2010).

Dans ce cadre, **seuls trois départements comprennent des bassins sous-dotés en SSIAD : l'Aude (Moyenne et Haute Vallée), le Gard (Cévennes) et les Pyrénées-Orientales (Fenouillèdes, Conflent et Vallespir).**

S'agissant de l'accueil de jour, la réforme des capacités visant à regrouper a minima 6 places d'accueil de jour adossés à un EHPAD, et 10 places en AJ autonome sera déclinée sur chaque territoire.

Une articulation entre les équipes d'HAD et le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

Les dispositifs prévus par le plan Alzheimer seront déployés sur les territoires :

Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA portée par des SSIAD)

Des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MAIA)

Des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants familiaux

Des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

Des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

EHPAD :

Au regard des taux d'équipement et du niveau de dépenses d'Assurance Maladie en € par personne âgée de plus de 75 ans, **deux départements sont prioritaires au niveau régional** en matière de création de places d'EHPAD : **les Pyrénées-Orientales** et, dans une moindre mesure, **l'Aude**.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Aude:

Le département de l'Aude est découpé en **5 bassins gérontologiques** :

3 dans l'Ouest-Audois : Moyenne et Haute Vallée, Lauragais, Carcassonnais,

2 dans l'Est-Audois : Corbières-Minervois et Littoral.

Domicile :

En terme de coordination, l'Aude dispose de 5 CLIC de niveau 2 qui fonctionnent bien et qui se positionnent en pivot de la coordination sur chaque bassin gérontologique.

La Moyenne et Haute Vallée de l'Aude bénéficie en outre de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau et compte tenu de l'isolement géographique de la Moyenne et Haute vallée, l'offre en SSIAD pourra être renforcée sur ce secteur.**

Alzheimer :

Au moins deux équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) devront être déployées, l'une sur l'Ouest Audois, l'autre sur l'Est Audois.

Il existe une plateforme de répit sur la moyenne et haute vallée de l'Aude. Au moins une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit supplémentaires pourront être déployées sur ce département.

Une UHR est labélisée sur Limoux-Quillan. Deux UHR supplémentaires pourront être implantées sur Narbonne et Castelnaudary.

Un PASA est labélisé à Carcassonne. Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque bassin gérontologique. 6 projets sont en instance d'instruction.

EHPAD:

Deux territoires sont prioritaires : les bassins du littoral et du Lauragais en place d'EHPAD (préférentiellement sur des extensions) et en places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

La Moyenne et Haute vallée de l'Aude pourra également être renforcée sur des extensions et des restructurations d'établissements.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Gard :

Le Gard est découpé en **4 territoires d'UTASI** : Camargue-Vidourle, Uzège-Gard rhodanien, Cévennes-Aigoual et le Grand Nîmes.

EHPAD : l'équipement est globalement satisfaisant en tenant compte des autorisations en cours de réalisation.

Concernant les **SSIAD, le secteur des Cévennes** (Génolhac et Bessèges) pourra être renforcé.

S'agissant des MAIA, la couverture départementale (sur chaque territoire d'UTASI) est envisagée.

Camargue-Vidourle : Ce territoire reste le moins bien équipé du département en EHPAD et pourrait être renforcé en places d'AJ-HT, ainsi que par une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD). Un PASA est labélisé à Redessan.

Le déploiement d'une plateforme d'habitat alternatif est en cours de réflexion sur ce territoire.

Uzège-Gard rhodanien : Ce secteur bénéficie de l'implantation d'une MAIA et d'une plateforme de répit basées à Bagnols/Cèze. Dans ce contexte, et compte tenu de l'absence d'offre d'accueil de jour à Pont-St Esprit, la création d'un accueil de jour Alzheimer de 10 places par redéploiement de moyens serait cohérente. L'implantation d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) permettrait de disposer de l'ensemble du panel des prises en charge Alzheimer. Deux PASA pourront être labellisés à Pont St Esprit et Uzès. Des UHR pourront être implantées sur Bagnols/Cèze, Pont St Esprit et Uzès.

Cévennes-Aigoual : Ce territoire dispose du meilleur taux d'équipement en EHPAD du département. Il conviendra donc d'axer le développement sur le renforcement de l'accompagnement à domicile. A ce titre, le secteur du Vigan pourrait être renforcé par la création de places d'accueil de jour *par* redéploiement de moyens. Ce secteur pourrait également être renforcé en place de SSIAD, notamment sur Génolhac et Bessèges et par une équipe spécialisée Alzheimer. Un PASA et une UHR sont labellisés à Boisset-Gaujac.

Grand Nîmes : Ce secteur semble correctement pourvu en EHPAD et SSIAD. Ce territoire dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) qui pourrait être renforcée. Ce territoire a vocation à pouvoir disposer d'une MAIA et d'une plateforme de répit et d'accompagnement. 3 projets de PASA sont à labéliser sur Nîmes. Une UHR pourra être implantée à Nîmes.

Une intervention des services d'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Hérault :

L'Hérault pourrait être découpé en **4 infra-territoires de grands projets départementaux** (GPD) :

3 dans l'Est Héraultais : l'Aire métropolitaine de l'Est Héraultais, les Cités maritimes, le Coeur d'Hérault

1 dans l'Ouest Héraultais : le Piémont bittérois.

Domicile :

Il n'y a **pas de bassins sous-dotés en SSIAD dans ce département.**

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

En complément des 3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) implantées sur Montpellier, les territoires de Béziers, Bédarieux et Lodève devront également être couverts.

Une MAIA ainsi qu'une plateforme de répit sont déployées sur le Biterrois. Le territoire de l'Hérault a vocation à bénéficier d'autres MAIA et d'autres plateformes de répit, notamment sur l'Est héraultais.

Des UHR pourront être implantées sur Montpellier, Béziers et Castelnau le Lez.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 11 projets sont en cours.

EHPAD :

Globalement, un effort soutenu de création de places d'hébergement a été fourni depuis quelques années.

Aussi, **le territoire de l'Hérault n'est pas jugé prioritaire.**

Toutefois, des projets de créations pourraient être envisagés dans certaines zones déficitaires (Béziers). Les modalités d'extensions et de regroupements de structures sont également à privilégier.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Lozère:

La Lozère est découpée en **5 bassins gérontologiques** : Mende, Marvejols, St Chely d'Apcher, Florac et Langogne.

Compte tenu du taux d'équipement du département, le territoire lozérien doit axer son développement sur un **redéploiement de l'existant sur des capacités d'alternative à l'hébergement**.

Domicile :

Le CLIC départemental de niveau 3 fonctionne bien et sera positionné en tant que pivot de la coordination.

Alzheimer :

Par dérogation au seuil minimum, la Lozère a vocation à bénéficier d'une équipe spécialisée Alzheimer (SSIAD) ainsi que d'autres dispositifs en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Une UHR pourra être déployée à Mende sans extension de capacité.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. Ainsi, des PASA sont prévus à Mende, La Canourgue et Langogne.

EHPAD :

Il conviendra d'étudier le redéploiement de places existantes de certains infra-territoires surcapacitaires vers Mende.



II.4.2 Personnes âgées

Evolution souhaitable de l'offre par territoire de santé

Pyrénées-Orientales :

Les Pyrénées-Orientales peuvent être découpées en **6 territoires d'action** : le grand Perpignan, le Conflent, le Vallespir, la Côte Vermeille, les Fenouillèdes et Cerdagne-Capcir.

Domicile :

Les territoires du Vallespir ainsi que des Fenouillèdes sont prioritaires pour un renforcement de l'offre d'accompagnement à domicile en places de **SSIAD**.

Le Conflent bénéficie de l'intervention d'un réseau gérontologique qui participe à la coordination et au maintien à domicile sur ce secteur. **En articulation avec ce réseau, l'offre en SSIAD pourra également être renforcée sur ce secteur.**

Une intervention de l'HAD dans le dispositif de soutien à domicile doit être recherchée afin d'éviter l'hospitalisation en amont ou de favoriser le retour à domicile en aval.

Alzheimer :

3 équipes spécialisées (SSIAD Alzheimer) sont déployées et ont vocation à couvrir une grande partie du territoire des P-O. Ce dispositif pourra être renforcé par l'implantation d'équipes spécialisées sur le Conflent et sur le Vallespir.

Il existe une plateforme de répit à Perpignan. Au moins deux MAIA et une plateforme de répit supplémentaires devront être déployées sur le département.

Une UHR est labélisée à Prades. Une UHR supplémentaire devra être implantée à Perpignan.

Un maillage du territoire devra être réalisé par l'implantation de PASA sur chaque territoire de proximité. 10 projets sont en cours.

EHPAD :

Le territoire des P-O est prioritaire en matière de création d'EHPAD et de places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT).

Dans ce cadre, les **secteurs des Fenouillèdes, du Vallespir, de la Côte radiieuse et de la Salanque seront prioritaires.**

Leviers et outils transversaux

III.1 Coordination des politiques publiques médico-sociales

La loi HPST a considérablement modifié le paysage institutionnel. **Les modalités de partenariat entre les différentes institutions qui interviennent dans le secteur médico-social sont donc à reconstruire.**

La commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux a vocation à réunir l'ensemble des décideurs en charge de conduire ces politiques et de les articuler.

Cette instance, politique, devra s'accorder sur des thématiques ou des problématiques communes prioritaires, mandater des comités techniques pour proposer des axes de progrès sur ces sujets, et orienter les financements institutionnels en conséquence.

Dans ce cadre, **les relations avec les Conseils Généraux seront bien évidemment privilégiées.**

En outre, les **partenariats naturels avec l'Education Nationale (inclusion scolaire et santé scolaire), la DRJSCS (public fragilisé), la DIRRECTE (santé au travail) et la CARSAT (observatoire et prévention de la perte d'autonomie) seront également consolidés** dans le cadre de cette commission.

Cette commission devra développer des politiques complémentaires avec la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention.

La commission de coordination a également vocation à suivre la mise en œuvre des priorités et des actions du SROMS.

III.2 Observation et systèmes d'information

Des systèmes d'information sont disponibles mais ne permettent une connaissance suffisamment fine de l'offre dans le secteur du handicap et des personnes âgées. Concernant les dispositifs d'aide à domicile les données disponibles sont limitées. Concernant , les besoins de la population les informations restent très dispersées et difficilement agrégables. Ainsi, l'évaluation des besoins est difficile, notamment dans le champ du handicap.

La consolidation d'un système d'information partagé doit consister un objectif cible du présent schéma. Ainsi, les axes de progrès sont les suivants :

1- Dans le cadre de relations les partenaires institutionnels :

- Développer un partenariat avec les Conseils Généraux pour **optimiser l'exploitation des informations disponibles au sein des MDPH** (Etude CREAI-ORS/ARS) et ainsi améliorer l'évaluation des besoins.
- **S'intégrer dans des dispositifs d'observation partagés** : POSS-LR, observatoire de personnes en situation de fragilité (CARSAT),...
- Conduire des **études en partenariat avec le CREAI-ORS** dans le cadre de la convention conclue avec l'ARS (étude MDPH)
- Développer des études visant à **améliorer la connaissance des populations cibles** (ex : étude en partenariat avec l'INSEE sur les personnes âgées dépendantes)

2- En interne à l'ARS :

- **Exploiter les systèmes d'information disponibles** au sein de l'ARS (enquêtes Drees : EPHA 2011, ES 2010, PMSI, les données Assurance Maladie) et **s'appuyer sur des outils performants** en les utilisant dans le secteur médico-social (exemple : outil « trajectoire » pour les personnes âgées).

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.1 Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) caractérise **la bientraitance comme une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste de ses besoins.**

Pour la mise en œuvre d'une politique de bientraitance, l'ANESM a identifié quatre repères :

- l'usager co-auteur de son parcours,
- la qualité du lien entre professionnels et usagers,
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes,
- le soutien aux professionnels dans leurs démarches de bientraitance.

La circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au **renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux** de la compétence de l'ARS précise la politique nationale qui comprend **trois axes principaux** :

- Améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- Renforcer l'efficacité, la fréquence des inspections, des contrôles et de l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre s'articulent autour de :

- l'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à favoriser la bientraitance.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.2 Prévention des infections associées aux soins en ESMS

Les établissements médico-sociaux accueillent des résidents dont l'âge, la pathologie et le niveau de dépendance nécessitent une prise en compte du risque infectieux dans un objectif de qualité et de sécurité des prises en charge. Cette nécessité se traduit au sein du Plan Stratégique National 2009-2013 de Prévention des Infections Associées aux Soins (PSNPIAS) par une volonté d'étendre l'expérience des établissements de santé en termes de prévention des IAS aux établissements médico-sociaux et aux soins de ville. Cette approche vise à couvrir l'ensemble du parcours de soins pour une meilleure sécurité au bénéfice du patient, notamment face aux phénomènes infectieux épidémiques et endémiques qui diffusent de plus en plus souvent d'un secteur à l'autre.

Le plan stratégique national (PSNPIAS) est décliné pour les ESMS au travers du **programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013** défini dans la circulaire interministérielle N° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011. L'enjeu principal pour ce secteur est de **structurer la politique de prévention des infections associées aux soins**.

Ce programme national qui concerne les EHPAD, les MAS et les FAM a pour objectif opérationnel la réalisation d'une démarche d'analyse du risque infectieux permettant à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque et d'élaborer ou d'adapter un programme d'action. Cette démarche devra être formalisée par chaque établissement dans un « document d'analyse du risque infectieux » (DARI).

Le DARI **comporte 3 étapes** comme précisé en annexe B de la circulaire suscitée :

1/ **Evaluation du risque** : Recensement des épisodes infectieux survenus, détermination de leur criticité et hiérarchisation des phénomènes infectieux en fonction de leur criticité.

2/ **Gestion du risque** :

- Analyse du niveau de maîtrise interne du risque infectieux de l'établissement, cette étape pourra être réalisée à partir du manuel d'auto-évaluation proposé en annexe 2,
- Elaboration d'un programme d'actions (PA) prioritaires, qui devra porter une attention particulière sur des thématiques ciblées.
- Détermination d'un calendrier de réalisation du PA et de la périodicité des évaluations.

3/ **Communication** : Information à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

Avant de s'engager dans cette démarche, les établissements s'efforceront d'identifier et de mettre en place les mesures organisationnelles permettant de faciliter la conduite et la réalisation de ce projet, notamment l'engagement de la direction dans la démarche, la désignation d'un responsable mandaté et la constitution d'un comité de suivi.

Pour les établissements ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, il est préconisé de s'appuyer sur les compétences d'un établissement sanitaire disposant d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) par convention ou de mettre en place par coopération une EOH entre établissements médico-sociaux dans le cadre d'un GCSMS permettant de mutualiser des personnels compétents en hygiène.

Pour l'élaboration de leur projet, **les établissements pourront s'appuyer sur la compétence de l'ARLIN** (Antenne Régionale de lutte contre les infections nosocomiales).

L'ARS du Languedoc-Roussillon a organisé en 2011 des réunions territoriales sur la thématique « Prévention du Risque Infectieux en EHPAD » en lien avec l'ARLIN et la CIRE (Cellule de l'InVS en région). **Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national 2011-2013, d'autres réunions de sensibilisation seront organisées en 2012** afin de présenter ce programme et d'identifier les possibilités de maillage régional permettant de faciliter sa mise en œuvre.

En 2013, une évaluation de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social **sera réalisée** à partir notamment des indicateurs de niveaux de mobilisation des établissements MS extraits du DARI. Suite à cette évaluation, il pourra être envisagé son extension à d'autres établissements du secteur des personnes handicapées, notamment aux établissements d'enfants.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.3 Evaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux

Le code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations (évaluations internes) au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques.

En outre, le renouvellement, total ou partiel, de leur autorisation qui est accordée pour une durée de quinze ans est subordonné aux résultats d'une évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur habilité (évaluation externe).

Ainsi, les établissements et services médico-sociaux autorisés avant le 2 janvier 2002, dont l'autorisation arrivera à échéance en 2017, sont les premiers concernés par cette démarche. Ils devront avoir transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation les résultats de leur évaluation interne avant le 31 décembre 2013 et leur rapport d'évaluation externe au plus tard au 31 décembre 2014.

Selon les résultats d'une enquête réalisée **en 2011** auprès de l'ensemble des ESMS relevant de la compétence de l'ARS, **près d'un établissement sur 2 a réalisé son évaluation interne**. A contrario, seulement une vingtaine de structures a déclaré s'être engagée dans un processus d'évaluation externe.

Cette démarche va constituer un levier important pour impulser et dynamiser une politique de qualité au sein des ESMS. A ce titre, **l'ARS conduira une politique active d'accompagnement des ESMS dans la démarche d'évaluation**.

Les conclusions des évaluations externes seront prises en compte dans les CPOM signés avec l'ARS.

III.3 Politique de qualité et sécurité de la prise en charge

III.3.4 Politique régionale de gestion du risque

La politique de gestion du risque conduite par l'ARS et l'Assurance Maladie au niveau régional a pour objectif **d'améliorer le rapport qualité/coût des prestations délivrées par les établissements médico-sociaux.**

Ainsi, le programme « **Qualité et Efficience en EHPAD** » constitue l'une des priorités du Programme Régional de Gestion du Risque, partie intégrante du Projet Régional de Santé.

Ce programme « Qualité et Efficience en EHPAD » a notamment vocation à **améliorer les bonnes pratiques de soins** par :

- **L'amélioration de la coordination des professionnels de santé** et de la qualité de la prise en charge en EHPAD par l'accompagnement de la mise en place des **contrats de coordination entre les établissements et les professionnels libéraux.**

- La participation de la région au **projet inter-régional avec les régions Midi Pyrénées et Limousin visant à promouvoir la qualité des prises en charge en EHPAD.** Sur la base du volontariat, des EHPAD seront appelées à participer à ce projet qui a notamment pour objectifs d'améliorer :

- l'adéquation de la prescription médicamenteuse et lutter contre la iatrogénie,
- la prise en charge des troubles psychologiques et/ou comportementaux,
- la qualité des prises en charge soignantes et des pratiques professionnelles,
- la qualité de l'alimentation des personnes résidant en EHPAD,
- la lutte contre les risques infectieux.

- **La mise en place de réunions d'informations et d'échanges avec les établissements et les professionnels** visant à diffuser les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins et à la prise en charge des patients. Ces réunions ont été instaurées au cours du 1er trimestre 2011 au niveau de chaque département, en lien avec l'assurance maladie. Elles ont vocation à se poursuivre. afin d'impulser une dynamique d'amélioration des pratiques et de répondre aux souhaits des établissements. Elles permettent de susciter des échanges à partir d'initiatives concrètes mises en œuvre par les professionnels.

Sensibilisation par l'assurance maladie sur les bonnes pratiques et les référentiels HAS, ANESM (maladie d'Alzheimer, pansements primaires...).

- **L'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente**, en lien avec les médecins libéraux et le pharmacien référent.
- **Le suivi de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins.**

III.4 Coopération/Mutualisation

Le SROMS préconise la mise en place de **coopérations territoriales structurées et formalisées**.

Des mécanismes de partenariat seront ainsi déclinés, le cas échéant inters-sectoriels, visant à tendre vers la recherche d'efficience.

Ils permettront également de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage de ressources humaines sur certains micro-territoires. Ces coopérations territoriales pourront **répondre à des besoins multiples** : la couverture du territoire, l'organisation des prises en charge, l'amélioration de la qualité des soins, la réponse à une raréfaction des moyens humains ou de certaines compétences, le maintien d'une continuité des soins, l'optimisation des coûts notamment sur la question des transports.

Différents outils de coopération pourront être mobilisés : depuis le mode de coopération fonctionnel (convention, réseau, communauté hospitalière de territoire, etc.), jusqu'à la coopération organique conduisant à la création d'une nouvelle structure juridique (groupements de coopération de type GCS, GCSMS, etc.).

Des formes innovantes de coopération seront également recherchées, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et la complémentarité des prises en charge sur les territoires. Dans ce cadre, l'ARS cherchera à identifier les pratiques innovantes ou pertinentes en matière de coopération au niveau d'un territoire afin de les promouvoir au niveau régional.

S'agissant des aspects de mutualisation ou de regroupement de gestionnaires, **l'ARS accompagnera toutes les opérations qui peuvent conduire à renforcer la pérennité des ESMS.**

Dans le cadre des évaluations externes que doivent conduire les ESMS avant la fin 2014, l'ARS aura une attention particulière sur les outils et les modes opératoires mis en place en matière de mutualisation.

Les projets de mutualisation et de regroupement (inter-services, inter-établissements et inter-gestionnaires) seront validés et inscrits dans les CPOM signés avec les ESMS.

III.5 Contractualisation

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

Une réflexion a été conduite en région sur **l'élaboration de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens harmonisés** sur le secteur du Handicap. Ainsi, ces CPOM doivent permettre **un diagnostic partagé et la fixation d'objectifs prioritaires précis** conformes aux orientations du SROMS, en lien direct avec l'ensemble des champs d'intervention des ESMS, à savoir :

- Droits des usagers
- Ressources Humaines
- Situation budgétaire et financière
- Organisation et gouvernance
- Partenariat et réseau

Cet outil permettra une **véritable gouvernance** ainsi que la mise en place d'un dialogue partagé avec les opérateurs.

En lien direct avec les travaux de l'ANAP, **cette dynamique de contractualisation favorisera la démarche de benchmarking.**

Conventions tripartites

Les conventions tripartites permettent l'élaboration d'objectifs et de moyens pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. C'est l'outil stratégique de pilotage et d'évaluation des autorités de financement, à savoir l'ARS et le Conseil Général.

Avec l'ensemble des Conseils Généraux, **une réflexion sera lancée sur la faisabilité d'une harmonisation des conventions tripartites** ou sur certaines thématiques contenues dans celles-ci.

Un groupe de travail issu de la commission de Coordination des Politiques Publiques permettra la mise en place de cette dynamique.

ANNEXES

1-Bibliographie

Aude : Schéma Enfance Handicapée 2008-2011

Gard : Schéma pour l'autonomie des personnes 2011-2014

Hérault : Schéma Adultes Handicapés 2011-2015; Schéma gérontologique 2008-2012

Etude des flux de personnes handicapées bénéficiaires d'une orientation en ESMS en 2009 (CREAI, juin 2010)

Lozère : Schéma Adultes 2008-2013

Pyrénées-Orientales : Schéma des solidarités 2011-2015; schéma gérontologique 2008-2012

Orientations de l'Etat sur le handicap 2009-2014

Contribution du CREAI au schéma des personnes handicapées 2008-2013

Analyse comparée des schémas départementaux en LR (CREAI, juin 2010)

Guide méthodologique d'élaboration du SROMS (CNSA, mai 2011)

Rapport sur les personnes handicapées vieillissantes (CNSA, octobre 2010)

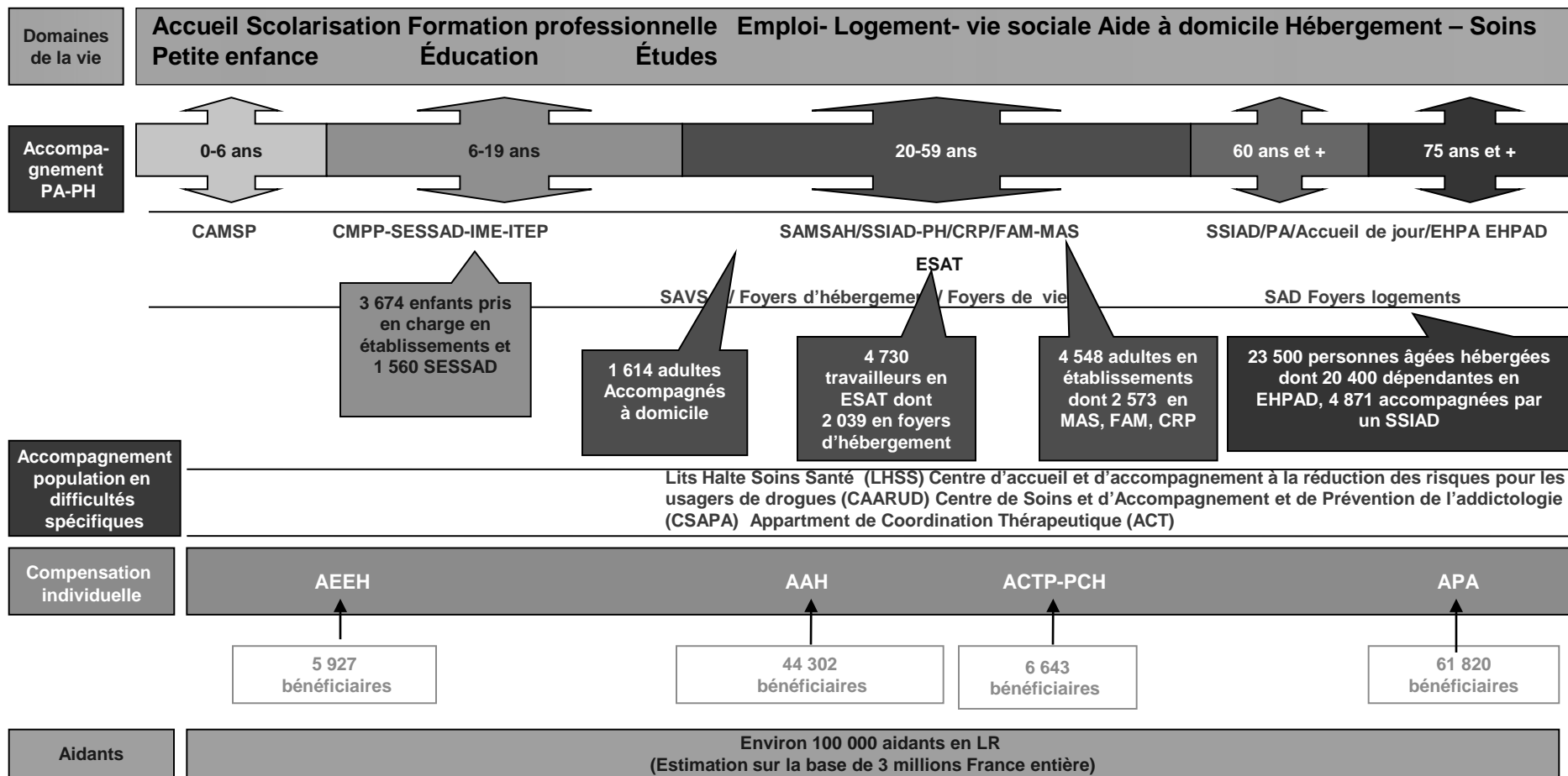
Atlas régional de la santé (2010)

Enquête auprès des maires de la région (juillet 2010)

2-Diagnostic régional

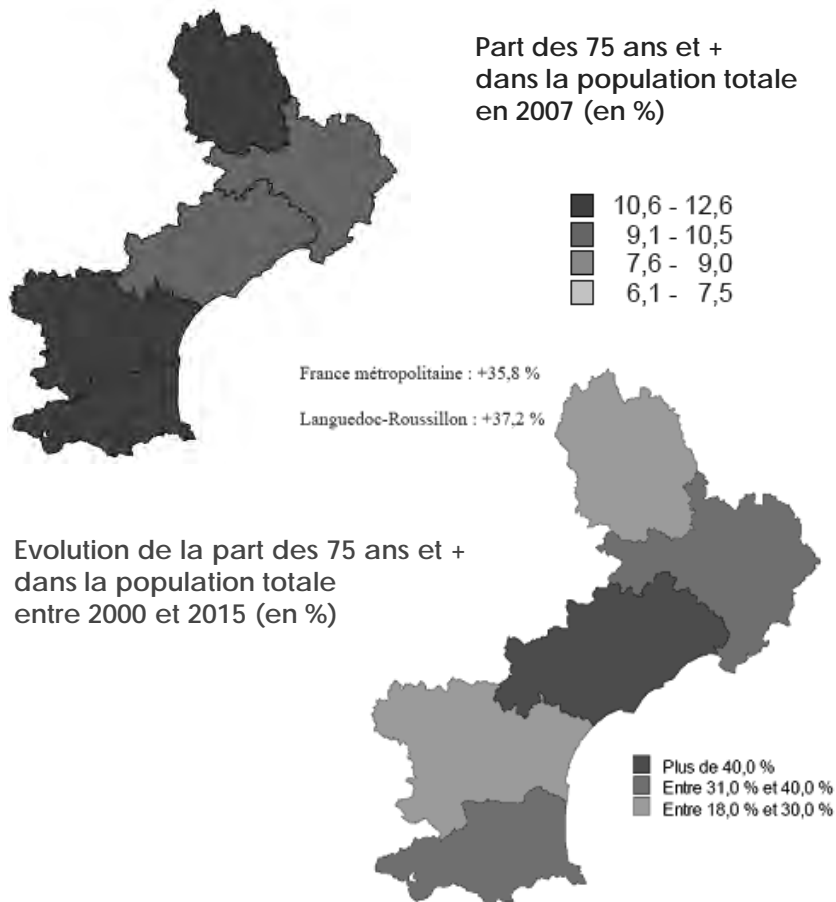
2- Accompagnement des personnes tout au long de la vie

Représentation synoptique des établissements et services médico-sociaux





2-Diagnostic régional : Démographie des personnes âgées



Source : Insee Languedoc-Roussillon Projection modèle Omphale 2000 - Scénario Central

Diagnostic régional : Démographie

- En Languedoc-Roussillon, près de 20% de la population est âgée de plus de 65 ans.
- La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la région s'élève à près de 10%, soit 1,5 point de plus qu'au niveau national. Le Gard et l'Hérault sont les départements « les moins âgés », mais ont vocation à « vieillir » fortement dans les 5 ans.
- Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 12% entre 2008 et 2020.

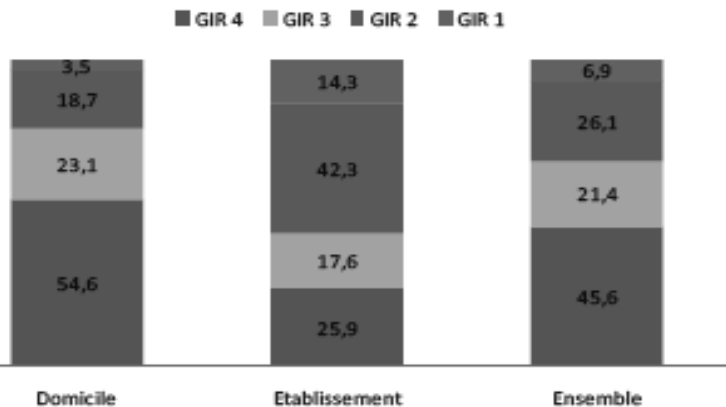
Difficultés / Points de vigilance

- Evolution démographique sans précédent
- Des disparités importantes entre territoires : le vieillissement de la population sera très important dans les départements de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées-Orientales dans les années à venir



2-Diagnostic régional : Dépendance

*Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance de la personne au 1er janvier 2008** en Languedoc-Roussillon*
Unité : en %



Source : Drees, Enquête trimestrielle sur l'APA auprès des conseils généraux - Exploitation ORS L-R
**La structure par GIR des bénéficiaires observée dans les établissements ne pratiquant pas la dotation globale a été appliquée à l'ensemble des bénéficiaires en établissement

Diagnostic régional

- 61 820 bénéficiaires de l'APA en LR : un taux de bénéficiaires de l'APA supérieur de 9% au niveau national.
- Plus de 2/3 des allocataires de l'APA vivent à domicile.
- Les bénéficiaires de l'APA modérément dépendants restent majoritairement à domicile.
- A l'horizon 2015, la région devrait compter près de 50 000 personnes dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (6,3% de la population).

Difficultés /Points de vigilance

- Prévention de la dépendance
- Impact de la réforme de la dépendance à venir
- Améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des aidants.



2-Diagnostic régional : Maladie d'Alzheimer

Diagnostic régional

- Un plan national 2008-2012 pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés).
- Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés atteint 18% de la population âgée de plus de 75 (Etude PAQUID).
- L'espérance de vie est de l'ordre de 10 ans après les premiers symptômes mais la médiane de survie après le diagnostic est de 3 ans.
- En Languedoc Roussillon, on évalue le nombre de malades Alzheimer à environ 20 000 personnes.
- Réalisation de 2 MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) en 2011 suite à un appel à projet
- Labélisation de 15 UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) et de 100 PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) entre 2010 et 2012
- Création de places de SSIAD spécialisés prévue sur la période du plan (30 places créés dans l'Hérault, 30 places dans les P-O, 10 dans le Gard)
- Développement de structures de répit

Difficultés / Points de vigilance

Manque de structures de répit pour soulager les aidants.

Peu d'attractivité des PASA pour les opérateurs.

Coordination entre les acteurs à développer (MAIA).

Alzheimer (ALD 15) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	11631	1561	2827	4824	323	2096
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	ND	91	86	95	96	79

Classement du département / 100 départements français

Diagnostic territorial AUDE

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Le plus faible niveau de dépenses en €/PA75 ans de la région, inférieur de 8% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales nettement moins importante et d'un taux d'équipement en structures d'hébergement inférieur aux niveaux régional et national
- Des besoins identifiés sur le littoral et sur Castelnaudary
- Maladie d'Alzheimer : Développement de réponses adaptées : 1 UHR à Limoux, des projets de PASA
- Filière gériatrique : nécessité de la renforcer et de la coordonner en adossant les EHPAD aux établissements sanitaires de référence dans une logique de territoire voire de micro territoires.

Éléments du schéma gérontologique 2006-2010 élaboré par le Conseil Général

- Alzheimer : Création d'EHPAD réservées aux projets qui prennent en compte cette problématique
- Politique en faveur du développement des établissements habilités à l'aide sociale pour répondre aux besoins des PA audoises (niveau de revenus relativement faible) Ø 60% de places habilitées à l'aide sociale, mais seulement 28 % des PA en bénéficient
- Renforcer le rôle d'information et de coordination des CLIC : mise en place de plateformes territorialisées autour des CLIC



Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un taux de bénéficiaires de l'APA plus élevé que les taux régional et national (230 pour 1000 PA 75 contre 224 en LR et 205 France entière)
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur de près de 18% au niveau national, en raison d'une densité d'IDE libérales très importante
- Un retard en offre d'hébergement quasiment comblé à ce jour, mais une répartition inégale : l'arrière pays est mieux équipé que le sud du département.
- Maladie d'Alzheimer : des projets innovants : 1MAIA autorisée sur le territoire de Bagnols/Cèze, 4 projets d'UHR et 5 PASA en 2011 et 2012, la création de 10 places de SSIAD spécialisées, d'un accueil de jour autonome de 15 places spécialisées. Enfin, le CODES 30 en partenariat avec le Conseil Général mène un projet intitulé : "face à la maladie d'Alzheimer, rompre l'isolement des aidants"

Éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Faciliter la continuité des parcours de vie en soutenant et développant les réponses de proximité, notamment par :

§ la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté

§ la structuration de la coordination des acteurs de la prise en charge à domicile

§ le développement et la professionnalisation de l'accueil familial; la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif; le soutien et la formation des aidants

§ la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 1 002 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes

§ l'amélioration de l'accès aux soins et aux prises en charge adaptées et de proximité, par le soutien à l'ingénierie de projet des Maisons de Santé Pluri professionnelles en milieu rural, la mise en place d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer sur chaque Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion

§ la promotion d'une dynamique de coopération des différents acteurs du champ médico-social au sein des territoires.



2-Personnes âgées

Diagnostic territorial HERAULT

- Le taux de bénéficiaires de l'APA le plus important de la région (258 pour 1000 PA>75 ans contre 224 en LR et 205 France entière).
- Revenu moyen des PA = 1 126€/mois, 15% des PA>70 ans ont des revenus inférieurs à 675€/mois.
- Un niveau de dépenses en €/hab supérieur au niveau national de 14%, en raison d'une densité d'IDE libérales particulièrement importante
- 663 places autorisées entre 2007 et 2009 dont 628 d'EHPAD dans le cadre du plan Plan Solidarité Grand Age
- Au 1er janv 2010 :
- Un taux d'équipement en structures d'hébergement médicalisé proche du niveau national
- GMP = 676
- Prix de journée moyen EHPAD habilités = 55,75€/jour, EHPAD non habilités 70 à 100€/jour
- Une proportion de gestionnaires privés lucratifs supérieures à la moyenne régionale (26% dans l'Hérault contre 18% en LR)
- Alzheimer : 5 projets d'UHR d'ici à 2012, 11 projets de PASA, 30 places de SSIAD spécialisés

Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Respect d'un cahier des charges avec un plafond de 70 + 5 places (priorité donnée aux extensions des petites structures)
- Prise en compte de parcours de vie particuliers : PA handicapées vieillissantes, PA en grande précarité et PA immigrées
- Organiser le territoire : priorités au littoral et au Lunéolois
- Mettre en oeuvre le Plan Solidarité Grand Age
- Développer les places de SSIAD en zones déficitaires en privilégiant des plate-formes de prestations diversifiées (EHPAD, SSIAD, AJ, SAD)
- Améliorer la prise en charge des PA par l'organisation des filières de soins gériatriques



Diagnostic territorial LOZERE

- | Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population et très bien pourvu en offre de prise en charge.
- | Un niveau de dépenses en €/PA>75 ans supérieur au niveau régional de près de 55%, en raison d'une offre d'hébergement très au-dessus de la moyenne nationale : un des taux d'équipement les plus élevés de France en 2010.
- | Une majorité d'établissements de petite capacité qui permettent une prise en charge de proximité mais dont la gestion est plus délicate
- | Un GMP moyen pondéré à 662 pour les EHPAD du département et 844 pour les USLD.
- | Le prix de journée moyen sur le département est de 44,89 € en 2010. Pas d'établissement privé à but lucratif
- | Un parc immobilier qui a réalisé un effort important de restructuration, favorisé par des politiques convergentes du département, de l'Etat et de la CNSA. Il demeure encore quelques établissements où la restructuration est indispensable pour garantir la sécurité des équipes et des résidents et leur attractivité
- | Un travail exemplaire de partenariat avec le secteur sanitaire : convention avec le CH de Mende et la clinique du Gévaudan, plans bleus, conventions avec le CH de Saint-Alban
- | Certains EHPAD accueillent une proportion importante de personnes handicapées vieillissantes et/ou de personnes issues de centres hospitaliers psychiatriques

Difficultés / Points de vigilance

- Vigilance sur les taux d'occupation (85% en moyenne)
- Réflexion à mener sur l'adaptation de la prise en charge en EHPAD pour des populations spécifiques : handicapés vieillissants ou personnes à profil psychiatrique



Diagnostic PYRENEES-ORIENTALES

- Un département particulièrement concerné par le vieillissement de la population
- Un département globalement sous-équipé :
 - Un niveau de dépenses en €/PA > 75 ans inférieur au niveau régional de près de 17%, en raison du plus faible taux de la région en terme d'équipement en structures d'hébergement (yc USLD)
- Une dynamique sur la Maladie d'Alzheimer : 1 UHR à Prades, 20 places de SSIAD spécialisés, des projets de PASA
- Partenariat important entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire

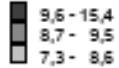
Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes
- Favoriser l'accès et le maintien de tous dans un logement adapté
- Faire évoluer les pratiques pour améliorer la qualité du service rendu
- Problématique de modernisation des EHPAD qui impacte fortement sur le prix de journée



2-Diagnostic régional : Personnes handicapées

Taux de bénéficiaires de l'AAEH au 1er janvier 2008 pour 1000 jeunes de - de 20 ans



Taux d'allocataires de l'AAH par canton du Languedoc-Roussillon au 1^{er} janvier 2008

Unité : nombre d'allocataires pour 100 habitants de 20 à 59 ans

Languedoc-Roussillon :
■ 3,0



Diagnostic régional

La région recense 11,6 bénéficiaires de l'AAEH (Allocation d'Education pour Enfants Handicapés) pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, taux supérieur à la moyenne nationale (11 pour 1 000). Ce taux atteint 12,5 dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Plus de 5 000 enfants handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Un taux de bénéficiaires de l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) nettement supérieur à la moyenne nationale : 29,1 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans en LR contre 22,7.

Environ 11 000 adultes handicapés pris en charge en LR par une structure médico-sociale

Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de la PCH au cours des 5 dernières années : 6 642 bénéficiaires ACTP/PCH

La loi du 11 février 2005 instaure un « guichet unique », à travers la création des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

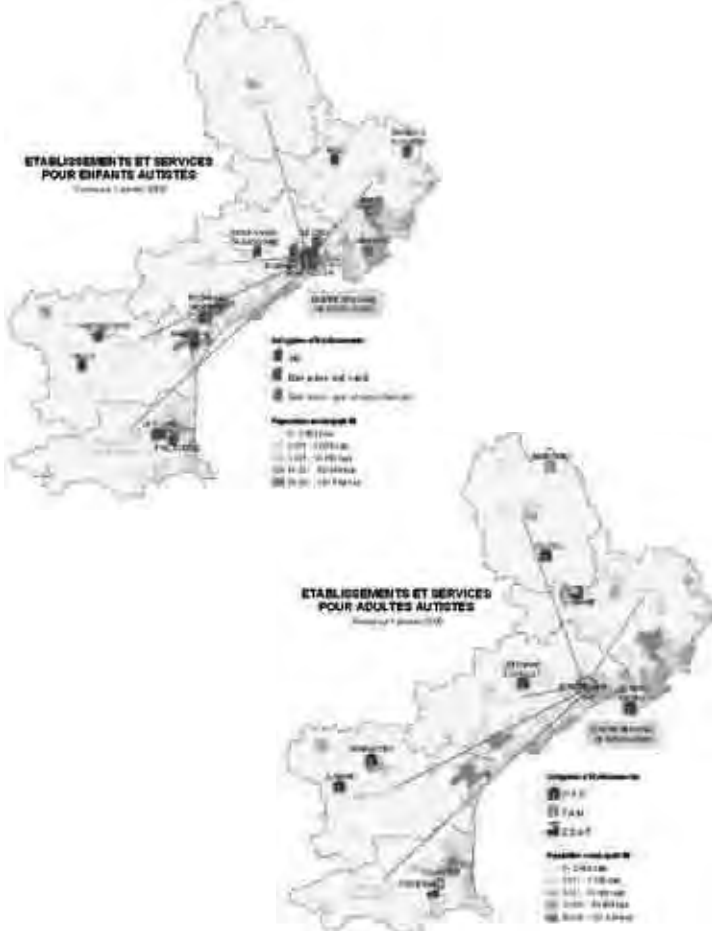
Difficultés / Points de vigilance

Les MDPH ne sont pas en capacité de fournir la répartition des usagers, enfants ou adultes, par diagnostic ou déficience

Manque d'observatoire en matière de handicap



2- Diagnostic régional : Autisme



Diagnostic régional

- Plan national 2008-2010 « Autisme et troubles envahissants du développement (TED) »
- Au 1er janvier 2009, 222 places sont dédiées à la prise en charge des enfants autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED) dans la région.
- Taux de prévalence de 6 à 7 pour 1000 enfants pour les TED et troubles autistiques au sens large, de 2 à 3 pour 1000 pour les TED avec retard mental
- Un appel à projets lancé en 2010 sur la création d'antennes délocalisées du Centre Régional de l'Autisme (CRA)
- Un dispositif d'annonce du diagnostic a fait l'objet d'un appel à projet en 2009.
- Des structures expérimentales dédiées (Maisons de Manon)

Difficultés / Points de vigilance

Difficultés d'évaluation des besoins prioritaires sur le champ des adultes.

Actualisation des projets des établissements médico-sociaux aux nouvelles recommandations de la HAS/ Anesm

Repréciser les articulations entre secteurs sanitaire et médico-social dans la prévention des situations de crise, et d'évaluation des situations

Niveau de formation des professionnels à améliorer

Diagnostic précoce à structurer



2- Diagnostic régional : Déficients sensoriels

Diagnostic régional

- 2 plans nationaux « Handicap visuel » 2010-2011 et « Sourds et malentendants » 2010-2012
- Taux de prévalence pour les déficiences sensorielles sévères (visuelles ou auditives) : 1,4 /1000 enfants
- Une offre resserrée en région : 2 structures pour enfants déficients visuels et 4 pour enfants déficients auditifs (dont 2 qui ont une vocation régionale)
- Pour les adultes, des services spécifiques existent, mais ne sont pas toujours accessibles après 60 ans
- Création en 2008/2009 de 2 pôles pour l'accompagnement et la scolarisation des jeunes sourds (à Montpellier et Nimes) avec apprentissage de la langue des signes
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition dans les maternités
- Instauration de dépistage systématique de troubles de l'audition entre 16 et 25 ans (consultations de prévention) et vers 60 ans venant s'ajouter aux dépistages déjà mis en place par la PMI notamment.

Difficultés / Points de vigilance

Enjeu important en matière d'intégration scolaire à maintenir

Consolider le dépistage de la surdité néo-natale dans les maternités

Impact du dépistage systématique de la surdité sur les filières de prise en charge à évaluer à tous les stades



2-Diagnostic régional : Handicap psychique

Diagnostic régional

- Le handicap psychique peut apparaître au cours de l'enfance, de l'adolescence ou à l'âge adulte.
- Ce handicap, durable ou épisodique, entraîne des difficultés d'adaptation à la vie en société et des problèmes de relation à soi et aux autres.
- Le handicap psychique ressort comme la 2^{ième} déficience repérée dans le dispositif médico-social, après la déficience intellectuelle et devant le handicap moteur
- Les "Groupes d'Entraide Mutuelle" (GEM) : une solution adaptée à ce type de handicap. Il s'agit d'un lieu où les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rendre pour rompre l'isolement et, le cas échéant, partager des activités en commun, à leur rythme.
- Quelques structures d'hébergement (MAS ou FAM), des maisons relais et des services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) dédiés ont été créés.

Difficultés / Points de vigilance

Un handicap à la croisée des chemins avec le champ psychiatrique : psychiatrie de liaison médico-sociale

Difficulté d'intégration sociale de personnes souffrant de handicap psychique



Diagnostic régional

- Un phénomène qui s'inscrit dans le vieillissement de la population générale et qui a vocation à s'amplifier.
- 37% des adultes pris en charge dans le dispositif ont plus de 45 ans (Enquête ES 2006 CREAI)
- En MAS: l'âge médian est de 43 ans (DRASSInfo 2009)
- 7% des personnes accueillies en MAS ont plus de 60 ans
- En ESAT : 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans
- Une dizaine de structures dédiées en région
- Certains départements font le choix de créer des unités au sein d'EHPAD, d'autres de développer des structures spécifiques (FAM, Foyer de vie, médicalisation de SAESAT)
- Besoin de médicalisation de places de foyers de vie accueillants ces personnes vieillissantes

Difficultés / Points de vigilance

Pas de réponse unique, mais une réflexion à engager afin de proposer un panel de solutions adaptées aux diverses situations
Accompagnement de fin de vie en lien avec les soins palliatifs



Diagnostic régional

Des progrès importants en matière d'intégration scolaire en milieu ordinaire

- Grâce notamment au développement de SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés), à la mise en place d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) et de matériel adapté à certains types de handicap, l'intégration des enfants handicapés en milieu ordinaire est en nette progression depuis 5 ans.
- Ainsi, depuis la parution de la loi de 2005 sur l'égalité des chances, le nombre d'intégrations individuelles ou collectives (CLIS/ULIS) en milieu ordinaire a augmenté de 56% pour les enfants du 1er degré, et de 222% au 2nd degré.
- Le taux de scolarisation d'enfants handicapés en région est de 2,15% pour le 1er degré et de 1,37% pour le second degré (niveaux supérieurs au taux national).
- 70% des enfants handicapés scolarisés le sont en intégration individuelle. Ces enfants bénéficient d'un accompagnement de type AVS pour 57% d'entre eux, de transport spécifique pour 17% et de matériel pédagogique adapté pour 14%.
- Dispositifs collectifs existants et évolution depuis 2004 : 156 CLIS (+2,6%), 59 ULIS Collège (+64%) et 23 ULIS Lycée (aucune structure en 2004)
- Type de handicaps principaux : troubles intellectuels et cognitifs (40%), troubles du psychisme (19%), troubles du langage et de la parole (16%), autisme 7%, moteur 7%.

Difficultés / Points de vigilance

- Poursuivre l'adaptation du dispositif IME (places d'internat notamment), afin de favoriser le maintien en milieu ordinaire
- Effort d'intégration à poursuivre, notamment sur le 2nd degré : scolarisation à temps très partiel
- Formation et statut précaire des AVS (auxiliaires de vie scolaire)
- Difficultés de scolarisation de certains enfants (avec profil ITEP notamment)



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial AUDE

- Dans ce département, le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,86 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Une reconfiguration importante des agréments sera nécessaire pour mieux répondre aux besoins
- La proportion des services dans l'offre globale est inférieure à 20% (25% France entière et 30% en LR)
- Il n'y a pas d'établissement pour Handicap moteur, aucune création n'est envisagée. La prise en charge se fait en SESSAD.
- Les chiffres en matière d'intégration scolaire sont très bons, surtout dans le 2nd degré.

Les éléments du schéma Enfants 2008-2011, selon les orientations de l'Etat sont les suivants :

Petite enfance : créer des outils adaptés pour les assistants familiaux, mobiliser le REAAP pour les parents d'enfants handicapés et renforcer les places de CAMSP sur l'Ouest (couverture zones mal desservies).

Scolarisation : mettre en œuvre la scolarisation partagée (cf. loi 2005) : augmenter places de SESSAD, créer des places dédiées pour les apprentis, abaisser l'âge d'entrée en ITEP et augmenter le nombre d'Auxiliaires de vie scolaire et d'intégration



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial GARD – ce diagnostic a été réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Le taux d'équipement global en établissement et services est inférieur aux taux régional et national (7,87 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national)
- Les conditions de scolarisation des enfants handicapés se sont nettement améliorées mais les taux de scolarisation restent toutefois les moins bons de la région (taux de scolarisation 2010; Source : Education Nationale)
- L'offre de prise en charge s'est bien développée mais elle est inégalement répartie avec un manque de places d'IME en semi-internat pour déficients intellectuels sur Nîmes et un manque de places d'ITEP sur Bagnols/Cèze.
- Les acteurs sont structurés et dynamiques à l'exemple du "réseau ITEP" et du "réseau Autisme"
- L'émergence d'une dynamique "IMPro/milieu du travail ordinaire" joue un rôle de facilitation dans l'accès à l'emploi, tel le réseau formalisé "Rédapipro"

Les éléments du schéma en faveur de l'autonomie des personnes 2011-2014 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Favoriser l'insertion scolaire et sociale, notamment par:

- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place et d'objectiver les besoins non satisfaits
- la mise en place au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation dédiée aux 16-25 ans
- l'accompagnement des familles par un enseignant référent pour la scolarité de leur enfant
- la promotion de l'apprentissage et de la mise en situation en entreprise pour les jeunes en établissements spécialisés



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial HERAULT

Ce département connaît des besoins importants...

- Le taux de bénéficiaires de l' AEEH est le plus important de la région (12,51 contre 11,6 au niveau régional)
- Des efforts de création ont été menés entre 2007 et 2009 avec 138 places autorisées et un ciblage sur les SESSAD
- Cette offre reste néanmoins insuffisante. Le taux d' équipement global en établissement et services est le plus faible de la région (7,77 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national au 1er janv 2010)
- Les besoins sont particulièrement marqués sur le Biterrois, tandis que l'Est Héraultais apparaît mieux couvert (schéma départemental 2011-2015)
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d' intégration scolaire surtout sur le 1er degré

Les éléments du schéma Enfants 2006-2010 (Orientations de l'Etat) sont les suivants :

Diversifier l'offre pour qu'elle soit mieux adaptée au projet de vie (développer les alternatives à l'institution en mode internat : accueil séquentiel, accueil temporaire, favoriser le maintien à domicile, SESSAD,...)

Améliorer le repérage et le dépistage du handicap

Réviser les agréments afin de mieux adapter les prises en charge au regard de la réalité et des besoins. Il conviendra de redéployer des places d'internat vers l'externat ou les SESSAD)

Améliorer l'efficacité (accompagner les regroupements, les coopérations - développer les outils et indicateurs sur l'évaluation des besoins)



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial LOZERE

- Le taux d'équipement global en établissement et services est de 22,44 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 9,11 au niveau national, avec une part prépondérante de l'internat
- Scolarisation : Des bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire, surtout au 2nd degré
Le constat inverse est fait pour les jeunes des ITEP avec une diminution des scolarisations en milieu ordinaire, ce qui témoigne d'une hausse des difficultés des publics accueillis sur les ITEP de Lozère. En effet, les ITEP lozériens sont de « seconde intention » pour la région, lorsque les solutions de proximité ont montré leurs limites. La prise en charge s'inscrit alors dans le cadre d'une rupture thérapeutique.
- Insertion professionnelle : Les stages réalisés par les jeunes d'IMPro s'effectuent en milieu protégé (environ 2/3) et en milieu ordinaire (environ 1/3), grâce à un large partenariat avec les différents employeurs.
Constat : A la sortie d'IMPro, plus de la moitié des jeunes sont orientés en ESAT

Les éléments du schéma départemental PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général sont les suivants :

Mettre en place un dispositif cohérent et non discriminant offrant aux jeunes en situation de handicap et/ou de difficultés sociales, les meilleures chances de réintégration socioprofessionnelle comparables et équitables.

Garantir et renforcer la diversité institutionnelle (offre de jour, accueils séquentiels, famille-relais).

Mettre en place des relais souples de type « séjour de rupture ».



2- Enfance/Adolescence handicapée

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Le taux de bénéficiaires de l'AAEH est supérieur aux niveaux régional et national.
- Le département est globalement bien doté avec un taux d'équipement en établissement et services de 9,71 pour mille enfants de 0 à 20 ans contre 8,52 au plan régional et 9,11 au niveau national.
- le dispositif enfance régi par le schéma 2008-2013 ne rencontre pas de tensions fortes, mais un manque de coordination est noté entre le secteur « enfants » et « adultes ».
- De bons chiffres sont enregistrés en matière d'intégration scolaire.

Les orientations de l'Etat 2009-2014 sont les suivantes :

- Mettre en place des réponses adaptées aux projets de vie des jeunes handicapés (16-20 ans).
- Diversifier l'offre de prise en charge des ESMS.
- Accentuer les articulations entre l'Education Nationale et l'éducation spécialisée.
- Travailler en pleine intégration dans la société.



Repartition des établissements et services pour adultes handicapés : les ESAT et les foyers d'hébergement



Diagnostic régional

L'accès au travail, une composante essentielle de l'intégration sociale

- Un taux de chômage des travailleurs handicapés deux fois plus élevé que la moyenne de la population active
- Une double évolution à prendre en compte pour les structures du secteur du travail protégé :
 - Au niveau de leur public : vieillissement des personnes handicapées, prévalence croissante du handicap psychique, et précarisation d'une partie des usagers.
 - Au niveau du contexte économique : sortie vers l'emploi de plus en plus complexe, budgets commerciaux en tension, exigences de technicité de plus en plus élevée.
- Taux d'équipement en ESAT supérieur au niveau national : suréquipement important en Lozère et dans l'Aude, déficit dans l'Hérault.
- La DIRECCTE renouvelle son plan régional de santé au travail en lien avec la CARSTAT

Difficultés / Points de vigilance

- Pas d'outil d'évaluation commun pour évaluer la situation des personnes (invalidité (Sécurité Sociale), inaptitude (Médecine du travail), restriction de la capacité de travail (MDPH), ...), créant une difficulté de lisibilité du dispositif pour les bénéficiaires et plus largement pour l'ensemble des acteurs, induisant de véritables obstacles pour l'accès aux droits.
- Les divers dispositifs sont peu complémentaires et répondent souvent à des filières spécifiques selon la porte d'entrée.

Diagnostic territorial AUDE

- Un taux d'équipement en établissement d'hébergement proche du taux national
- Un effort continu de création depuis 2007 permettant une diversification de l'offre institutionnelle
- Réflexion sur la nécessité de médicalisation de places de foyers de vie
- Un taux d'équipement en ESAT (5,55) nettement supérieur au taux national (3,35)
- Un dispositif ESAT/foyer d'hébergement « obsolète », à reconfigurer : besoin de redéployer des places de foyers d'hébergement en foyers de vie ou foyers médicalisés et en structures pour handicapés vieillissants

Éléments des schémas départementaux élaborés par le Conseil Général (adultes et gérontologique)

Problématique des personnes handicapées vieillissantes :

Schéma gérontologique : réponses spécifiques individualisées et réflexion sur la création de sections spécialisées au sein d'EHPAD

Schéma adultes : mettre en place une gamme de réponses adaptées (sections spécialisées en EHPAD, familles d'accueil agréées, maintien des PHV dans leurs structures d'origine avec une adaptation de la prise en charge)

Réflexion spécifique menée sur le champ des ESAT, développement des SACAT

Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

- Un retard d'équipement historique : le taux d'équipement le plus bas de la région (1.7 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2.49 au plan national et 3.12 pour le régional), principalement en offre pour adultes lourdement handicapés.
- Mais des efforts très importants de création de places, notamment en MAS-FAM, à destination de personnes autistes ou vieillissantes permettent de combler une partie de ce retard (nombreuses ouvertures prévues en 2011)
- Le développement des SAMSAH est souhaitable, avec des études de besoins nécessaires pour cibler les publics ayant des besoins d'accompagnement médico-social, au delà du handicap psychique.
- Le dispositif ESAT a été renforcé de façon importante entre 2003 et 2008 et semble aujourd'hui quantitativement suffisant. Toutefois, des nouveaux besoins apparaissent dans ce secteur.

Éléments du projet de schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux et accompagner les projets de vie, notamment par :

§ la mise en place au sein de la MDPH d'un outil de suivi des décisions d'orientation de la CDAPH, afin d'accompagner les familles dans la recherche d'une place

§ la poursuite de la mise en place des lits et places autorisés au 31/12/2010, soit 271 places, et l'adaptation de l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes

§ le développement et la professionnalisation de l'accueil familial; la promotion et l'expérimentation de modes d'habitat alternatif; le soutien et la formation des aidants

§ la mise en place d'une plateforme d'information et d'accompagnement des demandes d'accès à un logement adapté

§ l'accompagnement dans et vers l'emploi: développement de formules innovantes, telle que l'intérim spécialisé, la création d'un SAMSAH spécialisés pour les personnes handicapées psychique, la sensibilisation et la formation des acteurs de l'insertion et de la formation professionnelle de droit commun aux dispositifs liés à l'emploi des personnes handicapées



2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial HERAULT

- Un niveau d'équipement proche voire supérieur au niveau national, hormis pour les foyers d'hébergement en lien avec le taux d'équipement en ESAT (2,71) sensiblement inférieur au taux national (3,35)
 - Un effort continu de création depuis 2004 : +446 places permettant une diversification de l'offre et des expérimentations
 - Des listes d'attente conséquentes, 80 amendements Creton, essentiellement en IME
- Le schéma départemental 2011-2015 met en exergue les tendances suivantes en matière d'évaluation des besoins :
- Des besoins repérés en MAS/FAM essentiellement sur l'est du département (Montpellier-Lunel)
 - Besoins importants de SAMSAH et de SAVS (plus d'1/4 des décisions d'orientation), notamment sur le Biterrois et l'Est du département
 - Besoins sur le handicap psychique
 - 5 unités pour personnes handicapées vieillissantes de 12 lits en moyenne réparties sur l'ensemble du département et adossés à une structure de type EHPAD

Éléments du schéma départemental Adultes PH 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

5 orientations opérationnelles :

- Renforcer l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil
- Organiser les interventions en faveur du maintien à domicile
- Accompagner les projets de vie autonome des jeunes adultes
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes
- Rééquilibrer les territoires en matière d'équipement



Diagnostic territorial LOZERE

- Un taux d'équipement en structures d'hébergement nettement supérieur au taux national
- Moins de 20% des places occupées par des Lozériens. Recrutement régional et limitrophe à hauteur de 50%)
- Un taux d'équipement en ESAT (13,39) 4 fois supérieur au taux national (3,35)
- Sateli : permettre aux personnes travaillant en ESAT de cesser progressivement leur activité (en raison d'un projet de réorientation ou de départ à la retraite par exemple)
- Réflexion sur la médicalisation des foyers de vie (notamment à destination des personnes handicapées vieillissantes)

Éléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Créer un observatoire des flux de population lozériens et non lozériens demandant une entrée dans les établissements de Lozère
- Créer un dispositif d'observation de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement : Echéance 2011
- Décloisonner les verrouillages administratifs entre les capacités des ESAT et des foyers d'hébergement : En cours sur le volet emploi – Création du Sateli – échéance 2011.



2-Adultes handicapés

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

- Un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur aux niveaux régional et national
- Une forte proportion de personnes jeunes (40% de l'effectif a moins de 35 ans)
- Un département globalement bien équipé : un taux d'équipement en établissement d'hébergement de 2,58 pour mille adultes de 20 à 59 ans contre 2,49 au plan national
- Des besoins qui restent cependant importants sur les MAS-FAM et FO
- Un réseau MAS-FAM dynamique, dont le positionnement devra être clarifié

- Un taux d'équipement en ESAT (3,16) légèrement inférieur au taux national (3,35)
- Peu de tension sur le dispositif ESAT, qui a été reconfiguré

Éléments du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général :

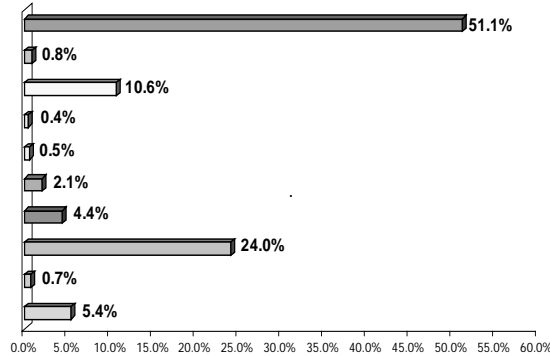
- Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes handicapées : plan local d'insertion
- Un taux élevé de personnes handicapées vieillissantes accueillies en établissement (55%) Privilégier les projets prenant en compte le vieillissement de la population handicapée
- Besoins repérés sur les foyers de vie et FAM
- Redéploiement de l'offre disponible existante



2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

Affections psychiatriques en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)



■	Troubles mentaux organiques
■	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives
■	Schizophrénie, troubles schizotypique et troubles délirants
■	Troubles de l'humeur (affectifs)
■	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
■	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
■	Troubles de la personnalité et du comportement
■	Troubles du développement psychologique
■	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance
■	Autres troubles mentaux

Diagnostic régional

- Plus de 50% des pathologies psychiatriques présentes en MAS et FAM sont des troubles liés à une pathologie organique existante (maladies ou lésions cérébrales),
- 24% des pathologies sont des troubles du développement psychologique (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégré)
- Près de 11% sont des troubles de type schizophréniques.

Difficultés / Points de vigilance

- Lien avec le champ psychiatrique (psychiatrie de liaison médico-sociale)
- Hétérogénéité des publics accueillis qui appelle une spécialisation et une individualisation des prises en charge



2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

Suivi médical en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

Diagnostic régional

- 24 % des résidents en MAS et FAM ont un suivi psychiatrique hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire et 35% ont un suivi mensuel ou trimestriel,
- Le suivi par un médecin généraliste est hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire pour 19% des résidents et mensuel ou trimestriel pour 49% d'entre eux.
- Le suivi dentaire en MAS et FAM n'est pas optimum : 57% des résidents ont un suivi annuel et 17% ont une fréquence de suivi dépassant l'année.
- Le suivi gynécologique est lui aussi déficient avec une fréquence de suivi dépassant l'année pour 39% des résidentes.

Difficultés / Points de vigilance

- Accès à la prévention et au dépistage
- Accès aux soins en établissements sanitaires

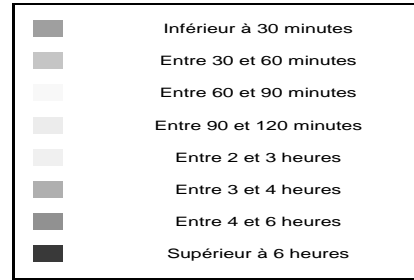
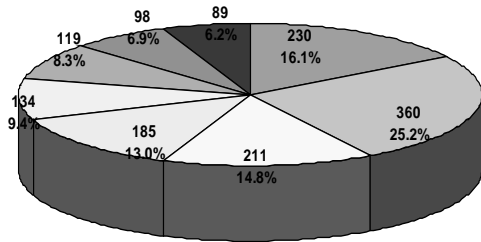


2-Diagnostic régional : Adultes handicapés

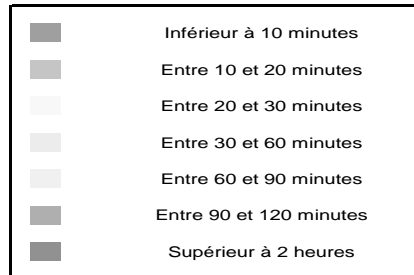
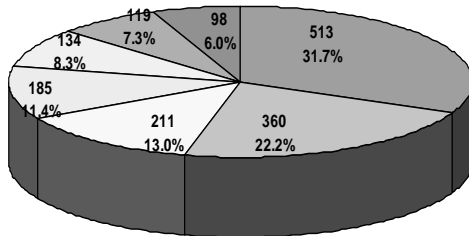
Soins de nursing et infirmiers en MAS et FAM

(Etude régionale Assurance Maladie 2006)

Soins de nursing



Soins infirmiers



Diagnostic régional

- 41% des résidents nécessitent moins d'une heure de soins de nursing par jour, 37% ont une durée de soins de nursing comprise entre 1 et 3 heures par jour et pour 22% ces soins durent plus de 3 heures par jour,
- 54% des résidents ont besoin de soins infirmiers ne dépassant pas 20 minutes par jour, 24% ont des soins infirmiers d'une durée comprise entre 20 minutes et une heure par jour et pour 22% ces soins durent plus d'une heure par jour.

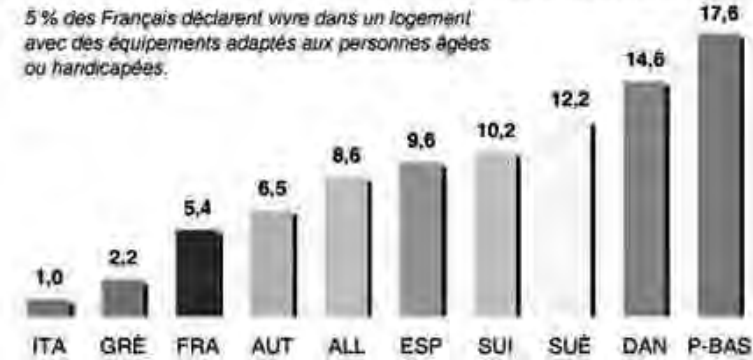


2-Diagnostic régional : Logement et accessibilité

Logement adapté

Logement adapté pour accueillir des personnes âgées ou handicapées, par pays (en %)

5 % des Français déclarent vivre dans un logement avec des équipements adaptés aux personnes âgées ou handicapées.



Source : Enquête SHARE.

Champ : Ensemble des individus enquêtés.



Diagnostic régional

Un enjeu majeur dans la politique de maintien à domicile

○ plus de 90 % des personnes dépendantes (âgées de plus de 75 ans ou handicapées) vivent à domicile.

- L'absence de logement adapté : facteur important déclenchant l'entrée en EHPAD (Etude gérontoclef 2011)
- Appel à projet de la Région Languedoc-Roussillon «logement social et accessibilité» qui vise à augmenter la part de logements sociaux
- Partenariat entre certains conseils généraux, bailleurs sociaux et la MDPH
- Convention de partenariat expérimental dans le Gard entre le département, la MDPH, FDI Sacicap et l'Etat au travers de la délégation «ANAH »
- La loi du 5 février 2005 au milieu du gué : les bâtiments et transports publics ont 5 ans pour être rendus accessibles.

Difficultés / Points de vigilance

- Manque d'information tant des usagers que des professionnels notamment en terme d'aides existantes liés au logement.
- Pour les personnes en situation de handicap la PCH permet de bénéficier d'une adaptation du logement (titre 3)
- Dispersion des acteurs, complexité des montages et délais de réalisation dissuasifs
- Nécessité d'articuler trois dimensions : un logement adapté, une proximité de services et une accessibilité accrue notamment grâce à une politique de transports adéquate
- Peu d'alternatives entre domicile et établissement (formules d'habitat collectif ou logements regroupés à imaginer)



2-Diagnostic régional : Transport et mobilité

Diagnostic régional

Première difficulté évoquée par les personnes en perte d'autonomie dans leur vie sociale.

Plusieurs opérateurs en matière de transport adapté:

- les Conseils Généraux (transports inter-urbains)
- les communautés d'agglomération (transports de droit commun)
- les CCAS
- les transporteurs sanitaires (ambulanciers, taxis : 2 200 dans la région)
- des opérateurs privés ou associatifs (GIHP, Ulysse, ...)
- les établissements d'hébergement

La problématique du transport doit être remise à plat dans sa globalité au niveau de chaque bassin de vie, afin de l'articuler avec les besoins de la population

Difficultés / Points de vigilance

- Dispositifs parcellaires, peu connus et insuffisamment coordonnés
- Accessibilité des gares (SNCF et routières)
- Réflexion à porter sur l'organisation globale des transports



2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic régional :

- L'aide à domicile repose d'abord sur les aidants naturels.
- 75% des bénéficiaires de l'APA recevraient une aide de leur entourage.
- Les aides apportées par les services viennent en complément et rarement en substitution.
- Le maintien à domicile favorisé par la mise en place de l'APA et de la PCH (taux de bénéficiaires supérieurs au taux national) : En LR : 61 820 bénéficiaires de l'APA, dont 42 332 à domicile, 6 642 bénéficiaires de la PCH/ACTP
- De nombreux acteurs, pas toujours bien coordonnés : les services à la personne (115 SAD " autorisés", 108 SSIAD, 38 SAVS, 10 SAMSAH), 1000 places d'AJ et d'HT, 356 accueillants familiaux, les CCAS et CIAS, de nombreux professionnels de santé, l'HAD, les CLIC, 2 réseaux gérontologiques (Haute vallée de l'Aude (11) et Conflent (66)).
- Le secteur des services d'aide à la personne : un secteur atomisé, de plus en plus concurrentiel, en fragilité économique, développement du gré à gré
- Un effort important de développement des services (SSIAD, SAVS, SAMSAH) au cours des 5 dernières années
- Un élément qui favorise la politique de maintien à domicile en LR : la région est bien pourvue en professionnels de santé libéraux, notamment en IDE.
- La prévention et la préservation de l'autonomie est insuffisamment prise en compte par l'ensemble des décideurs et par les acteurs.

Difficultés / Points de vigilance

- Lisibilité insuffisante du dispositif de maintien à domicile par territoire
- Deux univers étanches : le monde du domicile et celui des institutions • Nécessité de décroiser
- Les dispositifs de soutien aux aidants demeurent peu répandus, cloisonnés et mal adaptés aux besoins
- Le dispositif d'accueillants familiaux reste peu développé dans la région

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial AUDE

Un territoire bien équipé pour répondre au besoin d'accompagnement à domicile :

PA : Un bon taux d'équipement en SSIAD (20,61 pour mille PA75 sensiblement supérieur à la moyenne nationale (19 pour mille), de nombreux services à domicile (32 SAD) avec une bonne couverture (pas de zones blanches théoriques), un dispositif d'accueil de jour qui est monté en charge, 1 réseau gérontologique dans la haute vallée de l'Aude. Un réseau de soins palliatifs dans l'ouest audois (ROADS).

PH : 7 places de SSIAD PH, 250 places de SAVS réparties sur 4 services et 2 SAMSAH : 1 pour handicap psychique et un pour handicap moteur)

85 accueillants familiaux agréés PA/PH, dispositif particulièrement bien développé dans l'Aude.

Le fonctionnement des 5 CLIC est jugé satisfaisant, pas d'intervention systématique à domicile, mais beaucoup d'actions de coordination.

Convention 2010-2012 entre l'Etat, la CNSA et le Conseil Général visant à moderniser et professionnaliser les services à domicile

Protection des PA en danger : le Conseil Général s'est doté d'un service qui suit les signalements des PA et PH à domicile.

Difficultés / Points de vigilance

2 freins au maintien à domicile :

- la densité de professionnels libéraux est inférieure à la moyenne nationale
- les petits propriétaires agricoles retraités de la MSA ont souvent des difficultés financières pour entretenir ou adapter leur logement ☹ difficulté pour les maintenir à domicile.

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial GARD

Diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma de l'Autonomie du Gard piloté par le Conseil Général

Une offre d'accompagnement à domicile qui s'est fortement développée :

Alternative à l'hébergement : plus de 400 places d'AJ et HT PA sur le territoire, inégalement répartis sur le département, surtout pour l'hébergement temporaire (près de la moitié des lits d'HT se trouvent dans la zone Cevennes-Aigoual)

Secteur PH : développement plus marqué de l'accueil temporaire

La couverture en SSIAD PA semble satisfaisante sur le territoire aujourd'hui.

112 accueillants familiaux agréés PA/PH pour 255 places au total. Nécessité de diversifier la palette de prise en charge PA/PH : accueil temporaire (pendant les vacances) ou séquentiels (pendant le week-end).

Services à domicile PA : 200 services agréés DIRECCTE et 16 autorisés par le Conseil Général

Services à domicile PH : une offre assez étoffée : 76 places de SSIAD PH, 311 places de SAVS et 47 places de SAMSAH (3 SAMSAH : 2 pour handicap psychique, et 1 pour handicap moteur). 1 SAMAD (service de type samsah) pour les traumatisés crâniens à Nîmes, 1 service d'accueil de jour pour handicapés psychiques à Nîmes, 1 service expérimental pour personnes lourdement handicapées à Alès.

Éléments du schéma de l'autonomie 2011-2014 élaboré par le Conseil Général

Garantir la qualité et diversifier l'offre de services au plus près de l'évolution des besoins, notamment par:

§ la promotion d'une offre de prise en charge alternative et décloisonnée, appuyée sur les établissements et services: garde itinérante de nuit, accueil de jour itinérant, habitat alternatif et accueil familial

§ la structuration d'outils de coordination des intervenants à domicile et de travail en réseau

§ le soutien des actions de maintien du lien social

§ l'amélioration de la qualité des prises en charge

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial HERAULT

Une offre d'alternative à l'hébergement qui reste à développer sur le secteur PA :

Un taux d'équipement en SSIAD de 17,22 pour mille PA > 75 ans sensiblement inférieur à la moyenne nationale (19 pour mille) avec d'importantes disparités infra territoriales : écarts de 1 à 2,5

189 places d'AJ et 118 places d'HT pour PA.

95 accueillants familiaux agréés PA/PH

L'offre d'accompagnement à domicile pour adultes handicapés la plus développée de la région : environ 100 places de SSIAD PH, 13 SAVS (661 places) et 3 SAMSAH (61 places)

Repérage d'un besoin d'une offre de service entre l'accueil en structure et le domicile notamment par l'accueil familial mais nombre de places insuffisant

Nécessité d'évaluation du fonctionnement des CLIC

Éléments du schéma gérontologique 2008-2012 élaboré par le Conseil Général

- Améliorer l'accessibilité (logement et transports)
- Reconnaître les métiers de l'aide à domicile
 - Encourager des alternatives à l'accueil permanent
 - Accompagner les aidants (soutien à domicile)

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial LOZERE

La Lozère, un territoire qui cherche à dynamiser l'accompagnement à domicile :

- Le fonds départemental de compensation géré par la MDPH permet de financer les aides techniques nécessaires au maintien à domicile (fauteuils, prothèses...), l'aide à l'adaptation des logements
 - Création d'un SAMSAH de 15 places, d'un SSIAD-PH de 14 places, d'un Centre d'accueil de jour de 8 places et d'un GEM
- Un taux d'équipement en SSIAD de 20 pour mille PA75 légèrement supérieur à la moyenne régionale
 3 grandes associations d'aide ménagère (ALAD, Présence rurale 48, ADMR) + 2 entreprises agréées
 6 accueillants familiaux agréés PA/PH
 Montée en charge progressive de l'accueil de jour et temporaire : PA : 19 places d'AJ sur 4 établissements et 7 places d'HT
 PH : 12 places d'AJ en MAS/FAM
 Un CLIC départemental qui fonctionne bien

Difficultés / Points de vigilance

Les insuffisances relevées sont :

- manque de couverture de l'aide à la personne dans les secteurs isolés
- besoins de formation et compétence
- gardes de nuit
- Manque de transports spécifiques et de logement adapté

Éléments du schéma départemental Adultes PH 2008-2013 élaboré par le Conseil Général :

- Développer des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire : 5 places d'AJ en FV, 4 places d'AJ en FAM et 1 place d'AT en FAM.
- Créer des appartements de transition permettant un assouplissement des dispositifs existant: échéance 2012.
- Développer le nombre de familles d'accueil agréées pour personnes handicapées
- Créer un centre d'accueil temporaire régional : Etablissement et d'accueil temporaire d'urgence (24 places)
- Faciliter les rapports entre les patients et les professionnels de santé au moyen de technologies de l'information et de communication (TIC) et de vidéoconférences : Non réalisé
- Mettre en place un fascicule de présentation des différents registres d'accompagnement à domicile : En cours - Site Réseau Santé Précarité réalisé

2-Dispositif d'accompagnement à domicile

Diagnostic territorial PYRENEES-ORIENTALES

Trois secteurs isolés et avec une forte population âgée : Les Fenouillèdes, le Conflent et le Haut-Vallespir

Un dispositif d'alternative à l'hébergement permanent (AJ et HT) adossé à des EHPAD qui fonctionne plutôt mal (taux d'occupation très faible et utilisation de lits d'HT en hébergement permanent)

En revanche, les AJ autonomes fonctionnent mieux et font le plein

Le département dispose de 20 SSIAD qui couvrent l'intégralité du territoire. Taux d'équipement satisfaisant.

64 accueillants familiaux agréés PA/PH, qui accueillent 137 personnes âgées/handicapées, dont 2 en accueil temporaire

Les SAD existants suffisent à répondre à la demande sur l'ensemble du territoire malgré une tension dans les zones isolées, avec une problématique de maintien d'activité dans un contexte de crise du secteur

Un réseau gérontologique sur le territoire du Conflent qui rend un réel service

Éléments du schéma gérontologique 2007-2012 et du schéma des solidarités 2011-2015 élaboré par le Conseil Général

- Un souhait majoritaire du maintien à domicile, et d'une offre plus souple et plus diversifiée
- Développer des projets partenariaux de type « plateformes de services »
- Introduire d'avantage de souplesse et une plus grande alternance entre domicile et établissement = Développer une offre d'accueil séquentiel Réflexion à engager sur ces modalités de prise en charge
- Réaliser une étude pour mieux connaître les besoins et attentes des PH à domicile
- Professionnaliser les SAD pour améliorer la qualité du service rendu
- Orientation n°3 du schéma gérontologique : Soutenir les aidants familiaux



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Un dispositif médico-social spécifique prend en charge les personnes vulnérables du fait de leurs addictions d'atteintes par des maladies et rendues vulnérables par la précarité sociale. La précarité accompagne très fréquemment la maladie chronique grave ou invalidante, qu'elle en soit une conséquence ou un des déterminants.

- Dispositif de prise en charge **des addictions** qui comprend les :
 - § Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avec ou sans accueil résidentiel, et les Consultations jeunes consommateurs;
 - § Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD);
- Dispositif de prise en charge **des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies graves et/ou invalidantes**. Ce sont les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT), qui n'ont pas vocation à accueillir les malades mentaux (ne se substituent pas aux missions des secteurs de santé mentale) et n'accueillent les personnes présentant des addictions que du fait des co-morbidités (ne se substituent pas au dispositif de soins résidentiels en addictologie);
- Dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) de prise en charge **des personnes en grande précarité**, sans chez eux et nécessitant des soins du fait de pathologies intercurrentes.

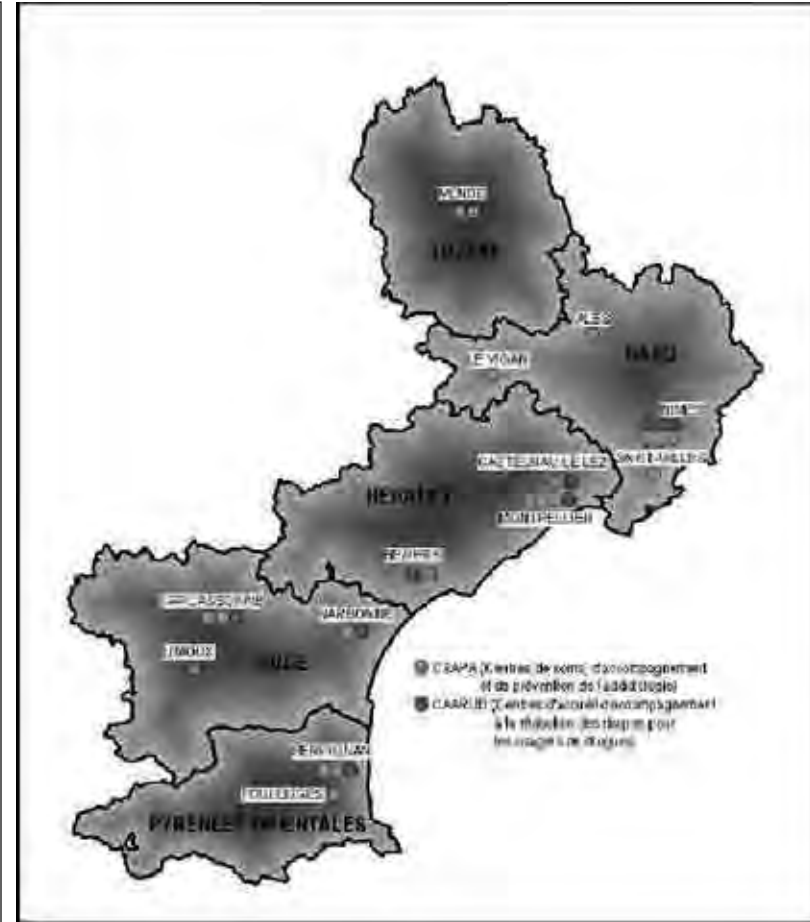


2- Personnes à vulnérabilité spécifique

1-1 Etat des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

§Des zones blanches ou mal couvertes

- q **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières) Port La Nouvelle
- q **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols/C), Nord du département, les Cévennes
- q **Hérault** Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)
Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- q **Lozère** Zone blanche des Cévennes
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA
- q **P O** Les Albères , le Fenouillèdes, le Pays Cerdan





2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux de l'AUDE

4 CSAPA - dont 2 résidentiels- 7 antennes, ouvertes en général 3h/ semaine

Limoux (Toxicomanie) CSAPA résidentiel, antennes Castelnaudary, Quillan

Carcassonne (Alcoologie) antennes Castelnaudary, Quillan, Limoux , à Carcassonne UCSA – 4 CHRS

Carcassonne (Généraliste) avec appartements, antenne Narbonne (5 jours / semaine)

Narbonne (Alcoologie)

1 CAARUD

Carcassonne antenne Narbonne

Hôpitaux : 2 ELSA et 2 consultations hospitalières - Carcassonne et Narbonne

Activité prévention des CSAPA

§ essentiellement en milieu scolaire, professionnel (métiers de bouche, apprentis) et dispositif insertion

§ évènements festifs, afflux estival

Des zones mal couvertes :

Haute vallée de l'Aude (Quillan), est-audois (Lézignan Corbières) et Port la Nouvelle



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux du GARD

6 CSAPA – dont 2 résidentiel - 8 antennes , ouvertes de 4h à 40h / semaine

Le Vigan Equipe mobile, Saint Hyppolite, Lasalle
Nîmes (Toxicomanie) Uzès, Ales , Sommières, CJC à Alès
Nîmes (Généraliste) – CHU
Nîmes (Alcoologie) Vauvert, Alès, Bagnols/Cèze
Saint Gilles (Généraliste) Communauté thérapeutique, Appartements mères enfants
Alès CSAPA résidentiel, Accueil familial thérapeutique

3 CAARUD

Nîmes Antenne Alès, équipe mobile, milieu festif, milieu carcéral
Nîmes Zone Sud du département
Nîmes Antennes Uzès et Sommières, réseau d'officines, programmes d'échange de seringues

2 associations de prévention et réduction des risques exerçant les missions (Vauvert, Bagnols / C)

Hôpitaux : 3 ELSA et 34 consultations hospitalières - CHU Nîmes et le Grau du Roi, CH d'Alès, CH de Bagnols/C.

Activité prévention des CSAPA : toutes structures sauf CHU, en direction des scolaires, dispositif d'insertion, entreprise et apprentissage , évènements festifs, fêtes votives.

Des zones en difficultés : Bagnols/C, Beaucaire, Saint-Gilles, Aigues Mortes, Nord Ouest du département.



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux dans l'HÉRAULT

6 CSAPA - dont deux résidentiels - 13 antennes, d'amplitude d'ouverture de 2 h à 35h / semaine

Montpellier (Alcoologie)	Sète, Frontignan, Clermont l'H, Pézenas, Carnon, CHRS de Mtp, UCSA
Montpellier (Alcoologie)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	Sète, Lunel, Clermont l'H, Jeunes Mtp, UCSA
Béziers (Généraliste)	Agde, Bédarieux, Jeunes, UCSA
Montpellier (Généraliste)	CSAPA résidentiel
Montpellier (Toxicomanie)	CHU

1 association « de prévention » assurant les missions en périphérie de l'agglomération de Montpellier

3 CAARUD

Béziers	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 accueil femmes, 1 milieu carcéral, milieu festif
Montpellier	CAARUD femmes
Montpellier	2 équipes mobiles, 1 équipe de rue, 1 milieu carcéral, fêtes votives, milieu festif

Hôpitaux : 3 ELSA et 3 consultations – Montpellier, Sète et Béziers

Activité de prévention des CSAPA

Scolaires, dans une moindre mesure apprentissage et formation professionnelle

Zones en difficulté Lunel, Pays cœur d'Hérault, Sète et le bassin de Thau, Bédarieux St Pons



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

Etat des lieux en LOZÈRE

1 CSAPA (Généraliste) – 4 antennes, ouvertes 2h/semaine

Mende (Généraliste)

Marvejols, Florac, Langogne, St Chély
 Consultation jeune consommateur
 Permanences CHRS

Animateur du réseau d'acteurs locaux,
 porteur du médiateur santé

Travail en réseau avec MLI

Assurant la réduction des risques

Sanitaire : ELSA au CH de Mende
 SSR post cure alcool

Activité de prévention du CSAPA : en lien avec associations et réseau précarité, entreprises, jeunes hors scolaire

Fragilité des Cévennes spécifiquement, de l'accès à la réduction des risques

Etat des lieux dans les PYRÉNÉES ORIENTALES

2 CSAPA – 3 antennes

Perpignan (Alcoologie) Prades, Céret, Université
 Perpignan (CH de Thuir) (Toxicomanie)

1 Consultation jeune consommateur

1 CAARUD

Perpignan 1 équipe mobile, 1 programme prison,
 1 programme officines, 1 accueil femmes,

Travail en réseau avec sages-femmes (ASF) pour grossesses et addictions

Hôpitaux : ELSA et consultation Perpignan
 Manque de lits de sevrage.

Activité prévention des CSAPA

Réseau d'acteurs, en direction des scolaires, des CUCS (ateliers santé ville et projets de quartiers)

Zones non couvertes Les Albères, le Plateau Cerdan, le Fenouillèdes



2- Personnes à vulnérabilité spécifique

1-3 Atouts et faiblesses

En termes d'activité des structures

- Turn-over important des personnes accueillies et certaine discordance entre observations du terrain et données sur les conditions sociales des personnes
- Poids des poly consommations , alcool en « toile de fond ».

Un dispositif de prise en charge médicosocial étoffé mais

- ne couvrant pas le territoire : redéploiement, antennes et accroche au panier de service de proximité à concevoir
- Insuffisamment coordonné avec les établissements sanitaires et les médecins et professionnels de premier recours
- encore très spécialisé

Une carence de soins résidentiels (communauté thérapeutique, familles d'accueil, appartements relais) dans une région où par ailleurs l'accès à un logement ou un hébergement est extrêmement difficile.

Pas de réponse aux besoins des « routards », population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

Un dispositif de réduction des risques (RDR) insuffisant en couverture territoriale, concerté dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes, Lozère...) ou grande exclusion, et pas d'accès à la méthadone des plus marginalisés

Une articulation qui demande à être étayée et généralisée avec

- CDAG et CIDIST
- centres de vaccination
- hépatologues

Au niveau sanitaire :

Une Equipe de liaison en addictologie (ELSA) à faire vivre dans tous les hôpitaux sièges de SAU

Peu de problèmes d'accessibilité à la méthadone mais besoin de partage (recommandations, pratiques) et de « chainage » en relais délivrance hospitalière et/ou médico-social puis ville

Pas d'alternatives à l'hospitalisation et de possibilité de prise en charge (accompagnement) à domicile en particulier des troubles neurocognitifs induits (SAMSAH et SAVS)

Une articulation entre réseau périnatal et dispositif addictions sur le territoire, à consolider notamment dans les PO.

Peu de liens avec le dispositif de santé mentale, des lieux d'accueil des jeunes travaillant souvent insuffisamment en réseau avec la santé mentale et l'addictologie

D'une manière générale, peu d'implication des généralistes

posant problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)

En matière de prévention

- Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que l'éducation à la santé

- Faiblesse de repérage et de prise en charge des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires)

- Et la nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes de prévention des CSAPA dans des projets locaux redéfinis

Des moyens d'observation quasiment inexistant

Observation indirecte (activité de dispositifs multiples), pas de dispositif régional de veille, peu de données sur les usages et les usagers

3- Glossaire

AAH	: Allocation Adulte Handicapé	IME	: Institut Médico-Educatif
ACTP	: Allocation Compensatrice pour l'aide d'une Tierce Personne	IMPRO	: Institut Médico-Professionnel
AEEH	: Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé	ITEP	: Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
AGGIR	: Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources	MAS	: Maison d'Accueil Spécialisée
AJ	: Accueil de jour	MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services	MSA	: Mutualité Sociale Agricole
ANESM	: sociaux et Médico-sociaux	PA	: Personne Agée
APA	: Allocation Personnalisée à l'Autonomie	PASA	: Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
ARS	: Agence Régionale de Santé	PH	: Personne Handicapée
AVS	: Auxiliaire de Vie Scolaire	PCH	: Prestation de Compensation pour la Personne Handicapée
CAARUD	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue	PRAPS	: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
CAMSP	: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	PRITH	: Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles	PMI	: Protection Maternelle et Infantile
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale	PPS	: Projet Personnalisé de Scolarisation
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique		: Programme Interdépartemental d'ACcompagnement du Handicap et de la Dépendance
CLIS	: Classe d'Intégration Scolaire	PRIAC	
CMP	: Centre Médico-Psychologique	SAFEP	: Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
CMPP	: Centre Médico-Pscho-Pédagogique	SAMSAH	: Service d'Accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapé
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	SAVA	: Service d'Accompagnement à la Vie Autonome
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie	SAVS	: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CROP	: Centre Régional de l'Ouïe et la Parole	SESSAD	: Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
CSAPA	: Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie	SROMS	: Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
DDCS	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale	SSEFIS	: Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
DIRECCTE	: Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, de Travail et de l'Emploi	SSIAD	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
EHPAD	: Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes		:
ESAT	: Etablissement et Services d'Aide par le Travail	TCC	: Trouble du comportement et du caractère
ESMS	: Etablissement et Service Médico-Sociaux	UHR	: Unité d'hébergement Renforcée
FAM	: Foyer d'Accueil Médicalisé	UPI	: Unité Pédagogique d'Intégration
FO	: Foyer Occupationnel	UTASI	: Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion
GIR	: Groupe Iso Ressources		
HAD	: Hospitalisation à domicile		
HAS	: Haute Autorité de Santé		
HT	: Hébergement temporaire		

Offre de soins

d'Organisation
Médico-Sociale



Prévention

ARRETE N° 2012-213

**Portant adoption du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L 1434-6 et R 1434-1 à R1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n ° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3, listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

A R R E T E

Article 1 : Le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté, est adopté pour une durée de 5 ans.

Article 2 : le Schéma Régional d'ORGANISATION des SOINS de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

Article 3 : Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

Article 4 : Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général
de l'Agence régionale de santé
du Languedoc-Roussillon,

signé

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		Collectivités territoriales		
		Communes		
		11 - Aude		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de Lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		30 - Gard		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		34 - Hérault		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marseillan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomières	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
		34 - Conseil Général de l'Herault		
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		48 - Lozère		
21/01/2012	01/02/2012	48- Pompidou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		66 - Pyrénées-Orientales		
23/01/2012	24/01/2012	66- Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Formigueres	Favorable	

Schéma régional

Organisation des soins

- Hospitalier
- ambulatoire



Organisation
Médico-Sociale

Prévention

Organisation des soins

- Hospitalier
- Ambulatoire

Hospitalier - Ambulatoire

Le premier schéma régional de l'organisation des soins, issu de la loi HPST (SROS-PRS), participe à la mise en œuvre d'un projet régional de santé sur l'ensemble du territoire. Il concerne désormais, non seulement l'ensemble des volets que recouvre l'offre de soins en établissements de santé, mais également l'offre de soins ambulatoire.

Construit avec les professionnels dans le cadre de nombreux groupes de travail, le SROS-PRS a fait l'objet d'une large concertation avec les usagers et les élus locaux, que ce soit dans les instances de démocratie sanitaire voulues par le législateur, ou auprès des acteurs de terrain, par le canal de leurs représentations respectives (fédérations, URPS, syndicats professionnels...).

A l'issue d'une première étape visant à établir un diagnostic des besoins de santé de chaque territoire, l'ARS a pu identifier les points de fragilité sur lesquels les priorités d'action doivent porter. Les objectifs qui guident l'organisation des parcours de soins, consistent à promouvoir, pour chaque patient, sans perte de chance et où qu'il se trouve, une prise en charge adaptée par la structure la plus adéquate à son état.

Ce sont des objectifs ambitieux au service de la population du Languedoc Roussillon parfois confrontée à des réponses insuffisantes en termes de proximité, de délais ou d'adéquation dans leur prise en charge. C'est aussi une nécessité pour les professionnels au regard des difficultés de la démographie médicale en recul sur notre territoire.

En effet, la région se caractérise par une forte croissance démographique de sa population mais aussi par un fort indice de vieillissement, qui doivent conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge de la dépendance notamment. Même si il existe des écarts infra-régionaux, la consommation et l'offre de soins se situent au dessus de la moyenne nationale. Ce constat, qui se vérifie aussi bien pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers, appelle une optimisation de l'organisation de la santé sur la région.

Il importe de noter que parallèlement, les résultats et l'état de santé de la population restent dans la moyenne (notamment en matière d'espérance de vie), voire se dégradent sur certains indicateurs (mortalité prématurée évitable de la femme).

Dans un contexte de contrainte financière, et au regard de l'importance de l'offre comme de l'activité, la région doit pouvoir trouver dans les ressources déjà existantes, les modalités de réponse aux besoins et l'amélioration de son efficience.

Pour autant, même quand l'offre est abondante, il convient de s'assurer qu'elle est accessible à tous.

En effet, la situation de précarité et de vulnérabilité de la population régionale est un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement et un facteur aggravant de problématiques sanitaires et sociales déjà présentes.

L'accessibilité financière constitue une préoccupation majeure du schéma de l'organisation des soins au même titre que l'accessibilité géographique. Elle aura des traductions opérationnelles dans les programmes (PRIAC, PRAPS) et les contrats locaux de santé.

Hospitalier - Ambulatoire

Les soins de premier recours

L'offre libérale est inégalement répartie entre une zone littorale globalement bien pourvue, et un arrière pays où une politique volontariste s'impose pour maintenir la continuité des soins.

Cette politique peut s'appuyer sur l'important pouvoir attractif que conserve le Languedoc-Roussillon pour les professionnels, renforcé par un soutien fort de l'agence, des collectivités locales et de l'Etat, à la mise en œuvre de projets d'exercice collectif et par des aides à l'installation, dans les zones définies par le schéma comme prioritaires.

L'évolution des besoins de santé, des maladies chroniques, impliquent d'adapter l'accompagnement et la prise en charge des populations, en développant un exercice coordonné pluri-professionnel, en favorisant le soutien à domicile, et en repérant au plus tôt les situations de fragilité. Une réponse peut être apportée dans de bonnes conditions grâce à une démarche pro-active des professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, biologistes...).

Les formules de partage des tâches entre professionnels de santé doivent être recherchées afin de répondre à la raréfaction des ressources médicales et de promouvoir de nouvelles modalités de l'exercice libéral. Dans ce but, la constitution de structures d'exercice collectif, autour d'un projet de santé porté par des équipes pluri-professionnelles sera encouragée par tout moyen, notamment pour les territoires vulnérables.

L'agence souhaite également promouvoir le contrat d'engagement de service public auprès des étudiants et internes et développer les terrains de stage, en particulier chez les médecins généralistes, en zone rurale défavorisée ou zone urbaine sensible.

Hospitalier - Ambulatoire

L'articulation ville-hôpital

Les hôpitaux développent une offre de soins de premier recours. Elle n'a pas vocation à se substituer à l'offre libérale, néanmoins sur certains territoires et pour certaines spécialités, l'offre hospitalière peut être le seul recours accessible à tous.

Une complémentarité entre la ville et l'hôpital est également nécessaire pour assurer la permanence des soins ambulatoires, notamment en nuit profonde, sur une partie du territoire.

Le SROS promeut ainsi l'articulation entre offre de soins hospitalière et ambulatoire par exemple pour la mise en œuvre de plateaux intégrés de biologie médicale.

Une bonne collaboration entre la médecine libérale ambulatoire et la médecine hospitalière, constitue une condition à l'évolution de l'offre de soins vers des prises en charge substitutives à l'hospitalisation complète. Ainsi, les projets d'hospitalisation à domicile ne pourront se développer qu'avec une pleine adhésion des professionnels de santé libéraux, médecins, infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires de santé.

Le raccourcissement des durées de séjour, voire chaque fois que possible l'absence d'hébergement au sens de l'hospitalisation classique, par le choix prioritaire et donc le développement des modalités de prises en charge de jour (chirurgie ambulatoire en particulier, mais aussi Hospitalisation de jour ou soins externes) est amené à s'amplifier.

Le suivi de ces patients doit ensuite pouvoir s'appuyer sur le tissu des professionnels de santé libéraux, en lien avec l'hôpital, réservant l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, aux malades dont l'état de santé le justifie et pour lesquels le retour à domicile n'est médicalement pas possible.

Inversement, les professionnels de santé libéraux doivent pouvoir trouver une réponse immédiate et totalement adaptée aux besoins d'hospitalisation des malades dont ils ont la charge, y compris par admission directe en soins de suite ou en HAD le cas échéant, sans avoir à recourir systématiquement aux services d'urgences.

La mise en place de plateformes d'orientation à destination de la médecine libérale, dans cet objectif, doit pouvoir être expérimentée et évaluée.

Hospitalier - Ambulatoire

Offre hospitalière et gradation des soins

L'importante offre hospitalière de la région répond globalement aux besoins de la population et permet d'anticiper les évolutions démographiques. Elle est par ailleurs tout à fait atypique, avec une forte représentation du secteur libéral (dans lequel les grands groupes régionaux sont dominants) qui effectue 70 % des actes de chirurgie, 50 % des accouchements (situation nationale à 27 %) et 50 % des hospitalisations de psychiatrie.

En dépit de la grande proximité géographique des deux CHU, le secteur public qui maille correctement le territoire dans le domaine des soins voit son activité augmenter ces dernières années, parfois plus vite que le secteur libéral.

Le principe de gradation des soins, préconisé par les instructions ministérielles, est d'ores et déjà mis en œuvre en région Languedoc-Roussillon, chaque niveau de plateau technique devant répondre dans son cadre d'intervention aux besoins spécifiques des populations.

Le schéma est ainsi construit, suivant le principe d'une gradation des activités de soins et équipements matériels lourds, qui comporte désormais 4 niveaux (dont 3 de recours) :

1/ Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé, se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité

2/ Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie.

3/ Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » 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.

4/ Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional », voire de référence nationale correspondant à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée.

La partie relative aux objectifs de l'offre de soins hospitalière comporte la mention des villes, à cet égard, pour ce qui concerne les agglomérations de + de 50 000 habitants, la dénomination de la ville s'entend aux communes limitrophes.

L'offre de soins de proximité : les établissements isolés ou de faible capacité

Une attention particulière est portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés, ayant moins de 30 lits de SSR et moins de 20 lits de médecine).

Une analyse détaillée de l'activité a été réalisée dans ces structures, à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- La viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- La place de l'établissement dans l'offre du soin du territoire ;
- La nature du service rendu ;
- Les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines préconisations de créations ou de regroupements d'implantations.

Le positionnement des établissements universitaires de recours dans l'offre de soins

La région Languedoc-Roussillon offre la particularité, unique en France, d'abriter deux CHU pour une seule faculté de médecine. Il importe d'en faire un atout.

Les CHU, avec le CLCC dans le domaine de la cancérologie, ont vocation à répondre à leur triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Ils ont un rôle d'établissement de recours qui doit rester très largement prépondérant. Ils ont également une activité de proximité qui doit perdurer. Ils sont confrontés à une concurrence forte d'un secteur libéral, incontournable en région, avec lequel ils doivent développer de nouvelles coopérations (notamment sur certaines activités de recours).

Les CHU développeront de meilleures synergies notamment en matière de recherche, dans le cadre d'une structure commune qui a vocation à se développer.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS - PRS) Hospitalier - Ambulatoire

Les difficultés de déplacement des populations et les exigences en matière de transport

La mobilité des professionnels de santé ne peut plus être la seule réponse à l'accès aux soins dans les territoires isolés et défavorisés ou dans les situations sociales et familiales difficiles. La mise en œuvre d'une politique des transports sanitaires cohérente est une priorité pour permettre l'accessibilité aux soins, notamment de premier recours quelle que soit la situation géographique et personnelle des patients sur le territoire et à tout moment (horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de la permanence des soins (PDS)).

La pression de la démographie médicale, la restructuration de la permanence des soins, la croissance de la demande, la concentration des plateaux techniques imposent d'améliorer l'efficacité du dispositif et d'innover en matière de transports sanitaires dans le respect des contraintes économiques actuelles en matière de santé.

Cette politique sera mise en œuvre en lien avec le programme régional de la gestion du risque.

Les schémas de l'offre ambulatoire, de la permanence des soins ambulatoire et en établissements hospitaliers, veillent à la cohérence entre les zones de desserte des SMUR, l'existence de médecins correspondants SAMU, l'articulation avec les SDIS, les transports hélicoptérés, les maisons médicales de garde...

NB : Le décret n.20105809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) précise que le dispositif de la PDS doit être défini dans le cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS. Il ne relève donc pas de la partie ambulatoire du SROS.

Organisation des soins - Hospitalier

Les activités faisant l'objet d'un focus dans le PSRS :

- <u>Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extrarénale</u>	Page 12	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Psychiatrie</u>	Page 26	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Traitement du cancer</u>	Page 42	è <u>Diagnostic</u>

Les activités structurantes pour le parcours de santé :

- <u>Médecine</u>	Page 58	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Soins de Suite et de Réadaptation</u>	Page 74	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Soins de Longue Durée</u>	Page 89	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Soins palliatifs</u>	Page 103	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Soins aux personnes détenues</u>	Page 117	è <u>Diagnostic</u>

Les activités H24 et techniques :

- <u>Chirurgie</u>	Page 126	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Périnatalité</u>	Page 140	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie</u>	Page 155	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Médecine d'urgence</u>	Page 169	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Réanimation, soins intensifs, surveillance continue</u>	Page 183	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Imagerie médicale</u>	Page 198	è <u>Diagnostic</u>
- <u>Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales</u>	Page 212	è <u>Diagnostic</u>

Les missions de service public

Page 229

Glossaire

Page 247

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

[Retour au sommaire](#)

Insuffisance Rénale Chronique

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie sévère aboutissant à l'insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement à vie qui peut être la dialyse ou la greffe rénale.

Ces traitements sont lourds et contraignants. Ils nécessitent des structures organisées selon le type de dialyse, le degré d'autonomie des patients, la lourdeur des pathologies associées, l'accessibilité à la greffe rénale.

Ce schéma propose une organisation régionale graduée. Il a été élaboré en collaboration avec les professionnels de santé de la région et les associations d'usagers.

La prévalence de cette pathologie est importante dans la région. Il s'agit donc à la fois :

- De mieux prévenir l'apparition de la maladie, de retarder le stade de l'Insuffisance Rénale Chronique terminale (dépistage, éducation thérapeutique des hypertendus et des diabétiques).
- De traiter au mieux les patients, une fois atteint le stade de l'IRTC :
 - Par la greffe rénale qui est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, en alliant le plus grand confort pour le malade

- En permettant l'accès facile à tous les modes de traitement (Hémodialyse, Dialyse péritonéale...) selon les indications médicales les plus appropriées.
- A domicile chaque fois que cela sera possible, Au plus proche du domicile dans la structure adaptée sinon.

- De développer les nouvelles technologies (télémédecine) au service de cette pathologie
- De poursuivre le suivi épidémiologique par le registre REIN

Le SROS précédent a été mis en œuvre et on observe avec le suivi REIN, qu'une fois les travaux concernant l'implantation déjà autorisée sur Sète terminés, il n'y a pas de nécessité d'une structure nouvelle dans les années à venir du présent SROS PRS. En effet, si la prévalence a augmenté régulièrement, elle se stabilise et le nombre de patients incidents très âgés est significatif.

Il est préconisé que chaque structure existante puisse proposer (directement ou par convention) à ses patients les différentes modalités de traitement. A cet égard les structures n'en disposant pas, sont incitées à demander et/ou à mettre en œuvre la modalité d'entraînement par la dialyse péritonéale.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Orientations

Insuffisance Rénale Chronique

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Le suivi organisé de la population en dépistage et prévention de l'IRC permettrait d'éviter 18% de passage en IRCT
- Le registre REIN montre que l'augmentation de la prévalence brute est égale à 18.5% en France entre 2003 et 2009, elle est supérieure à 30% en LR (32.6%) soit une augmentation >10% à la variation nationale
- Le recours à la dialyse à domicile et notamment à la DP en LR peut et doit être amélioré
- La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et notamment en termes de qualité de vie pour les patients
- On observe une disparité dans le recours aux différentes modalités de traitement selon les territoires de LR, sans rapport avec les comorbidités et les possibles indications.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité** : Développer la dialyse à domicile et le suivi des greffés par les équipes néphrologiques de proximité (référentiel HAS) dans le respect du choix du patient.

- **Qualité- pertinence:**

Développer l'information éclairée du patient quant aux diverses modalités de prise en charge. Cette dernière est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de chaque structure en incluant les associations de patients.

Inscrire chaque structure dans le plan stratégique national 2009-2013 des infections associées aux soins (IAS)

Maintenir la qualité des données du registre REIN

- **Performance:**

Augmenter le nombre de greffes rénales et promouvoir le don d'organes

- **Evitabilité**

Dépister précocement l'IRC débutante : harmonisation régionale des résultats et des commentaires fournis par les laboratoires

Insuffisance Rénale Chronique

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en traitement de l'insuffisance rénale chronique suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- **prévention**

Inclure les malades diabétiques et hypertendus dans des programmes d'éducation thérapeutique
Prévenir la iatrogénie médicamenteuse notamment chez les personnes âgées

- **Inter-hospitalier et soins de premiers recours**

Développer la télémédecine et la télésurveillance

Renforcer la coopération et les formations des équipes qui prennent en charge le malade insuffisant chronique: IDEL, médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, rôle des réseaux

- Permettre l'accès aux diverses modalités de prise en charge, en centre et en ambulatoire, dans une grande fluidité

- **médico-social**

Développer les liens entre les structures de dialyse à domicile et les EHPAD

Liaisons principales avec d'autres volets : lits de recours en médecine – greffes – réseau REPRELAR.

Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

- Veiller à ce que chaque centre autorisé mette en œuvre, par lui-même ou par convention, l'entraînement à la dialyse à domicile : HDD et DP.
- Pour l'hémodialyse, il n'est pas prévu de nouvelle implantation à l'exception d'un centre par territoire (Mende) et la possibilité d'envisager dans les UAD rurales de l'Hérault une évolution avec alternance cycle UDM/cycle UAD

Un plan d'action de développement de la Dialyse à domicile et des UAD, et de la greffe rénale est à décliner dans les CPOM établissements :

- Augmenter le recours à la dialyse à domicile
- Augmenter le recours à l'UAD : 20% des patients incidents
- Objectif de 150 greffes rénales annuelles au CHU de Montpellier+suivi partagé des greffés avec les établissements périphériques
- Favoriser le suivi du patient par le néphrologue initial (choix du patient) quelque soit le mode de prise en charge tout au long de sa vie
- Fluidifier le parcours du patient (coopérations)

Pourcentage annuel de patients incidents en dialyse à domicile et DPCA

Pourcentage annuel de patients incidents en UAD

Nombre de greffes rénales annuelles

Par structure : - nombre de patients greffés en suivi partagé avec le CHU de Montpellier
- nombre de patients transférés annuellement dans le cadre des conventions

Il convient de favoriser le développement de la télémédecine :

- Consolidation des organisations existantes
- Etude de tout nouveau dossier, y compris pour le domicile
- Développer la prise en charge en EHPAD de la DP

Nombre de projets de télémédecine aboutis et rendus opérationnels

Nombre de patients admis en EHPAD en DP

Insuffisance Rénale Chronique – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Languedoc-Roussillon	Dialyse à domicile (dont péritonéale)	1 implantation à vocation régionale	
	Centre d'hémodialyse pédiatrique régional	Montpellier (1)	
Aude	Unité d'Autodialyse	Trèbes (1) Limoux (1) Narbonne (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
	Dialyse en centre	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
Gard	Unité d'Autodialyse	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Alès (1)	
	Dialyse en centre	Nîmes (2) Alès (1)	
Hérault	Unité d'Autodialyse	Lunel (1) Clermont l'Hérault (1) Grabels (1) Ganges (1) Villeneuve les Béziers (1) Bédarieux (1) Agde (1) Sète (1) Bouzigues (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Castelnau le Lez (1) Montpellier (1) Béziers (1) Ganges (1) Clermont l'Hérault (1)	+ 2 UDM par alternance avec l'UAD à Ganges et à Clermont l'Hérault
	Dialyse en centre	Montpellier (1) Castelnau le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	Unité d'Autodialyse/Unité de Dialyse Médicalisée (en alternance)	Mende (1 UDM + 1 UAD) Marvejols (1 UDM + 1 UAD)	
	Dialyse en centre	Mende (1)	+ 1 (Mende)
PO	Unité d'Autodialyse	Le Soler (1) Argelès (1) Saint Laurent de la Salanque (1) Prades (1) Font Romeu (1) Le Boulou (1) Elne (1) Perpignan (1)	
	Unité de Dialyse Médicalisée	Cabestany (1)	
	Dialyse en centre	Perpignan (1) Cabestany (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Suivi partagé des patients greffés
- Suivi des conventions inter-établissements
- Prendre en compte l'ouverture de l'hôpital transfrontalier Puigcerdá, qui prévoit une modalité de prise en charge de l'IRCT pour les patients du plateau cerdan

ANNEXE

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

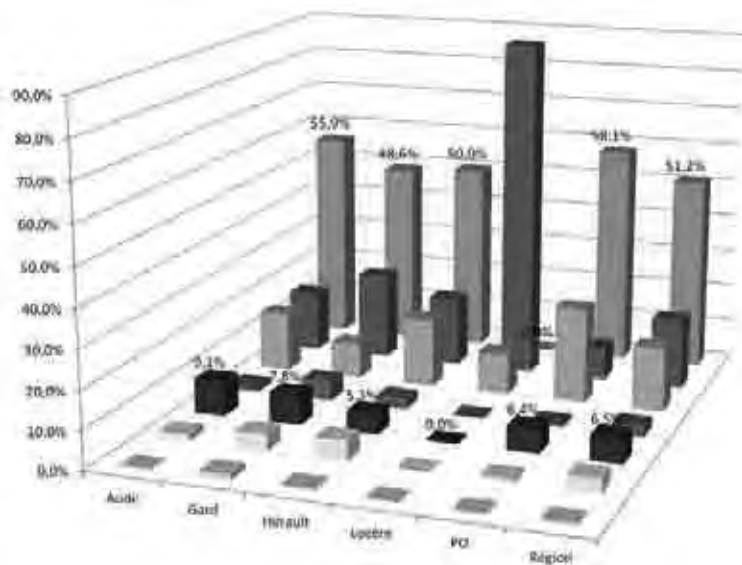
Diagnostic

Retour au sommaire

Insuffisance Rénale Chronique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Répartition des recours par modalité de traitement



- Entretienment DP
 - Entretienment HD
 - DP
 - HD
 - Anémodièse
 - Urologie médicale
 - Contrôle

Éléments de diagnostic régional

- L'Insuffisance Rénale Chronique constitue une pathologie chronique avec une prévalence qui a augmenté de 4 % par an sur les 5 dernières années.
- Bien que la région soit bien placée au niveau national, la région a la volonté d'augmenter la Dialyse Péritonéale (DP) et la greffe rénale
- Le graphique ci-contre montre une inégalité de recours aux différentes modalités de traitement

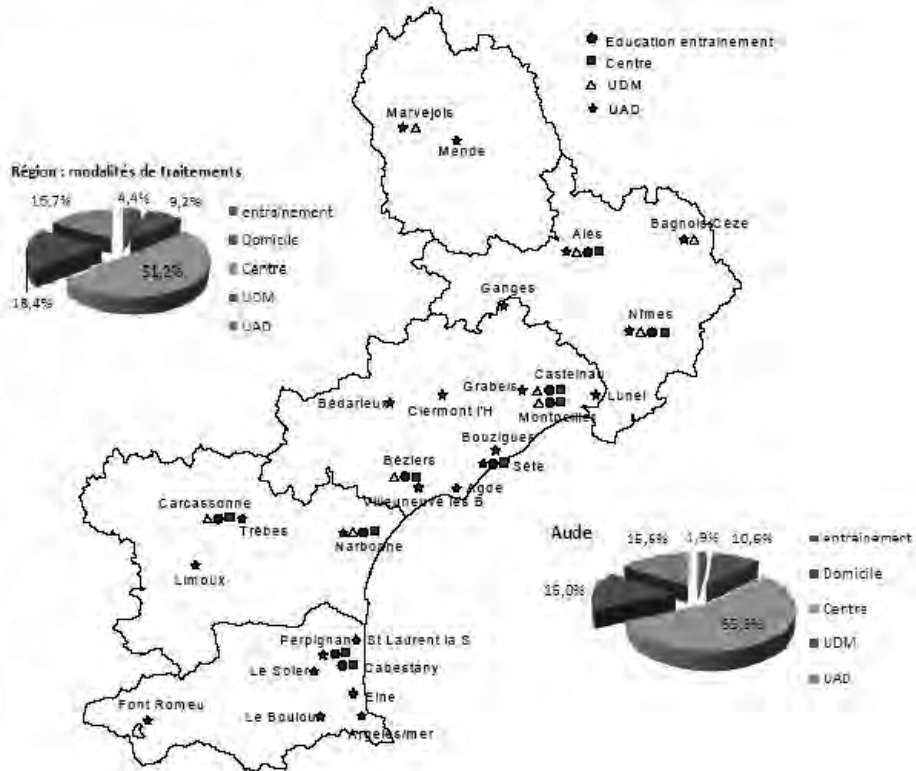
Points de vigilance

Il convient de :

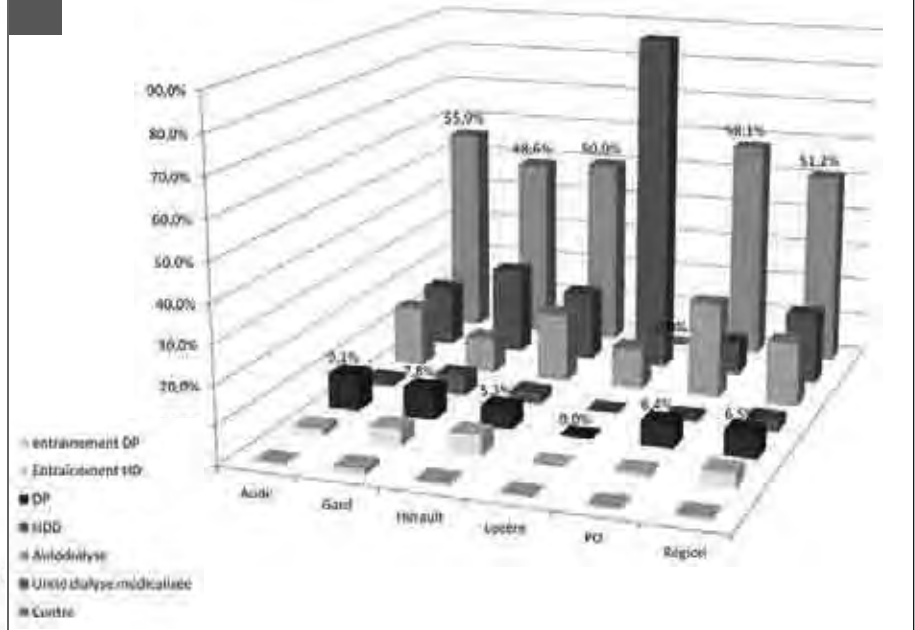
- Diminuer les freins à la mise en place de la DP
- Augmenter le nombre de greffes rénales :
 - Action sur le CHU pour l'organisation des greffes et sur l'ensemble des établissements préleveurs
 - Incitation au don d'organes

Insuffisance Rénale Chronique

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



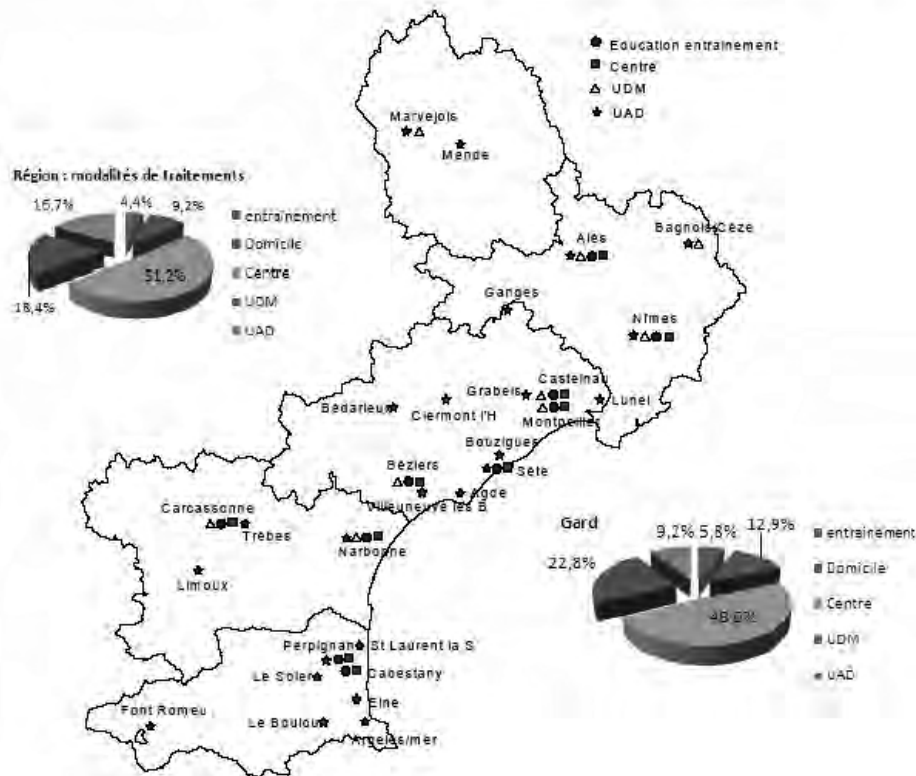
Éléments de diagnostic territorial

- Un bon développement des alternatives, avec le meilleur taux régional de DP (englobe une partie de Béziers – Sète)
- Une faible utilisation de l'UAD

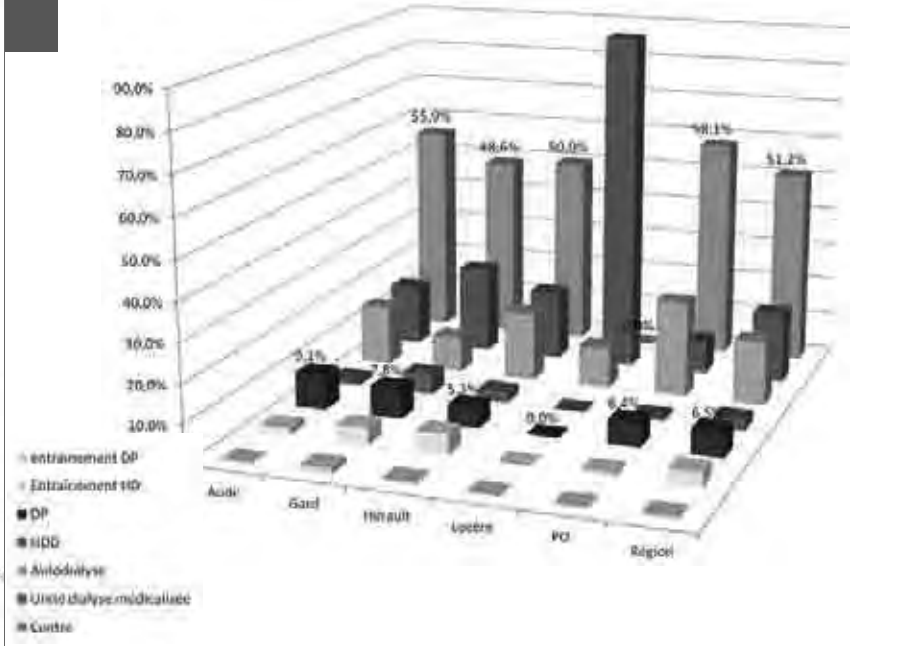
Insuffisance Rénale Chronique

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



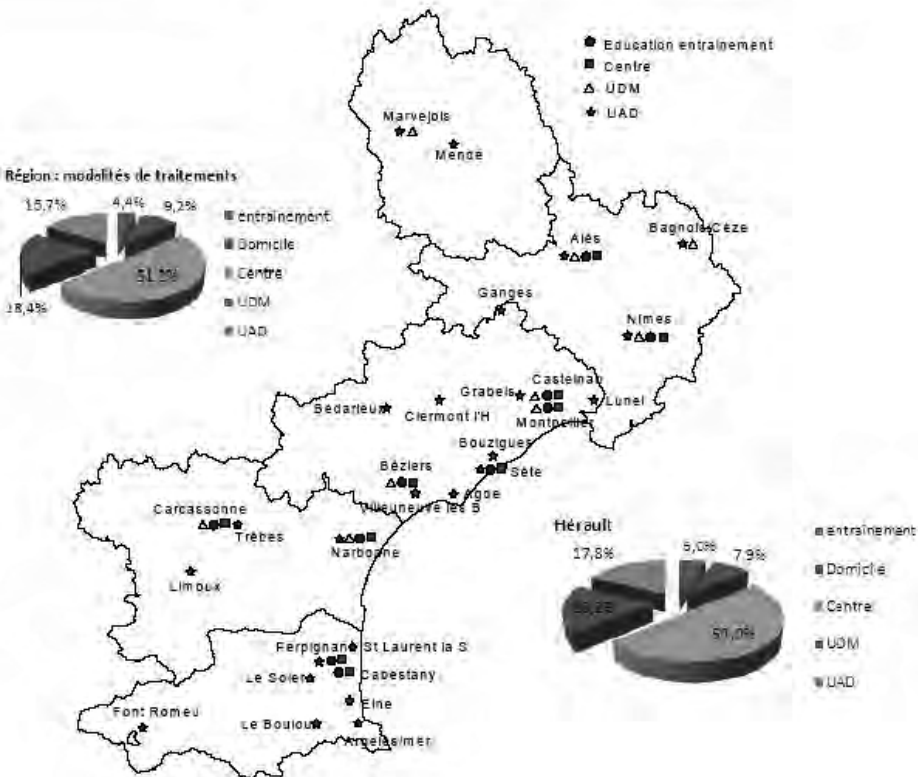
Éléments de diagnostic territorial

- Un bon niveau de dialyse en centre
- Un bon taux de recours aux alternatives avec 13 % de prise en charge à domicile dont 7,8 % de DP

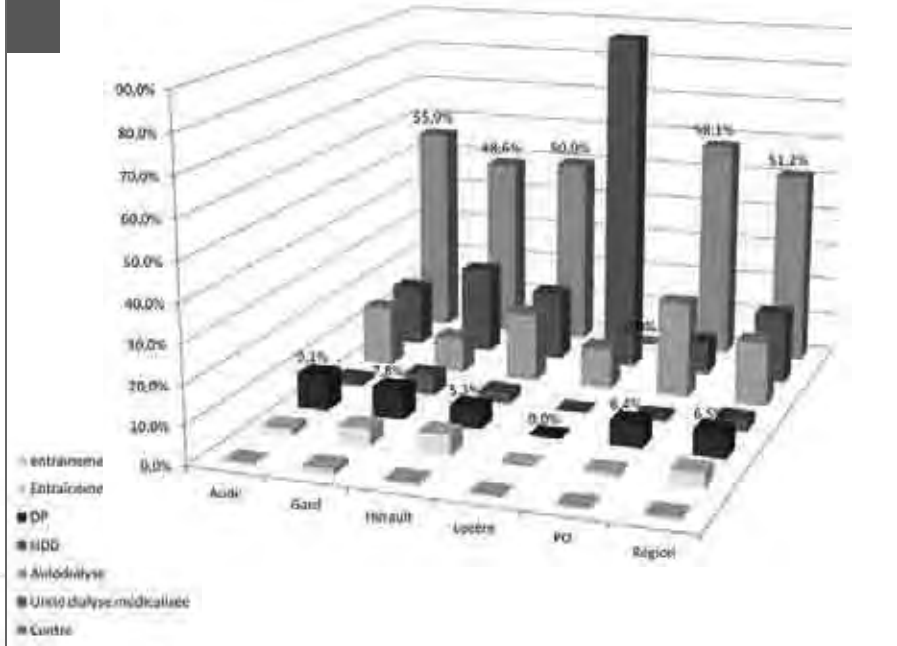
Insuffisance Rénale Chronique

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



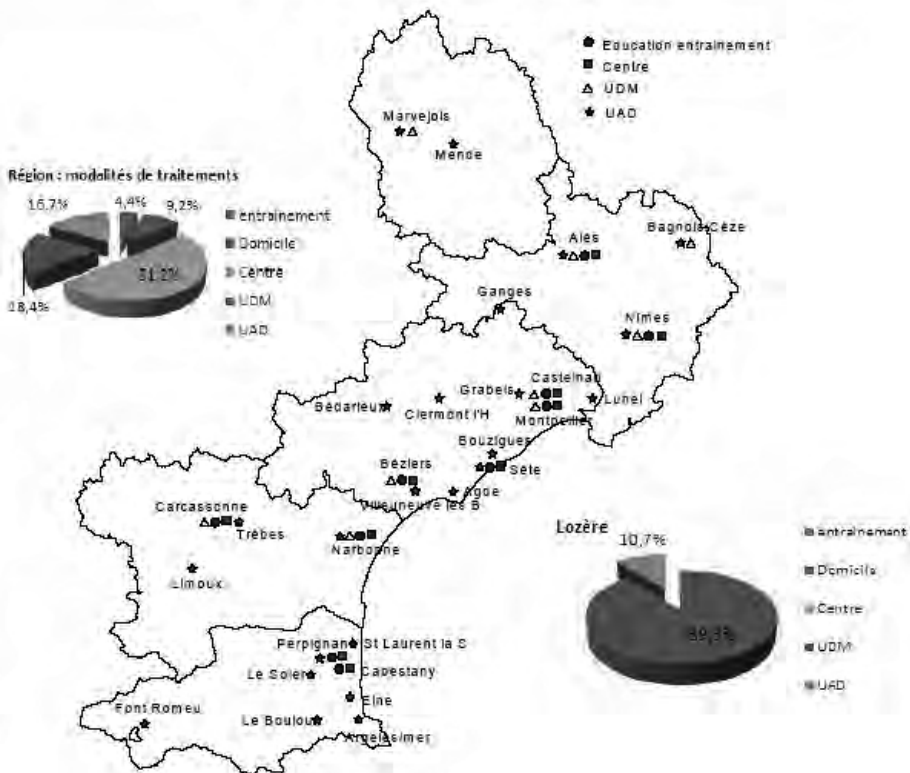
Éléments de diagnostic territorial

- Un faible développement des alternatives dont la DP inférieure à la moyenne régionale

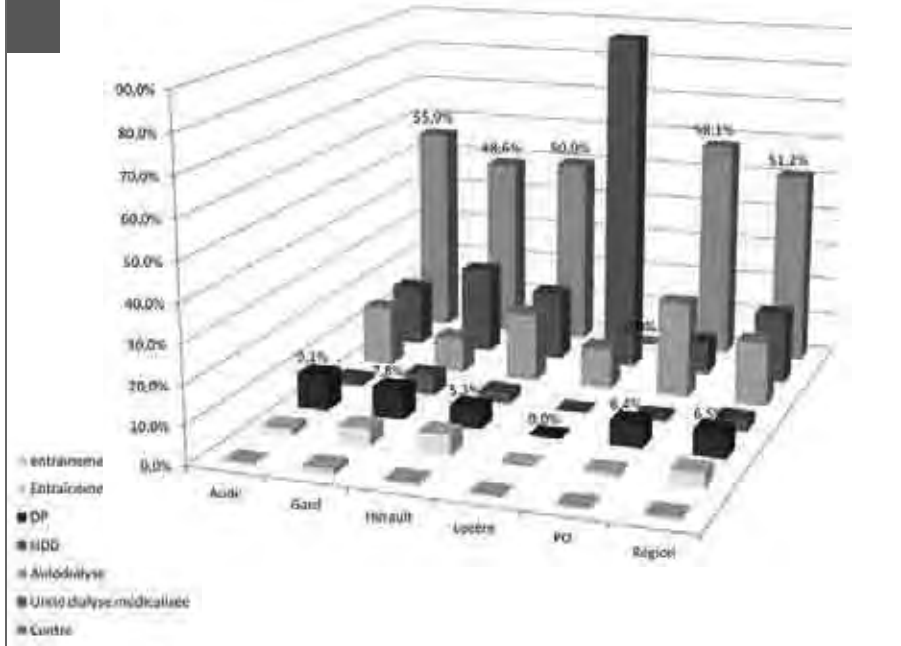
Insuffisance Rénale Chronique

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



Éléments de diagnostic territorial

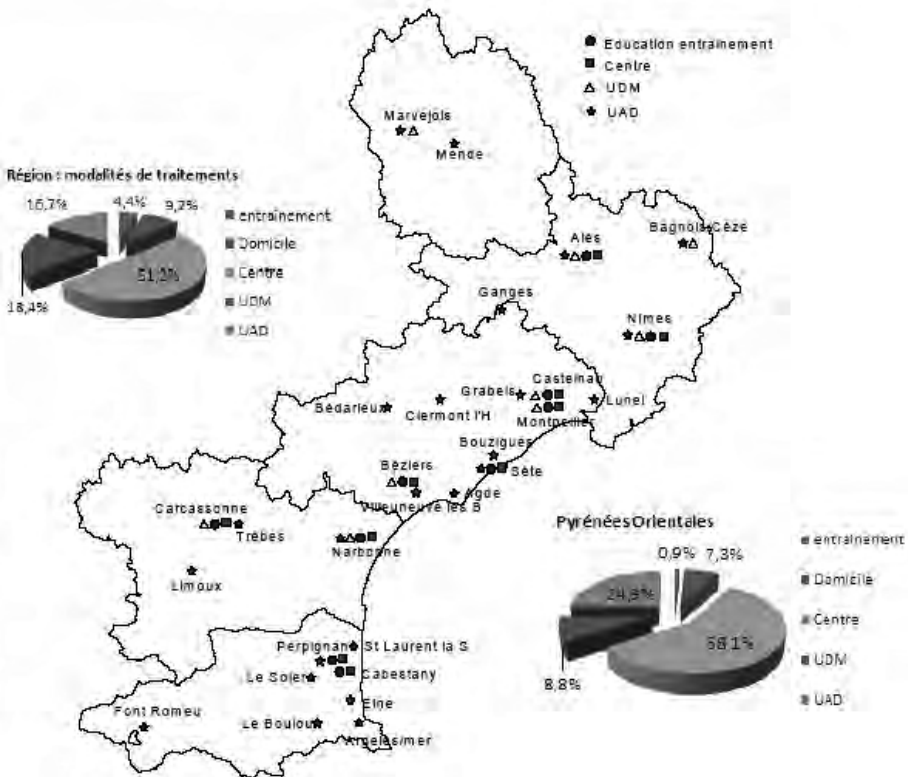
- Ce territoire n'est pas comparable aux autres en raison :
 - d'une faible densité de population
 - de difficultés de recrutement de néphrologue
 - des difficultés d'implantation de structure

Insuffisance Rénale Chronique

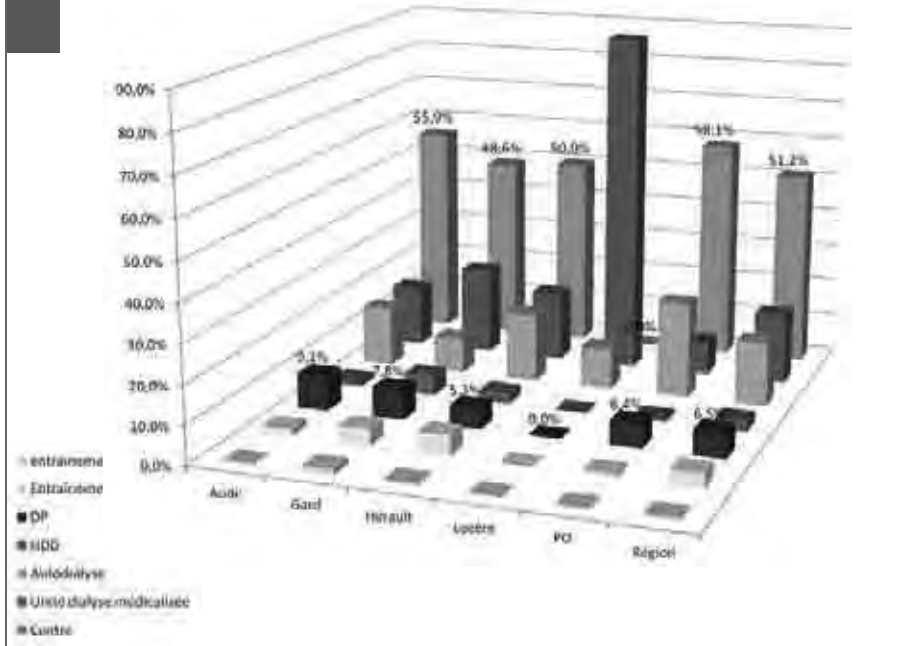
PYRENEES ORIENTALES

Implantations

Localisation des structures de dialyse en LR



Modalités de prise en charge



Éléments de diagnostic territorial

- Malgré 7 implantations l'UAD apparaît insuffisamment développée
- Le taux de recours à la DP se situe dans la moyenne régionale
- Ce territoire possède le plus fort taux régional de dialyse en centre

Psychiatrie

Retour au sommaire

Psychiatrie

Le chapitre santé mentale du SROS PRS a pour objectif d'améliorer le service rendu à la population en rendant plus lisible l'offre de soins psychiatrique dans les territoires de santé et en améliorant son organisation. A ce titre, l'évolution des implantations traduit l'état de l'existant et prend en compte les besoins.

Un diagnostic partagé, préalable au SROS PRS, a permis de mettre en évidence plusieurs inégalités de répartition de l'offre de soins entre les territoires mais aussi à l'intérieur des territoires.

La situation préoccupante de certaines populations telles que les adolescents, les personnes détenues et les personnes âgées a clairement été identifiée et des actions sont déjà mises en œuvre dans la continuité du plan d'action psychiatrique de 2010.

Ce nouveau schéma insistera notamment sur :

L'amélioration de l'entrée dans le système de soins psychiatrique en y incluant le dépistage précoce des troubles mentaux et une amélioration de la réponse des centres médico-psychologiques (CMP), véritable porte d'entrée du système. L'accès aux urgences et à la post urgence devra également être amélioré.

Une fois dans le système de soins, il est impératif de s'assurer de la continuité de la prise en charge et d'améliorer la qualité et la

sécurité des soins psychiatriques sans oublier la prise en charge somatique des malades mentaux.

Il conviendra cependant de penser, dès l'entrée en hospitalisation psychiatrique, à une sortie la plus précoce possible de cette prise en charge pour éviter l'enlèvement institutionnel toujours préjudiciable au malade. Pour ce faire, un réseau d'aval devra être mobilisé très précocement, mettant en relation le secteur sanitaire, social et médico-social.

Enfin, plusieurs populations doivent faire l'objet d'une attention particulière. S'agissant des adolescents, des solutions de repérage précoce des troubles psycho-sociaux doivent être mises en place ainsi que des structures de prise en charge légère (maison des adolescents) ou lourde (hébergement médicalisé) assurant ainsi une véritable traçabilité des parcours de santé. Les personnes âgées posent d'autres problèmes pour lesquels le schéma préconise la création d'équipes mobiles inter sectorielles de géro-psycho-psychiatrie, particulièrement en zone urbaine. Les personnes détenues font l'objet d'un schéma particulier. Enfin, la prise en charge des personnes autistes est traitée dans le schéma médico-social : la synergie avec le schéma hospitalier est assurée par le co-financement conjoint d'antennes départementales du centre de ressources autisme .

Psychiatrie

Orientations

Psychiatrie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

En psychiatrie générale : la région enregistre des taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux supérieurs aux taux moyens nationaux avec une forte présence du secteur privé. La précarité, le chômage, associé au vieillissement de la population constituent des facteurs aggravants des prises en charge. L'amélioration de l'accessibilité au système de soin psychiatrique est un enjeu fort en liaison avec les structures d'urgence et les CMP.

Il est nécessaire de structurer le parcours de soin dans sa composante filière d'aval, vers le secteur médico-social et les établissements de réhabilitation psychosociale. La filière géro-psi-chiatrique est à mettre en place.

En psychiatrie infanto-juvénile : les taux de recours et d'équipement hospitaliers régionaux sont inférieurs aux taux moyens nationaux et associés à une sous-occupation des lits et places. L'accessibilité aux structures ambulatoires et hôpitaux de jour (HTP de jour) est à améliorer. Afin d'éviter les ruptures de parcours de soin, la coordination entre les acteurs du soin de court séjour et ceux du médico-social et du social doit être améliorée.

PSRS : une attention particulière devra être portée sur les parcours de santé mentale des adolescents et des jeunes adultes.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

Organiser le circuit des urgences en psychiatrie et la prise en charge des situations de crise.

Faciliter l'accès aux structures ambulatoires (CMP) et aux hôpitaux de jour.

Organiser la continuité des prises en charge.

Performance :

Développer des pratiques médicales innovantes (télémédecine).

Qualité- pertinence : assurer une prise en charge de qualité

- En réservant l'hospitalisation aux seuls malades qui relèvent de cette prise en charge.
- En organisant le traitement des pathologies somatiques et l'accès à la prévention en hôpital psychiatrique.
- En structurant une filière d'aval.
- En favorisant les prises en charge à temps partiel et l'aide aux aidants.
- En assurant la prise en charge spécifique des soignants (unité spécifique interrégionale).
- En organisant la prise en charge des maladies psychosomatiques.

Psychiatrie

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en psychiatrie suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Prendre en charge en amont les adolescents en rupture
- Eviter la « psychiatrisation » en EHPAD

2- Premiers recours & Médico-social :

- L'articulation entre les structures médico-sociales et l'hôpital dans la prise en charge des adolescents et dans le cadre d'une filière d'aval.
- Le développement de la géronto-psychiatrie vers les structures médico-sociales (EHPAD).

3- Fluidité du parcours du patient (Inter-hospitalier) : développer l'accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques.

Liaisons principales avec d'autres volets :
Santé des détenus, addictions, périnatalité,
urgences

Psychiatrie – Objectifs opérationnels

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Développement de la filière d'aval :

- Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale : enquête dans les établissements de psychiatrie ayant une activité de réhabilitation psycho-sociale ; état des lieux et propositions de structures alternatives (appartements relais, thérapeutiques, ...) ; formation des travailleurs sociaux du Conseil Général (antenne Montpellier-Cévennes) au suivi des patients psychiatriques.
- Autonomisation de vie des patients : faciliter l'orientation des patients vers les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et développer des actions conjointes en faveur de l'accès au logement et de la réinsertion professionnelle portées par les associations de familles de malades, les collectivités, les professionnels.
- Coordination entre les établissements sanitaires et médico-sociaux

- Réhabilitation et réinsertion psycho-sociale : mise en conformité des établissements privés avant 2014 ou reconnaissance contractuelle .
- Nombre de partenariats formalisés et suivis d'effet entre les établissements de psychiatrie et les partenaires du réseau d'aval (médico-social, Conseil Général, GEM, associations, ...).
- Pourcentage de malades hospitalisés au long cours (> 292 jours) : objectif cible sur 5 ans = baisse de 10% du niveau régional.

Santé mentale des adolescents – l'amélioration de la prise en charge passe :

- La mise en œuvre des recommandations de la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique sur le territoire de l'Hérault.
- Par la prise en charge des situations de crise : prévention du suicide, évaluation de la prise en charge des tentatives de suicide aux urgences et dans les services, fonctionnement des unités d'urgences psychiatriques (centre de crise ou autre).
- Par une meilleure coordination des acteurs : maisons des adolescents / point accueil écoute jeunes (PAEJ) // réseaux / établissements sanitaires et médico-sociaux / institution judiciaire pour les mineurs placés sous main de justice / professionnels libéraux , acteurs essentiels des soins de premier recours.
- Par la création d'une structure expérimentale d'hébergement médicalisé (partenariat Conseil Général de l'Hérault et CHU de Montpellier) pour adolescents en grande difficulté.
- Par l'inscription des établissements dans une logique de coopération publique/privée dans le cadre de filières de prise en charge.

- Bilan annuel du suivi des recommandations.
- Nombre de structures de post urgence dans la région (reconnaissance contractuelle).
- Date d'ouverture de la structure.
- Convention signées et suivies d'effets.

Favoriser l'accès aux structures ambulatoires et aux hôpitaux de jour :

- Favoriser le regroupement des structures ambulatoires de prise en charge au sein de pôles de consultation, point d'ancrage des équipes mobiles sur les villes de moyenne importance.
- Réduire les délais d'attente pour une consultation dans les CMP en apportant une réponse professionnalisée aux appels téléphoniques 24h/24.

- à 5 ans = nombre de villes concernées / nombre de pôles mis en place.
- Nombre de CMP et hôpitaux de jour disposant d'une réponse téléphonique 24h/24 (renvoi appel aux heures de fermeture).

Psychiatrie et vieillissement :

- Le développement de la géronto-psychiatrie vers les structures médico-sociales.
- Le développement des équipes mobiles géronto-psychiatriques.

- Nombre de conventions signées avec les EHPAD.
- Nombre d'équipes mobiles géronto-psychiatriques en place
- Activité développée

Garantir un accès aux soins somatiques pour les malades psychiatriques :

- Systématiser les visites de médecine générale lors de l'admission.
- Créer un accès privilégié à des plateaux techniques (chirurgie dentaire, ...).
- Faire en sorte que tout patient bénéficiant d'un suivi ambulatoire ait un médecin traitant.

- Nombre de conventions pour accès aux plateaux techniques.

Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations de psychiatrie générale					Centre crise *	Implantations de psychiatrie infanto-juvénile			
	HC	HdJ	HN	PFT	APT		HC	HdJ	HN	PFT
Aude	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Badens (1)	Narbonne (2) Lézignan (1) Carcassonne (1) Limoux (2) Castelnaudary(1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)	Narbonne (1)		Carcassonne (1)	Narbonne (2) Limoux (1) Carcassonne (1) Castelnaudary (1)	Carcassonne (1)	Narbonne (1)
Hérault	Béziers (2) Sète (1) Montpellier (3) Montarnaud (1) Pignan (1) St Clément de Rivière (2) Jacou (1) Vérargues (1) Clapiers (1)	Montpellier(7) Lattes (1) Lunel (2) Lodève (1) Gignac (1) Cournonterral (1) Pignan (1) Saint Clément de Rivière (1) Béziers (3) Sète (1) Agde (1) Pézenas (1) Bédarieux (1) Meze (1) Jacou (1)	Béziers (1)	Béziers (1) Montpellier (1)	Sète (1) Montpellier (1)	Béziers (1)	Montpellier (1) Saint Clément de Rivière (1)	Béziers (1) Sète (1) Frontignan (1) Méze (1) Montpellier (4) Lunel (1) Gignac (1)		Montpellier (1)
Gard	Alès (1) Nîmes (4) Uzès (1) Quissac (1) Remoulins (1) Villeneuve les Avignon (1) Bagnols/Cèze (1) St Hyppolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (3) Uzès (2) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Villeneuve les Avignon (1) St Hyppolyte du Fort (1)	Alès (1) Nîmes (1)	Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)			Nîmes (1) Uzès (1) <i>Complémentarité territoriale Nîmes - Uzès</i>	Alès (1) Uzès (1) Bagnols/Cèze (1) Beaucaire (1) Vauvert (1) Le Vigan (1) Nîmes (6)		Uzès (1) Nîmes (1) Alès (1)
Lozère	Mende (1) Saint Alban (1) Saint Chély d'Apcher (1)	Saint Chély d'Apcher (1) Mende (1)		Saint Alban (1)			Mende (1)	Mende (1) Saint Chély d'Apcher (1)		Saint Alban (1)
Pyrénées-Orientales	Perpignan (2) Thuir (1) Théza (1) Osséja (1)	Perpignan (4) Thuir (2) Prades (1) Céret (1) Théza (1) Argelès (1) Elne (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Thuir (1)	Perpignan (1)	Perpignan (1)	Perpignan (4) Cabestany (1)	Perpignan (1)	Thuir (1)

* Les établissements ne disposant pas d'un centre de crise (arrêté du 8 juin 2005) ont mis en place des organisations spécifiques pour la prise en charge des urgences psychiatriques de moins de 48 heures. A titre d'information, trois unités de crise en hospitalisation complète sont reconnues contractuellement à Nîmes, Montarnaud et Théza et feront l'objet de précisions dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement. / La modalité de prise en charge en H.A.D. n'est pas retenue dans le SROS PRS.



Psychiatrie - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Créations / suppressions

- Suppressions des implantations du SROS III non octroyées
- Prise en compte de la modalité de prise en charge en placement familial thérapeutique en psychiatrie générale conformément à l'article premier de l'arrêté du 8 juin 2005
- Prise en compte des nouveaux territoires de santé
- Prise en compte de l'ensemble de l'offre de soins extra-muros des établissements notamment en hospitalisation de jour

- Création d'une implantation d'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile à Gignac
- Création d'une implantation d'hospitalisation de nuit infanto-juvénile à Carcassonne (par redéploiement de moyens internes : suppression de lits d'hospitalisation complète)
- Création d'une implantation d'un centre de crise à Béziers
- Création d'une implantation de placement familial thérapeutique infanto-juvénile à Alès

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Délocalisation du service adolescents (HC+HDJ) et d'une unité HC adulte du CH de Thuir sur le site du CH Saint Jean à Perpignan.
- Coopération à formaliser entre les établissements de santé du territoire de l'Hérault (CHU de Montpellier, CH de Béziers, CH Hôpitaux du Bassin de Thau) et la clinique La Lironde pour son inscription dans le réseau de prise en charge des adolescents.
- GCS psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'axe « santé mentale » du projet médical de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue est à conforter par l'intégration du CH du Mas Careiron dans la CHT.

ANNEXE

Psychiatrie

Diagnostic

Retour au sommaire

Psychiatrie

L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale		France	Languedoc Roussillon	Aude	Gard	Hérault	Lozère	PO
Psychiatrie générale	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 habitants de plus de 16 ans)	1,21	1,71	1,22	1,8	1,73	2,75	1,74
	Places pour troubles psychiques en ETS médico-social pour 1000 adultes (20 ans et plus)		1,2	1,27	0,96	1,09	6,17	0,88
	Filière d'aval estimée (places en médico-social adulte + places en post cure + moitié des places en CHRS pour 1000 adultes)		1,69	1,66	1,36	1,65	6,42	1,48
	Taux de recours hospitalier en psychiatrie adulte (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	4 820	5 089	4 213	4 578	5 474	7 422	5 276
Pédopsychiatrie	Taux d'équipement sanitaire (lits et places en ETS sanitaire pour 1000 enfants de 0 à 16 ans)	0,93	0,92	0,84	0,94	0,69	3,72	1,02
	Places pour déficience intellectuelle et troubles du comportement en ETS médico-social pour 1000 enfants (inférieur à 20 ans)		6,3	7,2	6,1	5,4	10,7	7,3
	Taux de recours hospitalier en pédopsychiatrie (nombre de séances/séjours pour 10000 habitants)	1 652	1 414	1 562	1 466	1 342	2 090	1 270
Autres données	Densité de psychiatres pour 100000 habitants	22	21,6	13	18	35,7 sur Montpellier	16,4	19,4
	Taux de prise en charge en ambulatoire (% de patients ambulatoires CMP/CATP sur le nb total de patients distincts pris en charge à l'hôpital)	89,27	81,74	91,65	72,83	82,62	93,1	82,81
	Taux de patients en longs séjours (durée de séjour > à 292 jours)	25,16	20,55	25,52	10,22	29,64	42,02	20,37
	Taux de patients en hospitalisation sans consentement	21,05	14,64	16,79	7,49	21,26	15,8	16,76
	Taux de recours en médecine de ville (nombre de consultations et visites de psychiatrie libérale pour 10 000 habitants)		1 705,6	705,7	1 251,7	2 581,8	284,6	1 400,4

L'activité hospitalière de psychiatrie recouvre en région 34 secteurs de psychiatrie générale et 18 de pédopsychiatrie

- 31 établissements de santé ont une autorisation en psychiatrie, 11 publics et 20 privés.
 - Ils se partagent l'activité d'Hospitalisation Complète (HC) en psychiatrie générale,
 - mais le secteur public assure 87% de l'activité d'Hospitalisation Complète en pédopsychiatrie.
- **Activité en psychiatrie générale :**
 - HC : l'activité 2009 est conforme au SROS 3 et aux OQOS (1 084 843 journées déclarées soit activité supérieure de 0,15% aux OQOS de la région); cependant, des disparités sont relevées entre les territoires.
 - HTP jour : le nombre de places déclarées en 2009 est supérieur aux OQOS (+9,2%) mais conforme au SROS 3.
- **Activité en Pédopsychiatrie :**
 - HC : 7 établissements font de l'HC en région, leur activité en 2009 est en dessous des OQOS (-28%)
 - HTP jour : 20 établissements font de l'HTP jour, le nombre de places installées est supérieur au nombre autorisé. (Source : SAE 2009)

L'activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 347 391 actes, soins et interventions.
- 267 psychiatres libéraux sont enregistrés dans la région, ils ont réalisé 446 195 actes (consultations + visites) en 2009.
- 1576 psychologues sont en activité sur la région :
 - dont 233 en mode libéral,
 - dont 1183 salariés.
- La localisation préférentielle de ces professionnels se fait sur les grandes villes du littoral.

Psychiatrie

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition de l'offre de soin de psychiatrie,
par commune du Languedoc-Roussillon



Points de vigilance

- La prise en charge des adolescents en crise doit constituer un axe fort du PRS.
- l'accès aux CMP, qui constituent les soins de première intention en psychiatrie, doit être fortement amélioré.
- La réinsertion psycho-sociale et l'autonomisation de vie des patients constituent deux axes forts de développement de la filière d'aval.
- Les malades psychiatriques doivent avoir un accès de qualité aux soins somatiques et à la prévention.
- Les prises en charge à temps partiel qui permettent de soulager les aidants doivent être soutenues.
- La géro-psi-chiatrie devra s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- La psychiatrie de liaison doit s'ouvrir vers les structures médico-sociales.
- Développer une prise en charge spécifique des addictions dans les établissements psychiatriques.
- La répartition trop hétérogène de l'offre de soins devra être corrigée.
- Les projets de télémédecine en psychiatrie sont à développer.

Psychiatrie

Éléments d'activité

SAE 2009

CH de Narbonne	Clinique Miremont	A.A.S.M.de Limoux	AUDE
----------------	-------------------	-------------------	------

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	16 841	18 869	76 328	112 038
	% de l'activité du département	15,03%	16,84%	68,13%	
	% de réalisation de l'OQOS	+53,10%	+3,39%	+9,04%	+13%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	3 791		8 214	12 005
	nombre de places installées	22		38	60
	nombre de places autorisées CPOM	20		43	63

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées	967		1 582	2 549
	% de l'activité du département	37,94%		62,06%	
	% de réalisation de l'OQOS			-56,66%	
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	4 076		4 370	8 446
	nombre de places installées	18		30	48
	nombre de places autorisées CPOM	18		17	35

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 60 631 actes, soins et interventions.
- 17 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 25 469 actes (consultations + visites) en 2009 soit 5,7% des actes de la région.
- Il y a 180 psychologues dont 26 en mode libéral et 144 salariés.

Activité hospitalière

- **3 établissements sont autorisés** : l'activité est essentiellement publique. L'ASM a récemment délocalisé une partie de ses activités sur Carcassonne, Castelnaudary et Lézignan-Corbières.
- L'équipement hospitalier est limité et le nombre de psychiatres libéraux très bas.
- L'accès aux structures de soins se révèle difficile dans certaines zones du territoire.
- La prise en charge en géro-psycho-psychiatrie est à organiser.
- Les filières d'aval, réhabilitation psycho-sociale et le secteur médico-social, doivent être développées et consolidées.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux structurée en raison d'un déficit de dispositif pour adolescents en crise et une problématique forte concernant l'addiction chez les jeunes. L'ouverture d'une maison des adolescents est programmée prochainement.
- Face à une précarité importante, une équipe mobile psycho-précarité s'est ouverte à l'AASM de Limoux.

Psychiatrie

GARD

Éléments d'activité

SAE 2009	CH Alès	CHU Nîmes	CH Mas Careiron	Centre la Valbonne	Centre de post cure du Peyron	Clinique Bellerive	Clinique les Sophoras	Clinique Mont Duplan	Clinique neuropsy de Quissac	Clinique Pont du Gard	Hôpital de jour le Bosquet	CPI Montaur y	GARD
----------	---------	-----------	-----------------	--------------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------	---------------	------

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	25 727	29 603	60 595	15 080	5 207	37 055	30 899	19 665	71 837	25 446	0	0	321 114
	% de l'activité du département	8,01%	9,22%	18,87%	4,70%	1,62%	11,54%	9,62%	6,12%	22,37%	7,92%			
	% de réalisation de l'OQOS	6,17%	-6,21%	-1,47%	3,29%	4,14%	1,52%	5,82%	-1,68%	-1,59%	-0,41%			-0,01%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	2 427	3 937	13 063		3 485	6 533	3 768	2 921					36 134
	nombre de places installées	19	20	97		10	12	12	8					178
nombre de places autorisées CPOM	15	36	87		10	12	12	8					180	

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées		2 405	986								473	759	4 623	
	% de l'activité du département		52,02%	21,33%								10,23%	16,42%		
	% de réalisation de l'OQOS		-58,82%	-45,97%											-39,69%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	3 718	6 265	5 030								1 659	2 160	18 832	
	nombre de places installées	10	28	35								8	8	89	
nombre de places autorisées CPOM	13	28	34								8	8	91		

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 60 740 actes, soins et interventions.
- 55 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 85 689 actes (consultations + visites) en 2009 soit 19,20% des actes de la région.
- Le département compte 400 psychologues, 57 en mode libéral et 299 sont salariés.

Activité hospitalière

- 12 établissements sont autorisés avec une prédominance des lits privés en psychiatrie générale (60%).
- La coordination des structures ambulatoires publiques et privées est à dynamiser. Il existe un GCS en psychiatrie infanto-juvénile du secteur de Nîmes.
- L'étude des tranches d'âge montre un corps médical vieillissant, ainsi 45,5% des psychiatres du secteur d'Alès ont plus de 60 ans.
- La géro-psi-chiatrie doit être organisée avec notamment la mise en place d'une équipe mobile sur Nîmes.
- La filière d'aval est à réorganiser.
- La prise en charge des adolescents doit être développée. Une maison des adolescents du Gard s'est ouverte en juin 2010.
- Le département est doté de deux équipes mobiles de psychiatrie – précarité en fonctionnement, l'une au CHU de Nîmes et l'autre au CH d'Alès.

Psychiatrie

HERAULT

Éléments d'activité

	CHU Montpellier	Clinique la Lironde	Clinique Rech	Clinique Saint Antoine	Clinique Saint Clément	Clinique St Martin de Vignogoul	Clinique Stella	La Maison Lune	CH Béziers	CH Bassin de Thau	Clinique la Pergola	HERAULT	
SAE 2009													
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	124 411	35 941	66 531	23 782	19 047	30 279	49 776		40 306	10 445	22 101	422 619
	% de l'activité du département	29,44%	8,50%	15,74%	5,63%	4,51%	7,16%	11,78%		9,54%	2,47%	5,23%	
	% de réalisation de l'OQOS	3,68%	-4,16%	0,15%	1,01%	4,37%	-2,33%	-1,89%		-6,27%	4,45%	-33,82%	-2,59%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	57 607		4 136			4 811			12 441	2 312		81 307
	nombre de places installées	233		10			12			54	15		324
nombre de places autorisées CPOM	186		10			12			49	15	15	287	

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées	5 768	2 256										8 032
	% de l'activité du département	71,81%	28,09%										-26,65%
	% de réalisation de l'OQOS	-12,21%	-48,49%										
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	16 013							1 617	2 840	3 031		23 501
	nombre de places installées	66							5	12	16		99
nombre de places autorisées CPOM	50							5	20	16		91	

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 134 571 actes , soins et interventions .
- 161 psychiatres libéraux sont installés, ils ont réalisé 270 393 actes (consultations + visites) en 2009 soit 60,60% des actes de la région.
- Le département est doté de 720 psychologues, 127 exercent en libéral et 511 en salariés.

Activité hospitalière

- **11 établissements sont autorisés** : avec une majorité d'établissements privés qui prédomine surtout en psychiatrie générale (56,5%).
- La densité médicale est forte surtout sur Montpellier avec un profil d'âge jeune puisque seulement 25% des psychiatres ont plus de 60 ans.
- Les prises en charge psychiatriques sont très hospitalo-centrées .
- La géronto-psychiatrie est à développer ; une équipe mobile est en expérimentation au CHU de Montpellier ainsi que des lits spécialisés à la clinique Saint Antoine.
- La filière d'aval est à organiser.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée ; une maison des adolescents va être prochainement ouverte.
- Deux équipes mobiles de psychiatrie / précarité fonctionnent, l'une au CHU de Montpellier et l'autre au CH de Béziers ainsi qu'une structure d'évaluation et d'orientation au CHU de Montpellier.
- Une structure de post-urgence fonctionne au CHU de Montpellier en lien avec la clinique Rech (convention de coopération). Le CH de Béziers et la clinique La Pergola travaillent en coopération.

Psychiatrie

LOZERE

Eléments d'activité

CH de Saint-Alban	LOZERE
-------------------	--------

SAE 2009

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées		
		46 164	46 164
	% de l'activité du département	100,00%	
	% de réalisation de l'OQOS	-7,67%	-7,67%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues		
		5 735	5 735
	nombre de places installées	38	38
	nombre de places autorisées CPOM	17	17

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées		
		1 108	1 108
	% de l'activité du département	100,00%	
	% de réalisation de l'OQOS	-49,41%	-49,41%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues		
		2 601	2 601
	nombre de places installées	33	33
	nombre de places autorisées CPOM	7	7

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est 16 413 actes, soins et interventions.
- 2 psychiatres libéraux sont installés dans le département. Ils ont réalisé 2 203 actes (consultations + visites) en 2009 soit 0,49% des actes de la région.
- Le département compte 57 psychologues, un seul en mode libéral et 54 salariés.

Activité hospitalière

- Un établissement public est autorisé.
- Rapporté au nombre d'habitants, le taux d'équipement apparaît pléthorique (3 fois plus que la moyenne nationale en pédopsychiatrie et 2 fois plus en psychiatrie générale).
- L'offre ambulatoire est à restructurer ; le département accuse un déficit de psychiatres libéraux (2).
- La filière d'aval est à dynamiser.
- Une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie est à mettre en place.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité est en fonctionnement au CH de Saint-Alban.

Psychiatrie

Éléments d'activité

SAE 2009

CH de Thuir	Clinique du Pré	Clinique psychothérapique du Roussillon	Clinique Sensévia	PO
-------------	-----------------	---	-------------------	----

Psychiatrie générale	Hospitalisation complète : journées réalisées	104 342	36 863	21 209	20 494	182 908
	% de l'activité du département	57,00%	20,15%	11,60%	11,20%	
	% de réalisation de l'OQOS	+11%	-1,70%	-16,99%	-6,42%	+2,21%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	29 160	1 370	1 396		31 926
	nombre de places installées	142	20	8		170
	nombre de places autorisées CPOM	121	20	8		149

Pédopsychiatrie	Hospitalisation complète : journées réalisées	4 471				4 471
	% de l'activité du département	100,00%				
	% de réalisation de l'OQOS	+2,08%				+2,08%
	Hospitalisation de jour : nombre de venues	5 950		2 017		7 967
	nombre de places installées	50		15		65
	nombre de places autorisées CPOM	24		15		39

Activité ambulatoire de psychiatrie

- L'activité des CMP en 2009 est de 75 036 actes, soins et interventions.
- 32 psychiatres libéraux sont installés. Ils ont réalisé 62 441 actes (consultations + visites) en 2009 soit 13,99% des actes de la région.
- Le département compte 219 psychologues, 22 exercent en mode libéral et 175 en salariés.

Activité hospitalière

- **4 établissements sont autorisés** : l'activité de psychiatrie est principalement publique, avec une forte concentration des structures autour de Perpignan.
- En matière de géro-psi-chiatrie, une équipe mobile est en place au CH de Thuir ainsi que 25 lits spécialisés à la clinique du Roussillon.
- La filière d'aval est à consolider.
- Le CH de Thuir dispose d'un centre de crise «CAC 48 » de 10 places qui fonctionne sur le site du CH de Perpignan.
- La prise en charge des adolescents doit être mieux organisée en créant notamment une maison des adolescents.
- Une équipe mobile de psychiatrie / précarité fonctionne au CH de Thuir (MAO).

Traitement du cancer

Retour au sommaire

Traitement du cancer

La prise en charge du cancer est un enjeu majeur de santé publique. Le nombre des patients atteints augmente et concerne plus de 16 000 nouveaux cas régionaux par an.

Par ailleurs la mortalité diminue progressivement.

Le 2ème Plan CANCER 2009-2013 identifie plusieurs axes et y introduit des voies nouvelles :

- En matière de prévention : poursuivre la lutte contre le tabac, promouvoir la prévention en ce qui concerne les liens avec l'alimentation, renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement, les cancers d'origine infectieuse

- En matière de dépistage : augmenter la participation aux campagnes de dépistage organisé ; s'attacher à lutter contre les inégalités d'accès et de recours à ces dépistages (d'ordre socio-économique, culturel ou territorial)

- L'effort de recherche concerne l'incitation à développer les essais cliniques...

- L'axe soins propose diverses mesures :

- L'accès aux tests de génétique moléculaire ,orientant vers les thérapies ciblées

- La coordination du parcours de soins à la phase active (programme personnalisé de soins) puis dans l'après-cancer, avec une implication des médecins traitants dans la prise en charge (nombreux guides publiés par INCa/HAS).

- La prise en charge sociale personnalisée (D.A, PPS, PPS de l'après-cancer)

- Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie

- Le soutien à la radiothérapie

- Généralisation des mesures transversales de qualité des prises en charge.

Les objectifs généraux du Schéma sont centrés sur :

- Une répartition équitable de l'offre, privilégiant le territoire de santé, pour la majorité des situations cliniques, reposant sur un 3C de territoire (centre de coordination en cancérologie) et des coopérations inter-établissements

- Une organisation graduée : selon les plateaux techniques ; l'offre est constituée d'établissements spécialisés détenteurs d'autorisations de traitement du cancer, d'établissements hospitalo-universitaires, de centres de radiothérapie ou de services de médecine nucléaire développant des techniques particulières et/ou innovantes, de services d'anatomopathologie avec tumorothèques... de services d'imagerie

- Un Réseau régional ONCO-LR observateur et garant de la qualité et de la gradation des soins, ayant satisfait en 2011 à la procédure de reconnaissance par INCa/ARS. Le réseau est en attente du déploiement du DCC (dossier communiquant en cancérologie) prévu par l'ASIP.

Les autorisations de traitement du cancer ont été notifiées en août 2009. Les visites de conformité ont eu lieu, pour la plupart, pendant le premier semestre 2011. Elles ont permis de constater certains manquements aux critères réglementaires pour quelques établissements (manquements relatifs aux seuils ou aux qualifications des médecins), qui font actuellement l'objet d'injonction. Ces situations conduiront à des suspensions d'autorisation puis à une redistribution de ces activités .

Traitement du cancer

Orientations

Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- de poursuivre les efforts en matière de prévention primaire autour des trois cibles majeures que sont la lutte contre le tabac, un bon équilibre nutritionnel, un exercice physique adapté, de renforcer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colo rectal (en particulier pour les populations défavorisées ou isolées)
- de maintenir des équipes et des plateaux techniques de qualité sur chaque territoire de santé en veillant à une gradation des soins
- de revoir les autorisations d'activité de traitement des cancers lorsque les établissements ne valident pas les critères InCA
- d'animer les dispositifs mis en place par le plan cancer 1 et notamment de relancer les dynamiques du réseau régional, du pôle régional, des 3C de territoire
- d'améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie, au travers d'une meilleure coordination ville-hôpital .

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Garantir une accessibilité financière à la chirurgie carcinologique dans tous les territoires
- Garantir plus d'égalité géographique au dépistage, au diagnostic, et à la surveillance des cancers via l'imagerie (IRM principalement : délais de rendez-vous).
- Accessibilité aux soins palliatifs

Qualité- Sécurité :

- Généraliser les mesures qualité (D.A.,RCP, PPS, soins de support ,RMM)
- Mieux accompagner les patients pendant et après les soins et coordonner le parcours de soins
- Garantir un égal accès aux traitements innovants ,aux tests moléculaires, à la chirurgie de recours, à la radiologie interventionnelle à visée curative
- Structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents
- Qualité de la préparation et distribution des chimiothérapies
- Démarche qualité en radiothérapie
- Coordination dans le circuit anatomo-pathologique

Évitabilité :

- Prévention, participation aux dépistages,
- Précocité des prises en charge
- Favoriser les alternatives à l'hospitalisation

Performance :

- Favoriser la gradation des soins
- Adéquation des situations aux prises en charge.
- Renforcer la fluidité des filières (retour à domicile ,HAD ,SSR)

Traitement du cancer

Principes d'organisation :

Le parcours de santé en traitement du cancer suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention : Développer la prévention et le dépistage

- Lutter contre le tabac adolescents et adultes (notamment chez les femmes)
- Prévenir et dépister les cancers professionnels et environnementaux
- S'attacher au repérage des facteurs environnementaux dont professionnels dans le diagnostic des cancers
- Améliorer la participation aux campagnes de dépistage organisé

2- Premiers recours & Médico-social :

- Mieux intégrer le médecin traitant et les différents professionnels de santé libéraux dans le parcours de soins par une meilleure coordination ville hôpital en phases inter-hospitalières et pour le suivi post hospitalier
- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné
- Renforcer les liens avec les EHPAD, les SSIAD
- Faire intervenir les HAD en EHPAD
- Etre attentif au suivi social : accompagnement durant et dans l'après maladie, accès au prêt, réinsertion professionnelle,

Liaisons principales avec d'autres volets :
chirurgie, imagerie, médecine

Traitement du cancer - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> Animer les dispositifs mis en place par le plan cancer 1, promouvoir leur rôle respectif 	Evaluation des 3 C et du réseau régional : exhaustivité des RCP. Nombre de RCP de recours.
	Part des séjours de médecine en hospitalisation de jour Part de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés.
<ul style="list-style-type: none"> Garantir le respect des référentiels nationaux (bonnes pratiques et bon usage des molécules onéreuses Respect des référentiels HAS-INCa et régionaux 	Audits des pratiques professionnelles
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accompagnement des malades pendant et après la maladie 	Coordination infirmière et suivi social
<ul style="list-style-type: none"> Développer l'accès aux soins innovants , aux plateformes de génétique moléculaire et à l'oncogénétique Mettre en place une RCP de recours régional en oncogériatrie / et une RCP de recours interregional en oncopédiatrie 	Taux de malades intégrés dans un essai thérapeutique. Bilan d'activité des consultations d'oncogénétique et des laboratoires de génétique moléculaire. Taux de patients bénéficiant d'une RCP interrégionale.
Renforcer les interventions des HAD	Part des séjours en HAD pour des traitement de chimiothérapie
Renforcer la prévention primaire, les taux de participation aux dépistage organisés <ul style="list-style-type: none"> Mieux articuler dépistage et prise en charge Améliorer la reconnaissance des cancers professionnels 	Taux de participation Taux de reconnaissance de cancer professionnels par la consultation régionale de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) au CHU de Montpellier
<ul style="list-style-type: none"> Intégrer le médecin traitant et les professionnels de santé libéraux dans le parcours de soin 	Place du Médecin traitant lors du dispositif d'annonce : nombre de fiches de consultation d'annonce adressées au médecin traitant

Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions	
Aude	Chirurgie	Mammaire	Carcassonne (2) Narbonne (1)	
		Digestive	Carcassonne (2) Narbonne (2)	
		Urologique	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
		Gynéco	Carcassonne (2) Narbonne (2)	+1 (Narbonne)
		ORL	Carcassonne (1) Narbonne (1)	
		Thoracique	Carcassonne (1)	
	Chimiothérapie	Carcassonne (2) Narbonne (2)		
	Radiothérapie externe	Carcassonne (1)		
Gard	Chirurgie	Mammaire	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)	
		Digestive	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (2)	
		Urologique	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (1)	+ 1 (Bagnols). Regroupement des implantations urologique et mammaire
		Gynéco	Nîmes (3) Alès (1)	
		ORL	Nîmes (2) Alès (1)	
		Thoracique	Nîmes (2) Alès (1)	
	Chimiothérapie	Nîmes (2) Bagnols (1) Alès (2)		
	Radiothérapie externe	Nîmes (1)		
	Sources non scellées	Nîmes (1)		
Hérault	Chirurgie	Mammaire	Montpellier (4) Sète (1) Béziers (2)	- 2 (Boujan s/Libron et Ganges)
		Digestive	Montpellier (6) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (2) Béziers(2) Boujan s/Libron (1)	
		Urologique	Montpellier (3) Castelnau (1) Ganges (1) Sète (1) Boujan s/Libron (1)	
		Gynéco	Montpellier (5) Sète (1) Béziers (2)	
		ORL	Montpellier (4) Castelnau (1) Béziers (1) Colombiers (1)	
		Thoracique	Montpellier (2) Castelnau (1) Béziers (1) Boujan s/Libron (1)	
	Chimiothérapie	Montpellier (4) Castelnau (1) Sète (1) Béziers (2) Boujan s/Libron (1)		
	Radiothérapie externe	Montpellier (2) Béziers (1) / curiethérapie : Montpellier (2)		
	Sources non scellées	Montpellier (2)		
Lozère	Chirurgie Digestive	Mende (1)		
	Chimiothérapie	Mende (1)		
	Radiothérapie	0		
PO	Chirurgie	Mammaire	Perpignan (2)	- 1 (Perpignan)
		Digestive	Perpignan (3) Cabestany (1) Prades (1)	
		Urologique	Perpignan (1) Cabestany (1)	
		Gynéco	Perpignan (2)	-1 (Perpignan)
		ORL	Perpignan (2) Cabestany (1)	
		Thoracique	Perpignan (2)	
	Chimiothérapie	Perpignan (2)		
	Radiothérapie externe	Perpignan (1)		
	Sources non scellées	Perpignan (1)		

Traitement du cancer - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Renforcer l'animation des 3 C des territoires par le réseau régional et positionner le pôle régional dans la gradation des soins.
- Renforcer la coordination ville-hôpital (HAD, médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux)

ANNEXE

Traitement du cancer

Diagnostic

Retour au sommaire

Traitement du cancer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de santé sur les territoires

La région LR est dotée :

4 de dispositifs de prévention diversifiés à mieux coordonner

4 de 4 structures pour le dépistage organisé des cancers

4 de 32 établissements de santé autorisés pour la chirurgie des cancers , 21 pour la chimiothérapie .

6 établissements (ou cabinets libéraux) ont une autorisation d'activité en radiothérapie, 2 en curiethérapie et 4 pour une utilisation de radioéléments en sources non scellées

4 Le réseau régional ONCO-LR coordonne et anime les 3 C (Centres de Coordination en Cancérologie) des territoires.

4 Les 3 C existent dans chaque territoire.

Éléments de diagnostic régional

DONNEES DE CADRAGE le cancer représente depuis 2004 la 1^{ère} cause de mortalité en France. Toutefois, grâce à une meilleure prévention, au dépistage plus précoce, à des soins plus efficaces, la mortalité baisse . La prévention reste un enjeu majeur.

4 La région Languedoc Roussillon enregistre 16 000 nouveaux cas de cancer par an, en progression constante d'une année sur l'autre . La région n'est pas particulièrement touchée comparativement aux autres régions.

ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

- **CHIRURGIE** : Le tableau ci dessous présente le nombre de séjours hospitaliers réalisés par les établissements de santé de la région entre 2007 et 2010 : le nombre d'actes progresse de 241 séjours entre 2007 et 2009 (2,2 %)

	Chirurgie mammaire	Chirurgie digestive	Chirurgie urologique	Chirurgie gynécologique	Chirurgie ORL	Chirurgie Thoracique
2007	3140	2843	2109	837	897	816
2009	3225	2931	1910	897	964	956
	+ 85	+ 88	- 199	+ 60	+ 67	+ 140
2010	3356	3105	1824	855	1047	942

- **CHIMIOThERAPIE** :

L'activité de chimiothérapie progresse . La reconstitution des unités de reconstitution Centralisée des chimiothérapies anticancéreuses est engagée Dans les territoires de la région

	Séjours	Séances
2007	12 020	72 035
2009	11 055	83 574 (+16%)

- **RADIOThERAPIE** : l'activité est marquée par une réorganisation des centres de Radiothérapie, regroupés en plateau technique d'au moins 2 accélérateurs.

Il existe un registre des Tumeurs de l'Hérault.

Prévention :

La région Languedoc-Roussillon est une région dynamique en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Dépistage

Le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal est déployé sur l'ensemble des territoires de la région. Les taux de participation régionaux pour le sein sont bons .Ils doivent être améliorés pour le cancer colo-rectal.

Traitement du cancer - Activité en LR

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Etude des séjours hospitaliers par la « consommation » entre les années 2007 et 2009 des patients domiciliés dans la région

À Chirurgie carcinologique :

- Les taux de recours standardisés en chirurgie du cancer en 2009, c'est-à-dire le nombre de séjours hospitaliers (pour 10 000 habitants, séjours chirurgicaux avec Diagnostic principal de cancer) ajusté sur l'âge sont les suivants : taux moyen régional à 68,6 (variation selon les territoires de santé de 51,7 à 75) pour un taux médian national à 65,7.
- Ci-dessous le nombre de ces séjours :

	Lozère		Gard		Hérault		Aude		PO		Progression
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	
Chirurgie mammaire	90	78	932	834	1206	1292	409	405	552	581	+1
Chirurgie digestive	71	67	772	771	992	1056	379	436	532	508	+92
Chirurgie urologique	68	64	597	468	746	781	273	252	466	402	- 183
Chirurgie gynécologique	29	21	251	276	307	347	108	141	151	132	+ 71
Chirurgie ORL	22	24	221	281	355	326	121	143	176	198	+77
Chirurgie thoracique	20	21	256	280	342	420	79	107	126	159	+ 164
TOTAL	300	275	3029	2910	3948	4222	1369	1484	2003	1980	
Chimiothérapie	1301 Séances	2036 Séances	18983 Séances	20255 Séances	28223 Séances	33421 Séances	12268 séances	14270 séances	12906 Séances	15450 Séances	

Pour les 6 groupes de chirurgie carcinologique, le nombre de séjours passe de 10649 en 2007 à 10871 en 2009 soit une augmentation de 2,8 %

À Séances de chimiothérapie : sur la même période, le nombre de séances passe de 73681 à 87468 soit une augmentation de 18,7%.

Traitement du cancer

Les établissements et centres de santé autorisés pour le traitement du cancer sur le territoire

	CH Carcassonne	Clinique Montréal	CH Narbonne	Clinique Languedoc	Clinique Genêts
Radiothérapie	x				
Chimiothérapie	x	x	x	x	
Chirurgie mammaire	x	x		x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x	
Chirurgie urologique		x		x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x	
Chirurgie ORL	x			x	
Chirurgie Thoracique		x			

- Le territoire dispose de 2 centres de coordination en cancérologie communs public – privé :
 - Le 3 C de Narbonne – Lézignan
 - Le 3 C de Carcassonne

Données d'activité et points de vigilance

- Chirurgie :
 - Les équipes narbonnaises doivent renforcer leur coopération
- Radiothérapie :
 - La couverture en radiothérapie du territoire repose sur
 - le CH de Carcassonne pour l'Ouest Audois
 - les centres de Béziers, Perpignan, ou le CRLC pour l'Est Audois
- Chimiothérapie :
 - Dans l'Aude, le nombre de séjours hospitaliers pour traitement par chimiothérapie a doublé entre 2006 et 2009. Le nombre de séances a augmenté de 19 %, lié à un développement important de cette activité par un établissement de Carcassonne : de 18 séjours et 2360 séances en 2006 , il passe à 475 séjours et 3479 séances en 2009.
 - Ø La progression est plus modérée à Narbonne, 8 %.

Traitement du cancer

Offre de soins sur le territoire

	Chu Nîmes	GCS IGOR	Franciscaines	KENVAL Kennedy	Grand Sud	CH Bagnols	CH Alès	Bonnefont	KENVAL Valdegour
Radiothérapie		x							
Chimiothérapie	x					x	x	x	x
Chirurgie mammaire	x			x	x	x	x	x	
Chirurgie digestive	x			x	x	x	x	x	
Chirurgie urologique	x			x	x			x	
Chirurgie gynécologique	x			x	x			x	
Chirurgie ORL	x				x			x	
Chirurgie Thoracique	x		x					x	

- Le territoire dispose de 3 centres de coordination en cancérologie :
 - 1 commun aux établissements de santé privés et au centre de radiothérapie libéral à Nîmes
 - 1 commun aux établissements publics et privés à Alès
 - 1 interne au CHU de Nîmes

Données d'activité et points de vigilance

Radiothérapie :

- Le regroupement des 2 plateaux gardois de radiothérapie s'organise sur le site du CHU : plateau de 4 accélérateurs.

Chirurgie :

- les séjours sont en légère progression sauf pour le cancer du sein
- Le territoire assure une autarcie variant de 51 % (sein) à 78 % (urologie)
- Quelques établissements vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCA. D'autres sont incités à regrouper la pratique sur 1 site.

Chimiothérapie :

- Les besoins en séances de chimiothérapie progressent de 14 % entre 2006 et 2009 avec une progression de la production des séances de chimiothérapie de 10 % sur la même période
- Le niveau d'autarcie est stationnaire à 68 %. Les fuites se font vers Montpellier (20%) ou Avignon (10%).
- L'offre de chimiothérapie doit être réorganisée à Alès.

Traitement du cancer

Offre de soins sur le territoire

	CHU Montpellier	CRLC	Millénaire	Clémenville	St Roch	St Jean	Beausoleil	Parc	St Louis	CHIBT	Ste Thérèse	CH Béziers	Dr Causse	Champeau	St Privat	ONCODOC
Radiothérapie		x		x												x
Chimiothérapie	x	x		x	x			x		x		x		x	x	
Chirurgie mammaire	x	x		x	x				x		x	x		x	x	
Chirurgie digestive	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Chirurgie urologique	x		x				x	x	x	x					x	
Chirurgie gynécologique	x	x	x	x			x			x		x		x		
Chirurgie ORL	x			x		x	x	x				x	x			
Chirurgie Thoracique	x			x				x				x			x	

- Le territoire comporte 4 centres de coordination en cancérologie
 - 1 interne au CRLC
 - 1 interne au CHU de Montpellier
 - 1 privé regroupant les établissements de Montpellier et de Castelnaud, la clinique Ste Thérèse de Sète et St Louis de Ganges ainsi que le centre regroupé de radiothérapie libérale de Montpellier : GCS Centre de cancérologie du Grand Montpellier.
 - 1 commun aux établissements public-privé Béziers

Données d'activité et points de vigilance

Le territoire dispose est très autarcique surtout dans sa partie orientale

Radiothérapie :

- Regroupement de la radiothérapie libérale montpelliéraine sur le site de la clinique Clémenville
- Le centre libéral de Béziers est renforcé par un oncologue de Narbonne

Chirurgie :

- Plusieurs établissements de ce territoire vont être conduit à cesser certaines activités soit qu'ils n'atteignent pas les seuils ou ne valident pas les critères INCa

Chimiothérapie :

- l'analyse de la production montre une progression des séances de 24 % de 2007 à 2009
- La consommation, étudiée à partir du nombre de séances progresse sur cette période de 18 %

Radioéléments en source non scellée :

Le CRLC est le seul site d'irathérapie

Traitement du cancer

Offre de soins sur le territoire

- Pas d'offre de radiothérapie
- Le CH de Mende a une autorisation de chirurgie des cancers digestifs
- Le CH a organisé un 3 C avec l'appui des praticiens du CRLC
- Le CH dispose d'une autorisation de chimiothérapie

Données d'activité et points de vigilance

Un nombre non négligeable de malades se font soigner en dehors de la région et selon leur lieu de résidence vont vers Clermont-Ferrand, Millau ou Le Puy.

Chirurgie :

- Les besoins apparaissent stables entre 2006 et 2009 pour la chirurgie mammaire et gynécologique
sur la même période, les besoins en chirurgie des cancers urologiques progressent et les besoins de chirurgie ORL et thoracique diminuent
Le territoire maintient son autarcie en chirurgie des cancers digestifs, seule autorisation en chirurgie carcinologique.

Chimiothérapie :

- La consommation analysée en terme de nombre de séances de chimiothérapie progresse de 61 % entre 2007 et 2009 avec des fuites plus importantes vers Montpellier ou Clermont-Ferrand,
- La productivité du CH de Mende évaluée sur le nombre de séances progresse de 9% entre 2007 et 2009.

Traitement du cancer

Offre de soins sur le territoire

	CH Perpignan	coradix St Pierre	CI St Pierre	St Roch Médipôle	Mutualiste catalane	GCS ORL	St Michel
Radiothérapie		x					
Chimiothérapie	x		x				
Chirurgie mammaire	x		x		x		
Chirurgie Digestive	x		x	x	x		x
Chirurgie Urologique	x			x			
Chirurgie Gynécologique	x		x		x		
Chirurgie ORL			x	x		x	
Chirurgie Thoracique	x		x				

- Le territoire dispose d'un centre de coordination en cancérologie qui regroupe l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie : ONCO-PO

Données d'activité et points de vigilance

Radiothérapie :

- Le centre libéral de radiothérapie à Perpignan dispose de 3 accélérateurs de particules

Chirurgie :

- On note entre 2007 et 2009 une progression des besoins en chirurgie mammaire, digestive, ORL et surtout thoracique et une baisse des besoins en chirurgie des tumeurs urologiques et gynécologiques.
- L'autarcie s'améliore sur l'ensemble des activités chirurgicales.

Chimiothérapie :

- La consommation, évaluée en nombre de séances progresse de 41 % entre 2006 et 2009, l'autarcie passant de 83 % à 87 %.
- Sur la même période, la production des établissements, exprimée en séances progresse de 48 %.

Médecine

Retour au sommaire

Médecine

Dans le cadre de cette thématique, ont été étudiées les activités de médecine générale/polyvalente et de spécialités avec un focus particulier sur la Pédiatrie, ainsi que l'hospitalisation à temps partiel et l'hospitalisation à domicile. Les autres activités médicales sont examinées dans des parties spécifiques du schéma.

Sur le principe, il paraît nécessaire de structurer l'offre en médecine polyvalente ainsi que l'accès aux soins par une gradation des plateaux techniques et l'organisation de la permanence des soins.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'une offre importante d'établissements. L'activité de médecine est réalisée principalement dans les établissements de santé publics (80 %). Globalement l'activité régionale est supérieure de 8 % à l'activité médiane nationale.

Par rapport au SROS III, les analyses ont démontré une progression du taux d'autarcie des territoires y compris en Lozère, ce qui est en adéquation avec les objectifs fixés à l'époque, ainsi qu'un développement de l'hospitalisation de jour.

Aujourd'hui, les principales difficultés mises en évidence lors de la phase de diagnostic et de concertation avec les professionnels portent :

- Sur la fragilité de la démographie médicale des omnipraticiens sur certaines zones géographiques (Lozère et nord du Gard notamment), sur la fragilité des spécialités en Lozère (neurologie et endocrino métabolisme notamment) et sur la fragilité régionale de certaines spécialités du fait de la part des praticiens âgés de plus de 60 ans (pathologies Neuro Vasculaires, Neurologie et Pédiatrie pour des médecins exerçant une activité mixte libérale et salariée et Pédiatrie pour des médecins exerçant sous mode libéral exclusif).
- Sur la consommation des endoscopies (techniques interventionnelles) et des séances, dont les taux de recours montrent une surconsommation par rapport aux médianes nationales,
- Sur la iatrogénie médicamenteuse, qu'il convient de limiter dans le cadre d'une coopération entre médecine hospitalière et médecine de ville,
- Sur la présence d'hospitalisations itératives, notamment par les urgences, domaine nécessitant d'importants efforts de rationalisation. A cet égard, l'une des questions fondamentales porte sur l'organisation de l'accueil direct des personnes âgées dans les services, le fait de transiter par les urgences paraissant inefficace.

Une attention particulière a été portée sur les établissements disposant de moins de 20 lits de médecine (ex-hôpitaux locaux, cliniques et Centres Hospitaliers isolés). Pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation.

Les services de médecine à l'hôpital local, aujourd'hui CH de proximité, favorisent le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste a notamment recours à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins relevant d'une prise en charge hospitalière.

Ces établissements sont les lieux où s'exerce une médecine polyvalente d'orientation et de premiers recours qui permet notamment d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements, de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées, de réaliser des bilans notamment gériatriques et des diagnostics, de constituer des antennes de l'Hospitalisation à Domicile. Ils constituent par ailleurs le lieu de développement des consultations avancées de spécialistes avec le concours d'autres établissements de santé ou de l'offre libérale, ces consultations pouvant être ouvertes à des patients non hospitalisés dans l'établissement. Ces services, doivent donc constituer des supports de coordination, un ancrage pour la médecine libérale et un relais en amont et en aval des courts séjours gériatriques, et développer d'une manière générale une médecine

plus active.

Une analyse de ces établissements a été réalisée afin de vérifier l'impact de la mise en place de la tarification à l'activité (TZA), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte :

- la viabilité économique en système de financement TZA, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite,
- La nature du service rendu,
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel,
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Suite à cette analyse qui a démontré des difficultés liées à la faiblesse de certains taux d'occupation, à des Durées Moyennes de Séjour excessives et aux inadéquations de patients qui paraissent relever plutôt de Soins de Suite, et après prise en considération des difficultés financières potentielles à venir dans le cadre du passage à la tarification à l'activité, il est apparu que l'offre de médecine serait à réorienter dans trois structures.

Ainsi, un lien particulier a été établi entre la médecine et les Soins de Suite et de Réadaptation afin de proposer une offre de soins adaptée sur les territoires avec le maintien d'une offre sanitaire dans les petites structures.

Le SROS préconise par ailleurs un renforcement des alternatives à l'hospitalisation, par substitution de l'Hospitalisation Complète. Toutefois, un certain nombre d'implantations d'Hospitalisation de jour qui n'étaient dédiées qu'à l'activité de chimiothérapie ne sont pas renouvelées dans la mesure où les établissements bénéficient désormais d'une autorisation spécifique de traitement des cancers.

Au plan général, l'amélioration de la prise en charge en médecine reposera sur la mise en place de procédures organisationnelles et de complémentarités entre les établissements (médecine et Soins de Suite et de Réadaptation) ainsi qu'avec les structures du secteur Médico Social et la médecine ambulatoire, afin de fluidifier les prises en charge.

S'agissant de ce dernier secteur, les liens devront être resserrés avec les structures de court séjour de médecine dans les domaines de la relation ville-hôpital, notamment dans le cadre de la régulation libérale (permanence des soins), de la préparation du retour à domicile, de l'Hospitalisation à Domicile, de l'inscription dans l'action des réseaux de proximité, du partage de l'éducation thérapeutique mise en œuvre lors du séjour hospitalier et de l'appui à la télémédecine.

Une telle organisation devrait concourir à l'évitabilité de l'hospitalisation et des réhospitalisations, en lien si nécessaire avec la mise en place de plates formes de services.

A cet égard, seule la prise en compte efficiente des transversalités permettra de répondre efficacement à l'enjeu de santé publique que constitue la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi l'ARS a développé une politique générale à l'attention de cette population dans un document spécifique intitulé « parcours ».

Les diagnostics posés ont conduit aux décisions d'implantations inscrites dans ce schéma.

Médecine
Orientations

Médecine

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux de recours régional supérieur de 8 % au taux médian national et qui concerne particulièrement les endoscopies et les séances,
- Un taux d'autarcie en amélioration dans tous les territoires,
- Une activité de médecine à 80% dans les établissements publics,
- L'étude des Affections de Longue Durée montre un positionnement régional dans le dernier quartile national pour : maladie d'Alzheimer, maladies de l'appareil génito-urinaire (dont maladies rénales), maladies de l'appareil respiratoire, maladies infectieuses et parasitaires
- Concernant la santé de l'enfant et de l'adolescent, des prises en charge à améliorer en terme d'accessibilité et de coordination.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :	Maintenir dans chaque territoire une filière de prise en charge gériatrique Développer les consultations avancées Développer l'accès aux soins innovants Organiser l'accès à l'éducation thérapeutique, notamment en pédiatrie, en prenant en compte l'entourage de l'enfant En pédiatrie, améliorer l'accès précoce au repérage et à une prise en charge globale Rendre lisible le maillage régional en consultation et/ou une consultation ou un centre identifié en tant qu'acteur de la prise en charge de la douleur chronique
Qualité- Sécurité :	Lutter contre les infections liées aux soins Associer les patients à leur prise en charge
Evitabilité :	Prévenir la iatrogénie. Encourager la vaccination. Eviter le passage des personnes âgées par les urgences. Développer les prises en charge sous forme d'alternative à l'hospitalisation (HTP et HAD)
Performance :	Respecter la gradation des soins Favoriser les alternatives à l'hospitalisation Assurer la continuité du parcours de santé de l'enfant entre la période périnatale et la petite enfance et entre la période enfance, adolescence et adulte pour permettre un parcours de vie sans rupture Organiser la précocité des processus de diagnostic et de prise en charge

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en médecine suppose des articulations entre le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Développer les liens avec les associations de malades.
- Assurer l'accès à l'éducation thérapeutique, y compris en pédiatrie dans un cadre spécifique aux enfants ou partagé avec les adultes.
- En pédiatrie notamment :
 - Participer aux actions de prévention (nutrition / obésité / surpoids, asthme, usage de substances psycho actives, ...).
 - En matière de surpoids et d'obésité, prévenir leur survenue, les complications liées aux formes graves et les complications différées rencontrées à l'âge adulte.
 - Améliorer la place des parents dans les processus de prise en charge et développer le soutien à la Parentalité.
 - Prévenir par la vaccination les hospitalisations des pathologies infectieuses.
 - Prévenir les ruptures de scolarisation, les ruptures familiales, et les processus de désinsertion sociale précoce, en identifiant précocement les signaux d'alerte et en organisant des prises en charges pluridisciplinaires, en lien avec le médecin traitant.
 - En matière de santé mentale des adolescents, participer à la prévention primaire, se coordonner avec les dispositifs d'écoute (maison des adolescents).

2- Premiers recours & Médico-social :

- Développer des soins coordonnés pour les personnes atteintes de maladies chroniques en renforçant les liens hôpital/ville et par le biais du Dossier Médical Partagé.
- Éviter le recours à l'hospitalier (pour les personnes âgées), à condition de sécuriser le domicile
- Fluidifier le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) et notamment celui des personnes âgées par une meilleure gestion de l'amont (urgences) et l'aval de l'hospitalisation (SSR, domicile, EHPAD)
- Renforcer les liens entre les services d'Urgences et la PDES.
- Respecter la gradation des soins

Liaisons principales avec d'autres volets :

Urgences, Périnatalité, Génétique, SSR, SLD, Réanimation, Santé mentale.

Médecine – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer le taux de recours régional (consommation) par : <ul style="list-style-type: none"> – Une identification des acteurs concernés par l'activité – Un dialogue médicalisé sur les causes – Une utilisation éventuelle de la MSAP (sur la base des référentiels HAS) – L'amélioration de la coordination entre médecine hospitalière et médecine libérale – La concrétisation de projets médicaux de territoire coordonnés 	Taux de recours selon modalités DGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Expérimenter la mise en place de plateformes de coordination en lien avec les « petites structures » en zone rurale, un gestionnaire de cas organisant la prise en charge de la personne âgée vers la structure la plus adaptée au regard de sa pathologie (médecins libéraux, SSIAD, HAD, EHPAD, structures sanitaires). • Développer les équipes mobiles de gériatrie. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Créer des places d'alternatives à l'hospitalisation, par substitution, y compris l'HAD, voire externalisation d'actes hospitaliers. 	Evolution du nombre de places d'alternatives à l'hospitalisation, évolution des prises en charge dans ces places

Médecine – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

En pédiatrie :

Ü Développer l'éducation thérapeutique sur nutrition / obésité / surpoids, asthme, ...

- Nombre de programmes d'ETP autorisés
- Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP

Ü Mobiliser les équipes sur les enjeux de la vaccination et du rattrapage du calendrier vaccinal chez l'adolescent

Ü Dans les situations cliniques complexes, améliorer la lisibilité des filières de prises en charges, développer des plates formes mutualisées d'évaluation et d'orientation, renforcer les coordinations entre les prises en charge spécialisées, organiser une prise en charge globale coordonnée avec les professionnels de santé du premier recours, les secteurs, social, médico- social et avec l'Education Nationale. Cet objectif concerne les établissements les plus importants , particulièrement le CHU de Montpellier

Ü Développer avec les services de pédiatrie des établissements une offre permettant de mettre en œuvre un bilan pluridisciplinaire en matière de prise en charge du surpoids et de l'obésité

Ü Par territoire de santé, définir un établissement en capacité de mettre en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité de l'enfant, conformément aux référentiels

Ü Identifier un centre spécialisé régional pour la prise en charge de l'obésité sévère

Ü optimiser le potentiel de développement de l'enfant et Organiser la continuité du Parcours de vie Périnatalité / petite enfance / enfance :

- Organiser le dépistage, le diagnostic et l'accès à une prise en charge précoce des surdités néonatales (cf lien chapitre périnatalité)
- Poursuivre la mise en place du suivi des enfants susceptibles de présenter des troubles du développement suite à des situations à risque périnatal (prématurité, hypotrophie,..) (cf chapitre périnatalité).
- Organiser la continuité du suivi des situations de vulnérabilité psychique identifiées lors de la période Périnatale.
- Améliorer le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED/autisme) (déclinaison du plan autisme) par la mise en place d'équipes territorialisées venant en appui des dispositifs existants.
- Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des enfants présentant des anomalies du développement et des syndromes malformatifs complexes (cf chapitre génétique et déclinaison régionale du plan maladies rares).
- Améliorer le repérage, le diagnostic précoce, la prise en charge globale des enfants présentant des troubles de l'acquisition du langage oral et écrit, des dyspraxies, en améliorant l'accès aux bilans pluridisciplinaires et en inscrivant le centre de référence régional dans une fonction d'animation d'un réseau régional.

Ü Parcours de vie Enfance / adolescence / jeune adulte : identifier les situations à risque avec risque de rupture et organiser des prises en charges pluridisciplinaires, organiser les liens avec le médecin traitant, le secteur social, éducatif ou médico-social

Médecine - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations ⁽⁷⁾	Créations / suppressions
Aude	HC	Carcassonne (2) Limoux (1) Quillan (1) Castelnaudary (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	+ 1 Quillan ⁽²⁾ , - 1 Narbonne ⁽³⁾
	HTP ⁽¹⁾	Carcassonne (1) Narbonne (2) Lézignan (1)	
	HAD	Lézignan (1) Narbonne (1) Carcassonne (1 avec antenne à Limoux et Castelnaudary)	- 2 (non attribuées)
Gard ^{(5)*}	HC	Nîmes (4) Uzès (1) Bagnols s/Cèze (1) Alès (2) Pontails (1) Le Vigan (1)	- 3 (Pont St Esprit, Beaucaire et 1 non allouée) + 1 Le Vigan ⁽⁴⁾
	HTP ⁽¹⁾	Nîmes (2) Bagnols (1) Pontails (1) Alès (1)	
	HAD	Alès (2) Nîmes (3) Bagnols s/Cèze (1)	
Hérault*	HC	Montpellier (7) Clermont l'Hérault (1) Lunel (1) Castelnaud-le-Lez (2) Lodève (1) Ganges (1) Béziers (2) Pézenas (2) Boujan s/Libron (1) Agde (1) Sète (1) Bédarieux (1)	- 4 (St Pons, Bédarieux, Le Vigan ⁽⁴⁾ , Palavas)
	HTP ⁽¹⁾	Montpellier (5) Castelnaud le Lez (1) Palavas (1) Béziers (1) Agde (1) Sète (1)	
	HAD	Montpellier (3 dont 1 avec antenne à Ganges et 1 avec antenne à Lodève) Lamalou (1) Pézenas (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	HC	Mende (1) Florac (1) Langogne (1) Marvejols (2) Saint Chély d'Apcher (1)	
	HTP ⁽¹⁾	Marvejols (1) Mende (1)	+ 1 Mende
	HAD	Mende (1)	
PO ⁽⁶⁾	HC	Perpignan (3) Cabestany (1) Céret (1) Prades (2) Err (1)	
	HTP ⁽¹⁾	Perpignan (1) Cabestany (1)	
	HAD	Perpignan (1 avec antenne à Prades) Cabestany (1 avec antenne à Céret)	

* Chaque CHU est considéré comme un seul site

⁽¹⁾ Hors autorisations de traitement du cancer selon la modalité chimiothérapie(cf. partie spécifique du SROS).

⁽²⁾ Prise en compte de l'antenne autorisée du CH de Limoux.

⁽³⁾ Prise en compte de la fusion et du regroupement des cliniques « Le Languedoc » et « Les Genêts » à Narbonne.

⁽⁴⁾ Prise en compte des nouveaux territoires de santé

⁽⁵⁾ Site Beaucaire de l'hôpital « Portes de Camargue » pour mémoire

⁽⁶⁾ Site de Puigcerdá pour mémoire. L'offre hospitalière du GECT répondra aux besoins de la population française du plateau cerdan.

⁽⁷⁾ 2 CHU, 8 CH et 1 établissement privé (ESPIC) sont impliqués dans les prises en charge médicales de pédiatrie

Médecine - Objectifs de l'offre de soins

Techniques peu invasives ou interventionnelles

Ces actes peuvent être réalisés dans des établissements de santé autorisés en médecine ou en chirurgie. La mutualisation des plateaux techniques est encouragée lorsque l'établissement est autorisé à exercer ces 2 activités de soins.

Les sites de médecine ou de chirurgie où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie générale ou locorégionale - secteur interventionnel - **sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif :**

Aude : Carcassonne (2), Narbonne (2), Castelnaudary (1), Lézignan (1).

Gard : Nîmes (4), Alès (2), Bagnols (2), Les Angles (1).

Hérault : Montpellier (7), Castelnaud-le-Lez (1), Béziers (4), Sète (2), Ganges (1), Pézenas (1), Bédarieux (1), Lunel (1).

Lozère : Mende (1), Marvejols (1).

Pyrénées Orientales : Perpignan (4), Céret (1), Prades (1), Cabestany (1).

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

CH et Ex-Hôpitaux locaux pour la mise en œuvre de consultations avancées.

CH Lunel et clinique Via Domitia à Lunel (GCS).

Rapprochement de la clinique de Marvejols et du CH de Marvejols, à rechercher.

CH Mende et Clinique de Marvejols.

Structures de médecine et SSR pour fluidifier les filières.

ANNEXE

Médecine
Diagnostic

Retour au sommaire

Médecine

Offre de soins sur le territoire de santé



Éléments de diagnostic régional

- Le taux de recours régional est supérieur de 8% au taux médian national (soit un total d'environ 26 000 séjours)
- Il est particulièrement élevé pour les endoscopies et les séances
- 80% de l'activité de médecine est réalisée dans le public
- 85% de l'activité d'endoscopies est réalisée dans le secteur privé ex-OQN

Evolution activité 2007/2009 (HC et HTP)

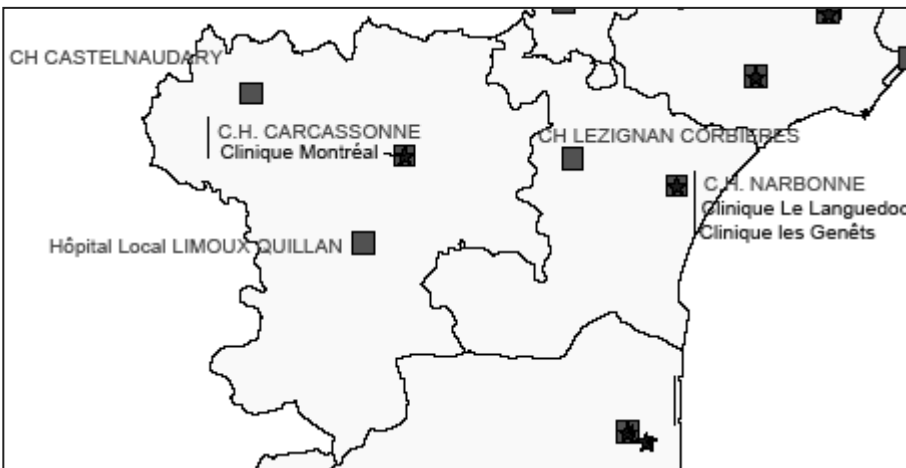
Douleur chronique Soins Palliatifs : + 26,66 %	Digestif : + 6,57%
Système nerveux : + 13,67% hors cathétérismes Diagnostiques et interventionnels	Pneumologie : + 4,44%
Endocrinologie : + 10,08 %	Tissu cutané et tissu sous cutané : - 8,72%
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels : + 7,88%	Rhumatologie : - 8,02 %

Points de vigilance

- Le taux d'autarcie tend à s'améliorer sur l'ensemble des territoires.
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales progresse de manière marquante
- S'agissant des OQOS, sur 5 territoires analysés,
 - . 2 affichent une activité équivalente aux OQOS contractualisés, il s'agit de l'Aude et de la Lozère
 - . 3 affichent une activité réalisée très supérieure aux OQOS contractualisés, il s'agit du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées Orientales
- Les établissements à petites capacités constituent un point de fragilité

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

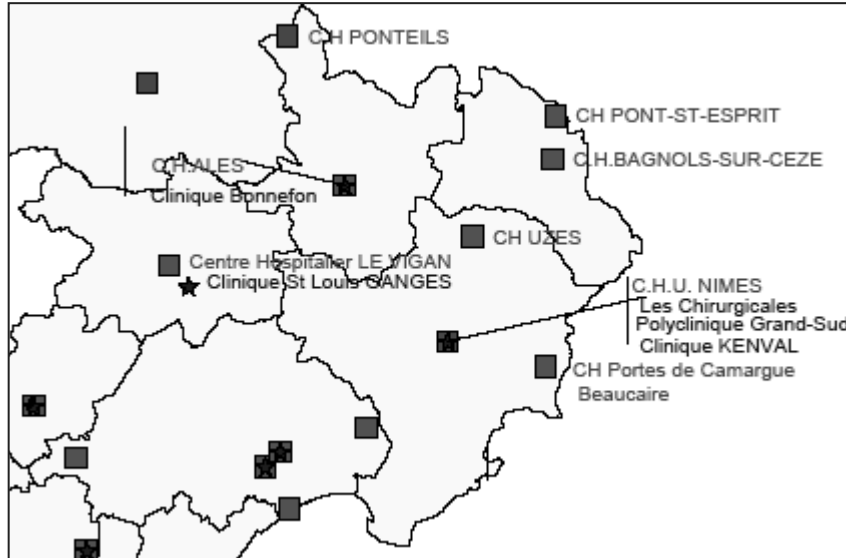
- Le département enregistre une forte progression d'activité en digestif, système nerveux, ophtalmologie, pneumologie.
- La progression de la consommation est supérieure à la progression de la population

Points de vigilance

- Il y a une surconsommation nette en endoscopies accompagnée d'une forte progression de l'activité
- Cette surconsommation touche les séjours de « une nuit et plus »
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (il est de +23% sur Narbonne / Lézignan, soit + 4 500 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
 - à Carcassonne, l'hépto-gastroentérologie, la rhumatologie, la neurologie médicale, l'uro-néphrologie médicale.
 - à Narbonne : la rhumatologie, la cardiologie, la médecine vasculaire, la pneumologie, la diabète- endocrinologie, l'addictologie et notamment les séances en alcoologie.
- Le taux d'autarcie tend à s'améliorer depuis 2002
- L'activité réalisée est équivalente à celle des OQOS contractualisés

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Entre 2009 et 2007

- Le nombre d'endoscopies progresse de 10,74 %
cette progression est particulièrement importante sur Nîmes / Bagnols alors qu'elle diminue sur le territoire d'Alès
- Le nombre des « séjours sans nuit » progresse de 19,74 %
- Le nombre des « séances » progresse de 28,82 %
- De fortes hausses d'activité sont enregistrées en digestif, système nerveux, pneumologie, toxicologie / alcool, séances.
- De fortes baisses d'activités sont enregistrées en rhumatologie, hématologie, tissus cutanés et sous-cutanés.

Points de vigilance

- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+ 14 % sur Nîmes / Bagnols, soit+ 9000 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes:
 - Sur le territoire Nîmes / Bagnols, la neurologie médicale, la diabétologie, la rééducation convalescence, les endoscopies digestives, les séances.
 - Sur le territoire Alès / Cévennes, la traumatologie, la cardiologie, la pneumologie, l'ORL et la stomatologie médicale, la diabétologie, la neurologie médicale.
- Le taux d'autarcie s'est nettement amélioré par rapport à 2002.
- On note cependant des fuites importantes vers l'Hérault
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière importante
- Les OQOS sont très nettement dépassés (+14,91 %) :

Médecine

HERAULT

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Entre 2009 et 2007

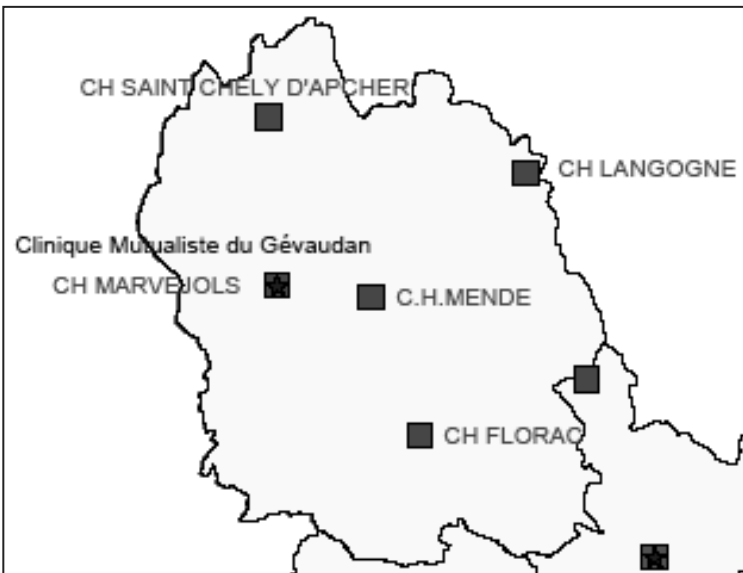
- Le nombre d'endoscopies progresse de 6,50%
- Le nombre des séjours d'alternatives à l'hospitalisation baisse fortement
- Le nombre des séjours avec nuit progresse de 2,21 %
- Le nombre de séances est en forte progression de 31 %
- la consommation globale évolue de manière modérée
- Il est relevé de fortes hausses d'activité en digestif, système nerveux, cathétérisme vasculaire, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, séances, douleur chronique/ soins palliatifs.
- De fortes baisses d'activité sont relevées en : rhumatologie, hématologie, maladies infectieuses, activités inter-spécialités

Points de vigilance

- L'activité « d'alternatives à l'hospitalisation » diminue sans que l'on puisse indiquer de manière formelle que c'est au profit des « séances »
- Il y a sur ce territoire une surconsommation générale
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes :
 - **À Béziers – Sète**, les endoscopies digestives, la cardiologie, les endoscopies bronchiques, l'ORL et la stomatologie médical, les endoscopies ORL, ...
 - **à Montpellier** : les endoscopies digestives, les cathétérismes vasculaires, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs
- Le taux d'autarcie est très bon
- Le nombre de séances de chimiothérapie pour des affections non tumorales se développe de manière rapide au CHU de Montpellier, dans les CH, dans les cliniques
- Les OQOS contractualisés sont en dépassement

Médecine

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- Ø En endoscopie sans nuit : + 67,52 %
- Ø En séjours en Hospitalisation Complète : + 6,24 %
- Ø En séjours Ambulatoires : + 12,59 %
- Ø En Séances : + 20,62 %

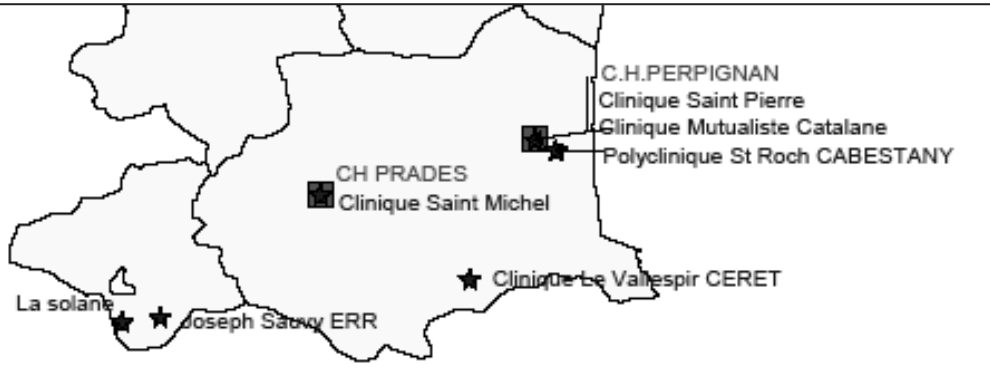
Points de vigilance

- Ø Plusieurs activités sont en forte progression : l'endoscopie, les séjours HC et ambulatoires, les séances
- Ø Le taux de recours est supérieur au taux régional et national et concerne plus particulièrement les activités suivantes : hépato-gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, ORL et stomatologie médicale, gynécologie, sénologie hors obstétrique, chimiothérapie et radiothérapie hors séances, recours pour fièvres/infection/septicémie, alcoolologie.
- Ø Le taux d'autarcie progresse bien mais de façon insuffisante.
- Ø Les OQOS réalisés équivalent aux OQOS contractualisés

Médecine

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

Evolution de l'activité entre 2007 et 2009

- en nombre de séances : + 12,63% (+903)
- Dans la C.M.D. « affections du système nerveux » : +11,51% (+446 séjours)
- dans la C.M.D. « affections du tube digestif Digestif » : +2,32% (+222 séjours)

Points de vigilance

- Il y a sur ce territoire une surconsommation au niveau des endoscopies et des séances
- Le taux de recours est supérieur au taux régional et national (+17% soit 9700 séjours) et concerne plus particulièrement les activités suivantes : les endoscopies digestives et bronchiques avec ou sans anesthésie, l'uro-néphrologie médicale (hors séances), la diabétologie, les maladies métaboliques, l'endocrinologie (hors complications), les séances.
- Les OQOS contractualisés sont en net dépassement, +11,36%.

Soins de suite et de réadaptation

Retour au sommaire

Soins de Suite et de Réadaptation

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur adaptation et leur réinsertion.

La région Languedoc-Roussillon est dotée d'un nombre conséquent d'établissements et le taux d'équipement régional en lits et places de SSR est largement supérieur au taux moyen national. De plus, les établissements de SSR sont inégalement répartis sur le territoire régional, certains d'entre eux étant positionnés en dehors des grands bassins de population pour des raisons historiques. Enfin, les patients de la région ont davantage recours aux établissements de SSR que la moyenne nationale.

Suite à la parution des décrets du 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR, les nouvelles autorisations d'activité ont été déclinées en 2010 et complétées, le cas échéant, d'une ou plusieurs mentions spécialisées.

Le champ des SSR représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de son positionnement entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée ou structure médico-sociale.

La tendance nationale est à la diminution des hospitalisations en SSR principalement pour les actes qui pourraient être réalisés en ville (d'où la mise sous accord préalable de certains actes) et des séjours inadéquats par manque de places d'aval notamment.

Les établissements autorisés à exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation doivent participer activement à l'animation des filières de prise en charge.

Dans le cadre des travaux de ce schéma, une attention particulière a été portée aux établissements (ex-hôpitaux locaux, cliniques et CH isolés, établissements de SSR spécialisés) ayant moins de 30 lits de SSR (pour mémoire, la même étude a été menée sur les établissements de moins de 20 lits de médecine).

Cette analyse a été réalisée à la veille de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), dans un esprit de transversalité du parcours de santé et d'approche territoriale.

Cette étude s'est appuyée sur l'analyse du positionnement de chaque établissement en réponse aux besoins de proximité en prenant en compte:

- la viabilité économique en système de financement T2A, l'activité en volume, le type de pathologies prises en charge, le taux d'attractivité, le taux de fuite ;
- la nature du service rendu ;
- les parts de marchés, l'environnement concurrentiel ;
- les temps d'accès aux établissements de santé les plus proches.

Les diagnostics posés pour chaque établissement ont conduit à certaines décisions de créations et suppressions d'implantations inscrites dans ce schéma.

Soins de suite et de réadaptation

Orientations

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- L'offre régionale est excédentaire en soins de suite et de réadaptation. De plus, cette offre est inégalement répartie sur le territoire régional.
- L'offre régionale est déficitaire en structures médico-sociales pour personnes âgées et pour personnes handicapées et excédentaire en kinésithérapeutes libéraux.
- La mise en place annoncée de la tarification à l'activité dans les établissements de soins de suite et de réadaptation risque d'avoir une incidence préjudiciable sur des établissements de faible capacité. Par ailleurs, ce système de financement impactera le parcours de santé des patients vis-à-vis de l'aval (domicile et structures médico-sociales) et de l'amont (court-séjour hospitalier).
- Le vieillissement de la population du Languedoc-Roussillon est un élément de contexte à prendre en compte pour appréhender cette thématique.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Développer la télésanté notamment pour les cas complexes en lien avec le centre de référence universitaire régional en soins de suite et de réadaptation pour adultes situé au Grau du Roi.
- Garantir l'accessibilité financière en acceptant tous les patients adéquats, qu'ils soient ou non en capacité de financer le supplément pour chambre particulière.

Performance :

- Développer l'hospitalisation à temps partiel par substitution de l'hospitalisation à temps complet dans les spécialités de soins de suite et de réadaptation où cette modalité de prise en charge est la plus efficace (spécialités de SSR ciblées : locomoteur, neurologique, cardiologique, respiratoire).
- Elargir le champ d'intervention de services d'hospitalisation à domicile (HAD) existants à la prise en charge de patients en soins de suite et de réadaptation, prioritairement pour les patients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Qualité-pertinence & Evitabilité :

- Evaluer l'adéquation des patients aux structures de façon à limiter les hospitalisations.

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de suite et de réadaptation suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- 1- **Prévention** : développer des programmes d'éducation thérapeutique comme outils de prise en charge du patient visant à améliorer sa qualité de vie.
- 2- **Premiers recours & Médico-social** : améliorer l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en soins de suite et de réadaptation vers :
 - le domicile du patient : en organisant l'articulation avec les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les médecins spécialistes.
 - l'établissement médico-social : en articulation avec les SSIAD, les EHPAD et les structures pour personnes handicapées.
- 3- Optimiser le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) par :
 - la mise en place de l'outil « Trajectoire » pour fluidifier le parcours du patient du court-séjour (médecine, chirurgie) vers les soins de suite et de réadaptation.
 - la promotion de l'hospitalisation à domicile (HAD) en alternative aux SSR dans certain cas.

Liaisons principales avec d'autres volets :

Chirurgie, Médecine, Cardiologie interventionnelle, SLD, Médico-social.
L'activité de SSR a été ciblée dans les priorités nationales du programme régional de gestion du risque .

Soins de Suite et de Réadaptation – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schéma	Indicateurs Schéma
Développer la prise en charge en hospitalisation à temps partiel (HTP) aux dépens de celle en hospitalisation complète	Part de l'activité d'HTP sur le total de l'activité de soins de suite et de réadaptation en SSR spécialisés en cardiologie, en locomoteur, en respiratoire et en neurologie
Evaluer la pertinence des séjours et limiter les inadéquations de patients dans les établissements de soins de suite et de réadaptation	Nombre d'établissements respectant les référentiels de la Haute Autorité en Santé (HAS) / Nombre d'établissements ciblés par la MSAP
Analyser les spécificités des établissements à faible capacité et/ou isolés géographiquement	
Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) dans les établissements	Nombre de programmes d'ETP autorisés Nombre de patients inclus dans chaque programme d'ETP
Optimiser le parcours du patient en aval des soins de suite et de réadaptation en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> • les soins de longue durée (SLD) : en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée • le Médico-social : en évaluant les protocoles de coopération passés entre soins de suite et de réadaptation et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 	Nombre de patients transférés en SLD et EHPAD
Utiliser l'outil Trajectoire : tous les établissements de médecine, de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation de la région sont concernés	Nombre d'établissements de court-séjour (médecine, chirurgie - MC) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisant l'outil Trajectoire / Nombre total d'établissements MC et SSR

Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations ⁽¹⁾ de SSR		SSR spécialisés en								Créations / suppressions	
		enfants-ado	adultes	locomoteur	neurologie	cardiologie	respiratoire	digestif, métabolique et endocrinien	onco-hématologie	brûlés	addictologie		Gériatrie
Aude	HC		14 ⁽²⁾	4	2	1	1	1				5	
	HTP		3	3	2	1	1						
Gard	HC		18 ⁽³⁾	5	3	2	2	2			2	5	+ 2 (Le Vigan, Molières-Cavaillac) +1 cardiologique (Alès)
	HTP	1	8	5	3	2	1	1				1	+ 1gériatrique (Nîmes) + 1 cardiologique (Alès)
Hérault	HC	2	29 ⁽⁴⁾	10	6	2	2		1	1	1	11	+ 1 gériatrique (Lunel) -2 (Vigan, Molières-Cavaillac)
	HTP	2 ⁽⁵⁾	15	10	5	3	1					1	+ 1 (Castelnaud)
Lozère	HC	1	8	1	1		1					1	- 1 (St Chély d'Apcher)
	HTP		1	1									
PO	HC	1	18 ⁽⁶⁾	4	4	2	3	1				1	6 - 4 dont 1(création du GCS pôle sanitaire cerdan) et 3 enfants-ado (dont 1 création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne et 2 MECS Font Romeu)
	HTP	1	5	1	2	3	2						+ 1 (création du GCS pôle santé cerdan) -1 enfants-ado(création du GCS pôle pédiatrique de Cerdagne)

Les éléments surlignés sont mentionnés à titre indicatif et seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

⁽¹⁾ Toute implantation de SSR permet d'assurer une prise en charge polyvalente. Cette implantation peut être complétée par une ou plusieurs mentions spécialisées.

La ventilation de l'activité entre la prise en charge polyvalente et spécialisée sera précisée dans les CPOM des établissements. Il pourra être demandé à un établissement de réaliser 100% de son activité en SSR spécialisé.

⁽²⁾ dont 1 UCC et 1 EVC-EPR

⁽³⁾ dont le centre de référence universitaire régional en SSR adultes et dont 1 UCC et 1 EVC-EPR (anciennement 2 unités d'EVC-EPR mais 1 unité de moins à Ponteil)

⁽⁴⁾ dont le centre régional de référence en SSR enfants et dont 1 UCC et 2 EVC-EPR

⁽⁵⁾ dont 1 à titre non exclusif

⁽⁶⁾ Dont 1 EVC-EPR, 1 UCC sera reconnue sur ce territoire en 2012.

1 UCC supplémentaire devra être reconnue dans la région en 2012.

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale ; EVC-EPR : Etat végétatif chronique et Etat Pauci Relationnel

Soins de Suite et de Réadaptation - Objectifs de l'offre de soins LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- **Territoire de l'Aude** : Centre Hospitalier de Narbonne et Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières
Mise en œuvre de l'autorisation de soins de suite et de réadaptation spécialisés en digestif, métabolique et endocrinien détenue par le CH de Narbonne sur le site du CH de Lézignan-Corbières.
- **Territoire du Gard** : Etablissements SSR de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue
Elaboration et mise en œuvre, par les 7 établissements membres de la CHT, d'un projet médical commun de structuration des filières de soins de suite et de réadaptation à partir des capacités existantes, pour une meilleure gradation des soins.
- **Territoire des Pyrénées-Orientales** :
Le recentrage sur Perpignan des activités de soins de suite et de réadaptation est à encourager.

ANNEXE

Soins de suite et de réadaptation

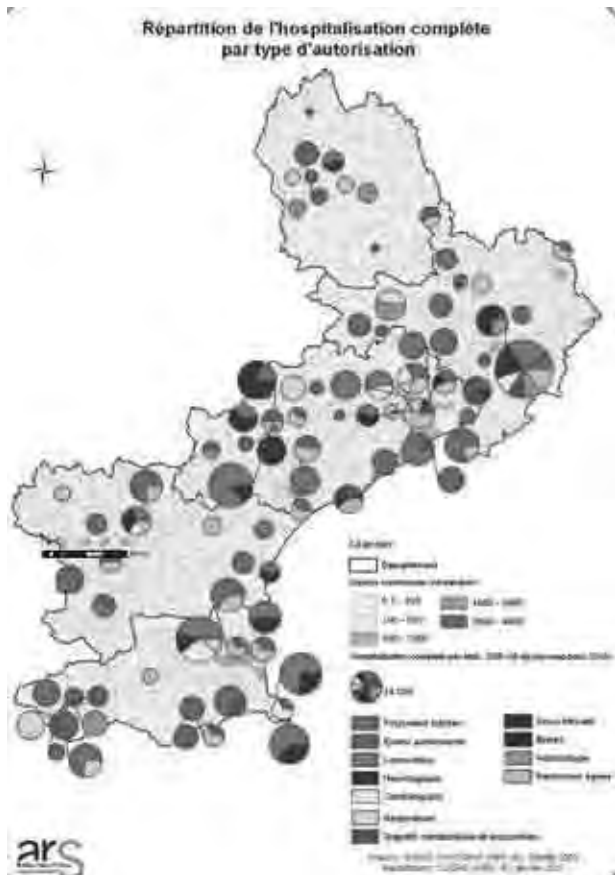
Diagnostic

Retour au sommaire

Soins de Suite et de Réadaptation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Éléments de diagnostic régional

Le tableau ci-dessous présente les taux d'équipement régionaux comparés aux taux moyens nationaux :

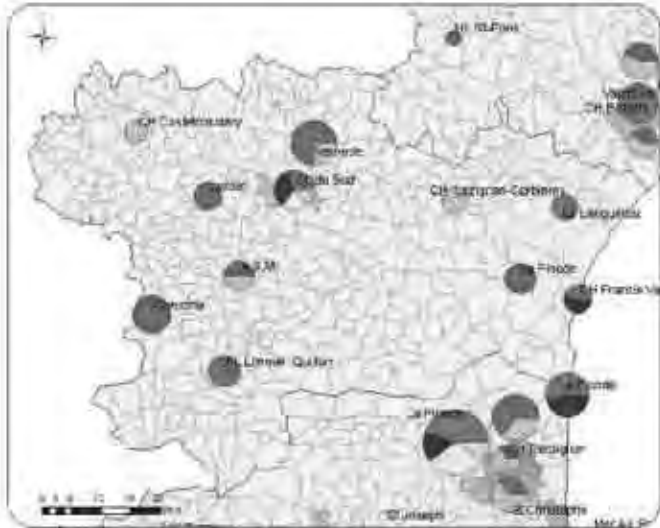
	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits et places pour 1000 habitants)	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des habitants de la région)	5664	5278
Solde flux (Attractivité-Fuites)	8 %	
Evolution OQOS 2010/2007	+ 4 %	/

Points de vigilance

- La pertinence des séjours de SSR nécessite d'être évaluée
- La répartition des établissements sur le territoire régional est inéquitable
- Certains établissements ont une taille critique qui fragilise leur efficacité
- Certains établissements de SSR rencontrent des problématiques d'aval expliquées notamment par :
 - une moindre densité des kinésithérapeutes libéraux dans l'Aude et en Lozère
 - un taux d'équipement régional en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne nationale notamment dans les PO
 - un taux d'équipement régional en places pour personnes handicapées adultes insuffisant notamment pour les cérébro-lésés
- Certains établissements ont un recrutement extrarégional disproportionné

Soins de Suite et de Réadaptation

Offre de soins sur le territoire Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Légende



OQOS-SSR par type d'autorisation 2010



Données d'activité

	Aude	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,7	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	7 Carcassonne 5 Narbonne	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de l'Aude)	5670	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	86 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	75 %	81 %	75 %

Points de vigilance

Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :

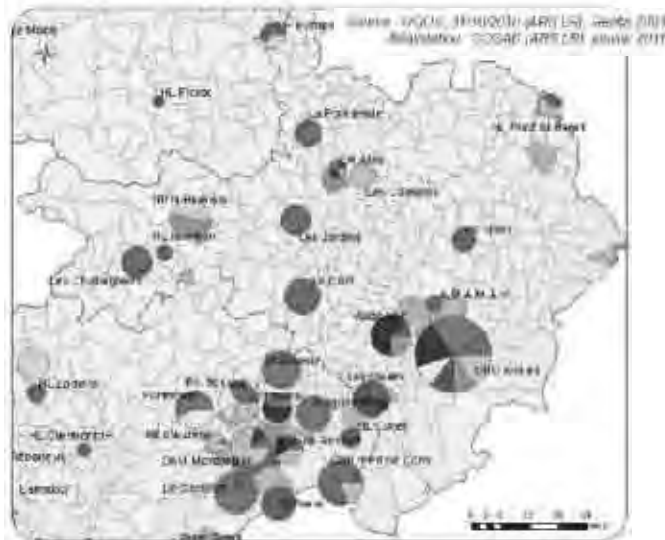
- la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (équivalente à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)
- un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale

Soins de Suite et de Réadaptation

GARD

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Gard	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	1,4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10 N-B 4 A	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. du Gard)	4867	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	61 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	81 %	81 %	75 %

Points de vigilance

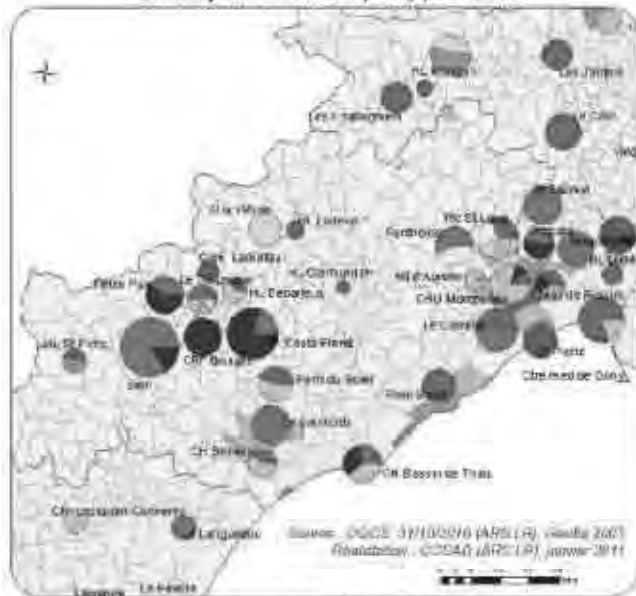
- Le secteur d'Alès est insuffisamment couvert en SSR
- Le service de SSR du CH du Vigan a une taille critique
- Problématique de l'aval du SSR expliquée notamment par :
 - la faible densité des kinésithérapeutes libéraux (supérieure à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale)
 - un taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à la moyenne régionale et nationale

Soins de Suite et de Réadaptation

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Hérault	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	2,3	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	12 B-S 18 Mtp	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de l'Hérault)	5498	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	75 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	80 %	81 %	75 %

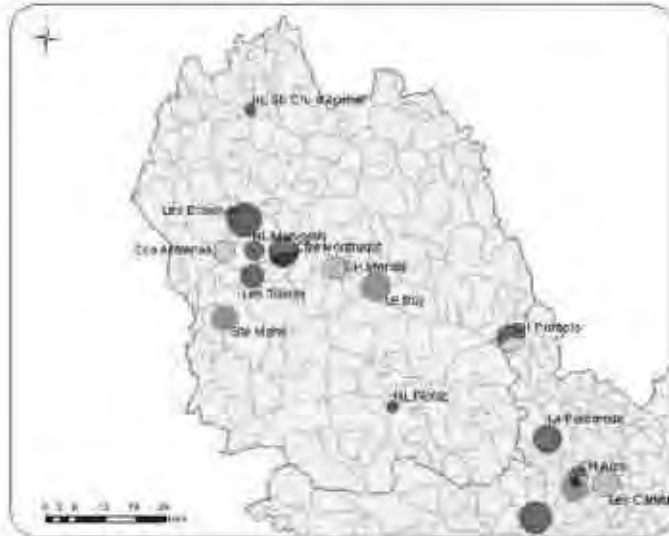
Points de vigilance

- Plusieurs établissements de ce territoire sont confrontés à une problématique de taille critique : Lamalou-le-Haut, CH Lodève, CH Clermont
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans apparaît insuffisant, ceci peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR sur ce territoire

Soins de Suite et de Réadaptation

LOZERE

Offre de soins sur le territoire
Les OQOS SSR par type d'autorisation,
en hospitalisation complète, pour 2010



Données d'activité

	Lozère	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	4	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	10	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. de Lozère)	6276	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	54 %	69 %	75 %
Mode d'entrée : Domicile	38 %	28 %	21 %
Mode de sortie : Domicile	80 %	81 %	75 %

Points de vigilance

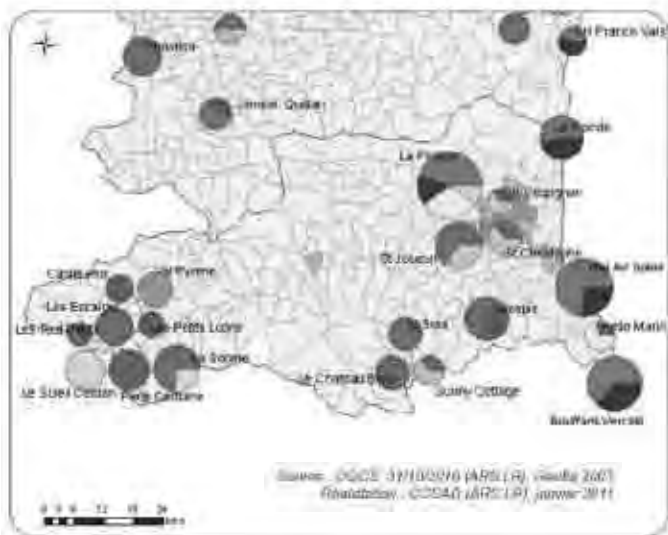
- Plusieurs établissements de ce territoire sont confrontés à une problématique de taille critique : CH de Florac, CH de St Chély, CH de Marvejols
- La faible densité des kinésithérapeutes libéraux dans le département peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional disproportionné allant jusqu'à 89 %

Source : OQOS, 31/10/2010 (ARS LR), Geofra 2003
 Réalisation : COSAD (ARS LR), Janvier 2011

Soins de Suite et de Réadaptation

Offre de soins sur le territoire

Les OQOS SSR par type d'autorisation, en hospitalisation complète, pour 2010



Légende



(OQOS SSR en lits médicalisés par 2010)



Données d'activité

	PO	LR	France
Taux d'équipement 2009 en SSR (lits en places pour 1000 habitants)	3,8	2,3	1,7
Nb d'établissements 2010	23	89	/
Taux de recours 2009 en SSR (consommation en SSR des hab. des PO)	7198	5664	5278
Mode d'entrée : MCO	62 %	69 %	75 %
Mode de sortie : Domicile	85 %	81 %	75 %

Points de vigilance

- Spécificité du plateau cerdan qui compte un taux d'équipement important au vu de la population du bassin
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de plus de 75 ans apparaît insuffisant, ceci peut expliquer une partie des difficultés d'aval du SSR sur ce territoire
- Certains établissements du territoire ont un recrutement extrarégional allant jusqu'à 77 % de leur patientèle : ce chiffre comprend notamment les patients de la région Midi-Pyrénées

Soins de longue durée

Retour au sommaire

Soins de longue durée

L'activité de soins de longue durée s'exerce désormais dans des structures redéfinies par la partition des capacités au sein des anciennes unités en 2010. Dans la région Languedoc-Roussillon, la séparation géographique des lits médico-sociaux et des lits sanitaires a été mise en œuvre mais n'est pas encore totalement achevée dans certains établissements.

La mission des unités de soins de longue durée (USLD) est ainsi définie par l'arrêté du 12 mai 2006 : « sont considérées comme unités de soins de longue durée les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, 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. » Un référentiel d'organisation des soins, des recommandations de fonctionnement et des indicateurs de suivi sont proposés dans la circulaire du 10 mai 2007.

Les orientations nationales du SROS-PRS en matière de soins de longue durée montrent la volonté de ne plus considérer les USLD comme l'ultime maillon de la filière gériatrique hospitalière : en effet, les USLD sont invitées à nouer des partenariats plus étroits avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales pouvant le cas échéant faciliter le retour au domicile du patient.

A ce titre, les USLD, inscrites dans les filières gériatriques, seront partie intégrante du parcours de santé des personnes âgées.

En l'absence de données précises sur l'âge et les profils pathologiques des patients présents en USLD dans la région (exemple : patients de moins de 60 ans atteints de pathologies neuro-dégénératives) ainsi que sur les séjours longs en SSR et en médecine, le besoin en lits de soins de longue durée à l'horizon 2015 a été évalué sur la base du taux d'équipement recommandé de 6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, les personnes âgées étant majoritaires dans les USLD.

Pendant la durée du SROS-PRS, une attention particulière sera portée sur les points suivants:

- l'inscription des USLD dans les filières gériatriques territoriales;
- l'identification géographique et fonctionnelle des USLD;
- la qualité de la prise en charge en USLD au regard notamment de la réglementation;
- les prises en charge respectives en EHPAD et en USLD : les USLD devront assurer pleinement leur mission de prise en charge des patients nécessitant les soins les plus lourds : à cet effet, l'outil PATHOS constituera un indicateur privilégié.

Soins de longue durée
Orientations

Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Les USLD prennent en charge des patients en fonction de leur état polyopathologique à haut niveau de dépendance ; les personnes âgées de 75 ans et plus, bien que majoritaires, ne sont pas exclusives de ces structures.
- La partition des USLD mise en œuvre en 2010 a généré un déséquilibre des territoires de santé en lits de soins de longue durée.
- Au vu des coupes PATHOS validées en EHPAD en 2010, un certain nombre de patients pris en charge en EHPAD relèveraient en fait d'USLD (excès de patients SMTI).

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité** : Optimiser la répartition des USLD en région et par territoire de santé en fonction des besoins.
Prévoir des lieux de répit pour les aidants dans le cadre du transfert à domicile à partir de l'USLD.
- **Qualité- efficacité**:
Améliorer la qualification et la formation des personnels. Veiller à leur reconnaissance et à leur valorisation.
Harmoniser les pratiques professionnelles de la prise en charge au sein des filières gériatriques des différents territoires.
- **Sécurité** :
Eviter la iatrogénie médicamenteuse.
Veiller à l'amélioration de la sécurité des soins (vigilances) et à la gestion des événements indésirables.
- **Performance**:
S'assurer que les patients soient adéquats à la structure.
Proposer au patient le projet de vie (incluant le projet de soins) le mieux adapté.

Focus du PSRS : Maladies chroniques, prévention bien vieillir, Personnes Agées, Personnes Handicapées, politique du médicament, soutien à domicile, maladies d'Alzheimer.

Soins de longue durée

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins de longue durée suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- **Prévention** : Mettre en œuvre les politiques prioritaires de prévention spécifiques (dénutrition, gestion des troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres,...).
- **Entrée du patient en USLD** : Améliorer les conditions d'accès aux USLD à partir des structures sanitaires, médico-sociales ou du domicile.
- **Sortie du patient de l'USLD** : Prendre en compte la dimension sociale du patient et articuler les structures de soins à domicile (SSIAD, HAD) et les EHPAD avec les USLD.
- **Parcours du patient dans la filière « personnes âgées »** : Assurer une bonne fluidité de la filière de soins gériatriques.
- **Intra-hospitalier** : Favoriser en USLD le recours aux avis spécialisés :
 - médicaux, chirurgicaux, odontologiques,...
 - ou délivrés par les différentes équipes mobiles (gérontopsychiatrie, soins palliatifs).

Liaisons principales avec d'autres volets :
Médecine, SSR, psychiatrie

Soins de longue durée – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Définir les besoins au sein des territoires de santé en tenant compte des évolutions socio-démographiques attendues.	
Obtenir l'identification géographique et fonctionnelle de l'ensemble des USLD en 2013.	Nombre d'USLD identifiées géographiquement et fonctionnellement en 2013.
Poursuivre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC).	
Faire évoluer la qualité de vie des patients en USLD (prise en compte de l'immobilier, projet de vie, projet de soins).	
Mettre en œuvre la démarche de bientraitance et de prévention de la maltraitance au sein de chaque USLD.	
Formation : développer les formations des personnels soignants aux politiques de prévention (dénutrition, troubles psycho-comportementaux, chutes, escarres) et aux soins palliatifs. Définir une politique de valorisation des personnels soignants en gériatrie.	
Adéquation : mettre en œuvre une évaluation régulière par l'outil PATHOS du profil de soins des patients pris en charge en USLD pour améliorer l'adéquation.	Pourcentage régional de SMTI en USLD.
Amont : s'assurer que toutes les possibilités de maintien à domicile ont été envisagées avant l'entrée du patient en USLD (y compris l'HAD en EHPAD).	
Entrée du patient : formaliser une fiche d'admission régionale commune aux EHPAD et aux USLD.	Fiche d'admission régionale.
Sortie du patient : anticiper le retour en établissement médico-social ou au domicile, lorsque celui-ci est possible, si nécessaire en lien avec les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD) aptes à prendre en charge le patient, en prévoyant notamment la continuité de la prise en charge et la coordination des actions entre les partenaires.	
Favoriser le recours à la compétence psychiatrique : équipe mobile de gérontopsychiatrie, équipe intra-hospitalière de liaison, psychiatrie libérale, psychiatrie de secteur.	

Soins de longue durée – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Implantations

TERRITOIRE DE SANTE	IMPLANTATIONS (HC)	Créations / suppressions
AUDE	Castelnaudary (1) Limoux (1) Carcassonne (1) Narbonne (1) Lézignan (1)	
GARD	Bagnols s/Cèze (1) Nîmes (1) Uzès (1) Alès (1) Le Vigan (1)	+1 (Le Vigan) -1 (non octroyée)
HERAULT	Montpellier (2 au CHU) Castelnaud le Lez (1) Lodève (1) Lunel (1) Béziers (1) Sète (1) Agde (1) Bédarieux (1)	-1 (Le Vigan)
LOZERE	Mende (1) Florac (1) Langogne (1)	-1 (non octroyée)
PYRENEES-ORIENTALES	Perpignan (1) Prades (1) Err (1) Sur le territoire (1)	

- Aude : installation prévue des lits de SLD du CH de Carcassonne
- Gard : confortation de l'offre à partir des implantations existantes par extension des capacités en lits de SLD au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue
- Hérault : le besoin en lits de SLD à l'horizon 2015 sera satisfait sous réserve de la réouverture des 40 lits de SLD fermés au CHU de Montpellier
- Lozère : les capacités actuelles en lits de SLD resteront suffisantes à l'horizon 2015
- Pyrénées-Orientales : reconduction de l'implantation restée vacante au SROS III pour répondre au besoin en lits de SLD.

Coopération des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Structurer les filières gériatriques territoriales, composantes du parcours de santé des personnes âgées.

- Une filière gériatrique intégrant des lits de soins de longue durée devrait être constituée au sein d'un pôle régional de gérontologie

- Inciter les EHPAD et les USLD à coopérer pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.

- Coopération au sein de la CHT Cévennes-Gard-Camargue pour la prise en charge des patients relevant de soins de longue durée.

- Coopération entre les USLD et les structures de soins à domicile (HAD, SSIAD).

ANNEXE

Soins de longue durée

Diagnostic

Retour au sommaire

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire de santé

- La partition des capacités (4 septembre 2009) est entrée en vigueur en 2010. Elle aboutit à 23 implantations géographiques d'USLD redéfinies (dont 2 pour le CHU de Montpellier).
- L'annexe du SROS III (16 juillet 2009) prévoyait 27 implantations géographiques (dont 2 pour le CHU de Montpellier) en tenant compte d'un indice de besoin de 6 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus (sauf 9 pour 1000 en Lozère).
- À ce jour (novembre 2011): 23 implantations géographiques d'USLD (dont 2 pour le CHU de Montpellier).

Éléments de diagnostic régional

Taux d'équipement en 2010 (Nb de lits/1000 personnes de 75 ans et +)

Préconisation nationale en 2006	6	Sauf pour le département de l'Hérault et excepté la Lozère (taux initial retenu de 9 lits/1000 habitants de 75 ans et plus), le taux d'équipement est partout inférieur à la préconisation nationale.
Région LR	5,6	
Hérault	6,2	
Gard	5,8	
Lozère	10	
Aude	4,4	
PO	4,6	

Points de vigilance

- A l'horizon 2015, si les capacités en lits de SLD restent inchangées, le taux d'équipement régional ne sera que de 5,35 lits/1000 personnes de 75 ans et plus, faisant apparaître l'existence d'un besoin.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans, les patients au long cours en médecine et SSR doivent également être pris en compte dans l'évaluation des besoins.
- Certains résidents pris en charge en EHPAD relèveraient d'une USLD. A l'inverse, il existe des inadéquations en USLD (patients qui relèveraient d'une EHPAD) qui seront évaluées par les coupes PATHOS.
- Nécessité de définir les conditions d'admission en USLD et les conditions de transfert des structures médico-sociales vers les USLD pour une meilleure adéquation de leurs prises en charge respectives.
- L'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge en USLD devra être fixé dans les conventions tripartites de deuxième génération.
- La planification dans le champ des SLD doit utiliser comme unité géographique non seulement les territoires de santé mais également les bassins gériatriques sièges de la filière.
- Le maintien à domicile des patients relevant d'une USLD ne peut s'envisager que si les conditions de prise en charge sont équivalentes.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

- Partition : 4 implantations
- SROS III : 5 implantations
- Installé : 4 implantations
- 1 implantation autorisée mais non installée pour le CH de Carcassonne en 2010

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 70 lits (taux d'équipement de 4,35 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,25 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015 (compte non tenu de l'autorisation délivrée au CH de Carcassonne).

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Aude était de 1,48 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

GARD

Offre de soins sur le territoire

Y compris CH du Vigan

Partition : 5 implantations

SROS III : 6 implantations

Installé : 5 implantations

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un besoin de 14 lits (taux d'équipement : 5,79 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 5,2 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et + en 2015, soit un déficit d'environ 60 lits.

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI en EHPAD, qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans le Gard était de 1,19% en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

Sauf CH du Vigan

- Partition : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- SROS III : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)
- Installé : 9 implantations (dont 2 pour le CHU)

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un excédent de 19 lits (taux d'équipement : 6,19 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 6/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement restera satisfaisant en 2015 (6,06/1000 personnes âgées de 75 ans et +).

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans l'Hérault était de 1,08 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.
- Un pôle régional de gérontologie intégrant des lits de SLD est en projet.

Soins de longue durée

Offre de soins sur le territoire

Partition : 3 implantations

SROS III : 4 implantations

Installé : 3 implantations

Données d'activité

- Le taux d'équipement en Lozère retenu en 2006 est de 9 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +.
- La partition induit en 2010 un excédent de 9 lits (taux d'équipement : 10,06 lits/1000 personnes âgées de 75 ans et + au lieu de 9/1000).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 9,52 lits / 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès en Lozère était de 10,79 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins de longue durée

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

- Partition : 2 implantations
- SROS III : 4 implantations
- Installé : 2 implantations

Données d'activité

- La partition induit en 2010 un déficit de 76 lits (taux d'équipement de 4,57 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus).
- Si les capacités restent inchangées, le taux d'équipement sera de 4,42 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2015.

Points de vigilance

- Il y a un excès de patients SMTI dans les EHPAD qui pourraient relever d'une prise en charge en USLD. L'excès dans les P.O. était de 1,02 % en 2009.
- Les patients porteurs de pathologies neuro-dégénératives âgés de moins de 60 ans ainsi que les patients au long cours en médecine et SSR sont susceptibles de relever d'une prise en charge en SLD.
- Il y a un probable excès de patients non SMTI en USLD, qu'il conviendra d'évaluer par des coupes PATHOS.

Soins palliatifs

Retour au sommaire

Soins palliatifs

Bien que le modèle français intègre la démarche palliative dans la pratique de tout acteur de santé, il est nécessaire de poursuivre son développement à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé.

Le programme de développement 2008-2012 comprenait des mesures concernant le domicile et les établissements médico-sociaux et notamment l'action des EMSP dans les EHPAD. Ces orientations seront privilégiées dans le SROS au-delà de 2012.

La coordination et la coopération doivent s'organiser entre les différentes modalités de prise en charge.

Les unités sont les lieux de prise en charge des situations complexes. L'objectif est de disposer d'une telle offre par

territoire.

Les EMSP et les réseaux territoriaux de Soins Palliatifs concentrent les ressources expertales de soutien, de formation, d'appui.

Les lits identifiés sont un maillon nécessaire, au même titre que l'HAD.

Les soins palliatifs à domicile bénéficient aussi de l'intervention d'auxiliaires de vie, d'aide-ménagères, de système de téléalarme... Les aidants doivent pouvoir être soutenus.

Soins Palliatifs

Orientations

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux d'équipement en lits identifiés de soins palliatifs Court Séjour et soins de suite qui reste au niveau de la moyenne nationale : 10 lits pour 100 000 habitants
- Une forte sollicitation des Equipes Mobiles en Soins Palliatifs et des Réseaux, experts des territoires
- Certaines zones restent non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux, sur l'arrière-pays ou sur le littoral
- Un secteur médicosocial (EHPAD) demandeur de formation et de conseils
- Une coordination ville -hôpital à développer : HAD, ou maintien à domicile avec les professionnels libéraux
- Une juxtaposition de modalités de prise en charge sans coordination organisée.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Assurer la gradation de l'offre de soins pour permettre l'accès à des prises en charge spécialisées pour des situations complexes. Sur chaque territoire, il conviendra d'identifier une unité de SP et de développer la coopération entre l'ensemble des acteurs : EHPAD, médecins généralistes, USLD, HAD avec les structures expertes (partenariat réseau/EMSP et liens avec l'unité de soins palliatifs).
- Identifier les zones non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux

Performance - Evitabilité :

Améliorer l'efficacité des moyens de prise en charge en favorisant l'accès aux compétences de soins palliatif à domicile, et en établissements médicosociaux, maintenant les patients dans leur cadre de vie, évitant ainsi des hospitalisations en urgence non justifiées et psychologiquement difficiles.

Qualité- pertinence :

- Intégrer la démarche palliative à toute pratique soignante
- Renforcer l'évaluation qualitative
- Favoriser une coordination par territoire voire régionale

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins palliatifs suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- 1- **Prévention** : anticiper les conditions psychologiques et matérielles de la prise en charge, en amont, par la parole des professionnels et l'information aux familles.
- 2- **Premiers recours & Médico-social** : personnes âgées,
 - EHPAD :
 - Soutenir la coordination en EHPAD qui s'articule autour du médecin coordonnateur et des médecins généralistes
 - Accroître l'intervention des EMSP et des réseaux dans les EHPAD afin de favoriser le maintien en ESMS des résidents
 - À domicile : organiser des réseaux de soins palliatifs avec la participation des professionnels de santé libéraux dans les parcours de soins de patients. Soutenir les familles ,en intégrant le suivi psychologique
 - Réaliser systématiquement pour tout malade pris en soins palliatifs un bilan de l'environnement psycho socio familial et intégrer le suivi psycho-social dans la démarche de soins et de soutien.
 - Soutenir les associations de bénévoles

Liaisons principales avec d'autres volets :
Personnes Agées, SLD

Soins palliatifs- Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Positionner les EMSP et les réseaux de SP en experts des territoires de santé Favoriser l'activité des équipes mobiles en dehors de leur établissement	Ratio patients internes / patients externes Nombre de patients suivis par EMSP et par réseaux de soins palliatifs.
Créer une unité de Soins Palliatifs dans les territoires qui en sont dépourvus	Nombre d'unités
Garantir une répartition équitable des lits identifiés	Nombre de lits identifiés en soins palliatifs pour 100 000 habitants par bassin
Intégrer les associations de bénévoles dans la prise en charge	
Limiter les hospitalisations en urgence non justifiées de patients en soins palliatifs	Nombre d'hospitalisations en urgence non justifiées
Développer la place de l'HAD	Nombre de journées SP en HAD
Premiers recours : Mieux intégrer tous les professionnels de santé libéraux (MG, IDE, kinés, pharmaciens, orthophonistes...) dans le parcours de soins palliatifs, en adhérant aux réseaux de soins palliatifs et aux HAD	Evolution du nombre de patients pris en charge à domicile
Médico-social : améliorer les prises en charge des patients palliatifs au sein des établissements	Conventions EMSP-EHPAD
Organiser des formations en EHPAD de prise en charge des patients palliatifs	Nombre de formations dispensées par EMSP et/ou réseaux de soins palliatifs Nombre de professionnels formés

Soins Palliatifs – Objectifs de l’offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Coordination de toutes les modalités de prise en charge en soins palliatifs
- Coordination avec les acteurs libéraux avec ou sans HAD

*Les implantations sont mentionnées à titre indicatif, ces éléments seront précisés dans les contrats d’objectifs et de moyens de chaque établissement.

La création d’Unités de soins palliatifs doit se faire par conversion de lits identifiés.

Territoires de santé	Implantations *		Créations / suppressions
Aude	LISP	Narbonne (2) Carcassonne (1) Castelnaudary (1) Limoux (1)	
	USP	Carcassonne (1)	
	EMSP	Narbonne (2) Carcassonne (1)	
Gard	LISP	Nîmes (3) Bagnols s/ Cèze (1) Pont Saint Esprit (1) Uzès (1) Anduze (1) Alès (2) Pontails (1) Saint Privat des Vieux (1) Le Vigan (1)	
	USP	Nîmes (1)	
	EMSP	Nîmes (1) Bagnols s/ Cèze (1) Alès (1)	
Hérault	LISP	Montpellier (4) Castelnaud le Lez (1) Palavas (1) La Grande Motte (1) Saint Clément de Rivière (1) Lunel (1) Clermont l’Hérault (1) Béziers (2) Bédarieux (1) Pézenas (1) Boujan s/Libron (2) Sète (1)	
	USP	Montpellier (1 unité régionale) Castelnaud le Lez (1)	
	EMSP	Montpellier (2) Castelnaud le Lez (1) Béziers (1) Sète (1)	
Lozère	LISP	Mende (1) Florac (1)	
	USP	1	+1
	EMSP	Mende (1)	
PO	LISP	Perpignan (2) Cabestany (1) Prades (1) Le Boulou (1) Err (1) Montbolo (1) Saint Estève (1) Cerbère (1)	
	USP	Perpignan (1)	+1 (Perpignan)
	EMSP	Perpignan (2)	

ANNEXE

Soins Palliatifs

Diagnostic

Retour au sommaire

Soins palliatifs

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Éléments de diagnostic régional

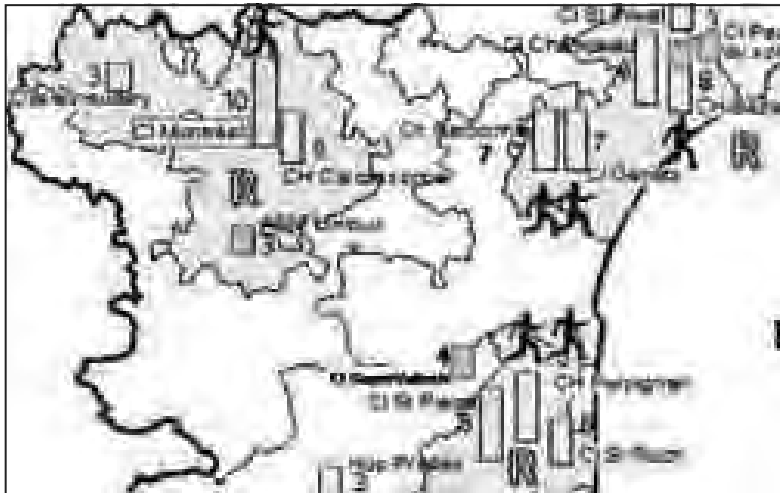
- Le taux d'équipement en lits et places est légèrement inférieur à la moyenne nationale pour le court séjour et supérieur à la moyenne nationale pour le SSR (sur la base de 10 lits pour 100 000 habitants)
- PRODUCTION** : l'activité hospitalière régionale en 2009 s'élève à :
 - court séjour : 4203 séjours, 63 402 journées dont 3,7 % HTP(DMS15,1)
 - 51,7% des journées ont été réalisées en établissements publics
 - 51,7 % des journées ont été produites par les établissements de l'Hérault (attractivité de ces derniers)
 - SSR : 33 601 journées.
 - HAD : 5000 journées.
- La population régionale a bénéficié** :
 - En court séjour de : 4243 séjours et 64557 journées (DMS15,2)
 - En soins de suite : 33 601 journées

Points de vigilance

- Les EMSP et les réseaux de SP enregistrent de fortes sollicitations, leur activité est en augmentation, ils sont confrontés à des difficultés pour assurer cette augmentation de la demande.
- Les EMSP et les réseaux sont à positionner en qualité d'experts au sein des territoires de santé.
- Favoriser l'activité des EMSP en dehors de leur établissement.
- Certaines zones sont non couvertes car éloignées des EMSP et des réseaux : Ouest Alès (Quissac, Sommières...), Lamalou-Bédarieux-Ganges, le Vigan et St Pons de Thomières, littoral Gardois... zones limitrophes de notre région, moyenne montagne dans les PO.
- Le dispositif actuellement en place devra être évalué afin de mieux déterminer ses besoins d'évolution et d'adaptation, dans le cadre de la Commission technique Régionale en SP, les problématiques suivantes seront à travailler ; SP en EHPAD, SP en USLD, problématique du grand âge, place des médecins généralistes, problème de la permanence des soins.
- Au sein du secteur médico-social, une attente de formation est formulée par les EHPAD.
- au sein des EHPAD le rôle du médecin coordonnateur et le rôle des médecins généralistes sont à développer dans la coordination des soins de malades en SP

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
 - GCS Ouest Audois (Depuis 1999 - CH de Carcassonne, Polyclinique Montréal, Réseau ROADS, ASM, CH de Castelnaudary) : 407 patients suivis
 - CH de Narbonne (Depuis) : 172 patients suivis
 - Clinique les Genêts (Depuis) : 359 patients suivis
- **Réseau de soins palliatifs :**
 - Réseau ROADS intégré au GCS Ouest Audois
 - Pas de réseau à Narbonne
- **Unité de soins palliatifs :** Polyclinique Montréal (10 lits)
- **L'activité hospitalière en court séjour** est de 11 120 journées et 733 séjours (DMS15,1) et de 4627 journées en soins de suite.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 12 093 journées court séjour et de 4627 journées en SSR.

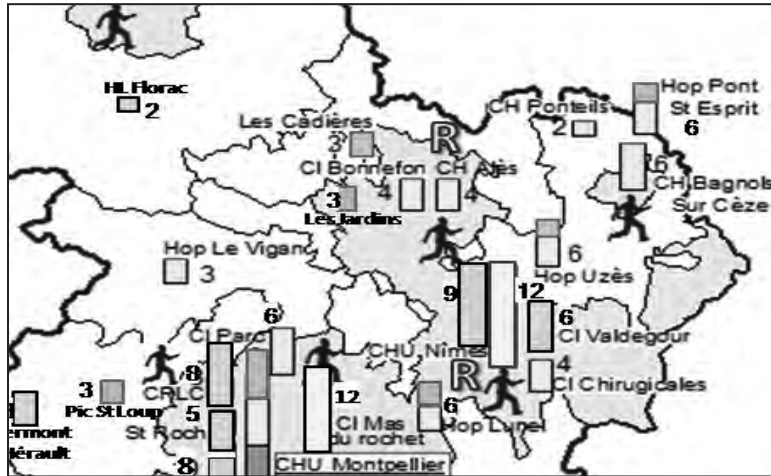
Le taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 40% au taux régional et inférieur de 10% en soins de suite

Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD. La dynamique de rencontres pluridisciplinaires mise en place au niveau de la Délégation Territoriale de l'Aude facilite le développement de la démarche palliative dans le champ social et médicosocial.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

• Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

- CHU de Nîmes (depuis 2001) : 340 patients suivis
- CH Bagnols (depuis 1997) : 185 patients suivis
- CH d'Alès (depuis 2000) : 319 patients suivis

• Réseaux de soins palliatifs :

- Le réseau Garrigues Costières de Nîmes : 159 patients
- Le réseau Ensemble à Alès : 80 patients

• Unité de Soins Palliatifs :

- La reconnaissance donnée au CHU Nîmes en Juillet 2009 n'est actuellement pas mise en place

• L'activité hospitalière en court séjour est de 11 964 journées et 891 séjours (DMS 13,4) et de 6389 journées en soins de suite

• Des HAD participent à cette offre.

La population a bénéficié de 15 360 journées et 1062 séjours en court séjour. 2000 journées ont eu lieu sur le territoire de Montpellier et 1200 sur le territoire d'Avignon.

• Ce taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 15% au taux régional et inférieur de 40% en soins de suite

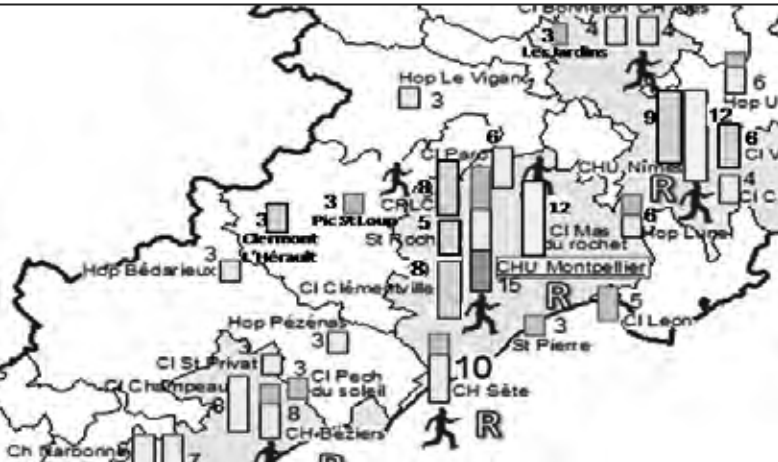
Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD

- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'expert.

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
 - CHU de Montpellier (depuis 1996) : 483 patients suivis
 - Clinique du Mas de Rochet (depuis 2001) : 119 patients suivis
 - CH de Béziers (depuis 2002) : 411 patients suivis
 - CHIBT (depuis 2000) : 339 patients suivis
 - CRLC (depuis 2009) : 405 patients suivis
- **Réseaux de soins palliatifs :**
 - Réseau Béziers-Agde-Hauts Cantons : 279 patients
 - GAIA de Sète : 142 patients
 - Réseau SPHERES : 186 patients
- **Unités de soins palliatifs :**
 - CHU de Montpellier : 6 lits à vocation régionale
 - Clinique du Mas de Rochet : 12 lits
- **L'activité hospitalière court séjour** du territoire est de 32 775 journées et 2091 séjours (DMS de 15,6 jours). En soins de suite, l'offre est de 16 969 journées.
- Des HAD participent à cette offre.

La population a bénéficié de 28207 journées et 1822 séjours en secteur court séjour.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour équivalent au taux régional et supérieur de 25% en soins de suite.

Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge : USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs et HAD.
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



7 réseaux
 14 équipes mobiles
 171 lits MCO
 60 lits SSR
 3 unités de soins palliatifs (34 lits)
 1 unité régionale de S. Pall. (6 lits)

Espece urbaine
 O Médiocre Unité de Soins Palliatifs
 CHM (Médiocre) Unité Régionale de SP

Equipe mobile et Soins palliatifs

Equipe Mobile
 10 lits de Soins Palliatifs
 1 lit SSR
 1 lit MCO
 Unité S.P.
 Unité Régionale de SP
 Réseau de Soins Palliatifs

Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipe Mobile de Soins Palliatifs :**
 - CH de Mende (depuis 2000) : 130 patients suivis
- **L'activité hospitalière** en court séjour est de 1553 journées et de 1208 journées en soins de suite
- **L'autorisation d'HAD** donnée n'est actuellement pas opérationnelle

La population a bénéficié de 2075 journées (123 séjours) en court séjour et 1208 journées en soins de suite. 30 % des journées court séjour sont réalisées en dehors du territoire.

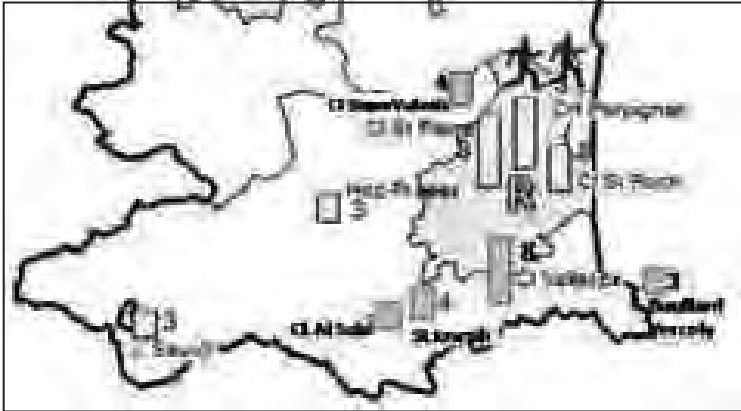
Le taux de recours territorial est en court-séjour supérieur de 9% au taux régional et supérieur de 17% en soins de suite

Points de vigilance

- Il faut tenir compte des particularités relevant de la géographie, de la répartition de la population et de l'aménagement du territoire, de l'absence de réseau de soins palliatifs et d'HAD opérationnelle
- 4 LISP supplémentaires ont été reconnus en 2009.
- L'EMSP doit être positionnée en qualité d'experts

Soins palliatifs

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité (2010 pour équipes mobiles ; PMSI MCO et SSR 2009)

- **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs :**
 - CH de Perpignan (depuis 2001) : 454 patients suivis
 - Clinique Saint Pierre (Début d'activité mars 2011)
- **Réseaux de Soins Palliatifs :**
 - RSP 66 : 250 patients
- **L'activité hospitalière court séjour** du territoire est de 6000 journées et 402 séjours (DMS de 14,9 jours). En soins de suite, l'offre est de 7733 journées.
- **Des HAD** participent à cette offre.

La population a bénéficié de 6822 journées en court séjour et de 7733 journées en soins de suite. 1045 journées court séjour sont réalisées hors du territoire dont 638 à Montpellier.

Ce taux de recours territorial est en court-séjour inférieur de 37% au taux régional et supérieur de 15 % en soins de suite.

Points de vigilance

- Coordination et coopération des diverses modalités de prise en charge USP, LISP, EMSP, réseaux de soins palliatifs, et HAD
- Il y a une attente de formation manifestée par les EHPAD, les deux équipes mobiles et le réseau s'y investissent.
- Les EMSP et les réseaux de soins palliatifs doivent être positionnés en qualité d'experts.



Soins aux personnes détenues

[Retour au sommaire](#)

Soins aux personnes détenues

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est confiée au service public hospitalier.

Du fait de la privation de liberté que subissent les détenus, c'est un service hospitalier spécifique, l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) qui est installé dans les 6 établissements pénitentiaires de la région et qui constitue le premier niveau d'un système de soins gradués. Quand elles sont nécessaires, les hospitalisations de courtes durées (48 h maximum) se font en chambres sécurisées des établissements sanitaires de référence et les hospitalisations plus longues en UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale au CHRU de Toulouse), la région Languedoc-Roussillon étant rattachée à région Midi -Pyrénées .

Les soins de psychiatrie suivent la même graduation :

- Des consultations spécialisées en UCSA,
- Des possibilités d'hospitalisation de jour au SMPR (Service Médico-Psychologique Régional situé à Perpignan),
- Des hospitalisations courtes sous contrainte uniquement dans des établissements habilités à les recevoir,
- Des hospitalisations longues sous contrainte ou non en UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) au CHRU de Toulouse (ouverture 2012).

La population carcérale est caractérisée par des risques accrus vis-à-vis de certains déterminants de santé. Des pathologies sévères y ont une prévalence forte : 55% des détenus ont au moins un trouble psychiatrique. Par rapport à la population générale, les détenus sont 4 fois plus infectés par le VIH et 5 fois plus par le VHC. Il y a en prison 6 fois plus de suicides qu'en population

générale(source DREES).

La prise en charge sanitaire d'une personne détenue n'est pas uniquement régie par les règles du secteur sanitaire, mais dépend aussi du fonctionnement de l'administration pénitentiaire. La cohabitation des deux nécessite une bonne concertation et des ajustements fréquents.

De plus, en tant qu'unique interlocuteur de santé, l'UCSA doit aussi proposer une offre de prévention et d'éducation à la santé en lien avec des partenaires internes tel que le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) et externes (associations, secteur médico-social, social ...).

Enfin, la loi de 1994 fait de tout détenu un assuré social, affilié automatiquement dès le 1^{er} jour d'incarcération au régime général de sécurité sociale. Mais du fait d'une réglementation complexe et inégalement appliquée sur les territoires, de nombreuses personnes détenues souffrent de ruptures de leurs droits à la protection sociale, préjudiciables à leur santé, surtout à la sortie de la détention.

Le présent schéma s'intéressera au parcours de santé des personnes détenues allant de la prévention, à l'offre de soins et à la protection sociale. Il s'est appuyé sur un programme de contrôle de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région mené entre 2009 et 2010 par une équipe de la DRASS.

Soins aux personnes détenues

Orientations

Soins aux personnes détenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Structurer l'offre de prévention en UCSA en incluant une composante forte de prévention du suicide en coordination avec tous les partenaires : l'administration pénitentiaire, le SPIP, l'UCSA, le secteur associatif et médicosocial externe
- Adapter la politique de réduction des risques en milieu carcéral aux pratiques observées des personnes détenues toxicomanes
- S'assurer de la continuité des droits à la protection sociale en détention et à la sortie de prison

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Organiser la continuité de la prise en charge
- Favoriser l'accès aux soins des personnes sortant de prison et éviter les ruptures de prise en charge
- Prévenir et traiter les dégradations buccodentaires

Performance :

- Développer des pratiques médicales innovantes telles que la télémédecine
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins
- S'assurer de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des détenus

Qualité-pertinence & Évitabilité :

- Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupe dans certains établissements pénitentiaires non dotés de SMPR
- Développer le dépistage, la prévention et l'éducation thérapeutique

Soins aux personnes détenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en soins aux personnes détenues suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Faire bénéficier les personnes détenues de programmes de prévention spécifiques et adaptés en articulation avec les partenaires intra-pénitentiaires (administration pénitentiaire + UCSA + SPIP) et extra-pénitentiaires (secteurs administratifs, collectivités territoriales, structures médicosociales...)

2- Premiers recours & Médico-social :

- Améliorer la prise en charge des détenus toxicomanes par une meilleure articulation des structures médico-sociales spécialisées et les UCSA lors de la détention afin de faciliter la continuité du suivi à la sortie de prison

3- Optimiser le parcours du patient (**Inter-hospitalier**) par :

- Articulation entre les UCSA (hôpital de référence), le SPIP (administration pénitentiaire) et les collectivités territoriales pour assurer la continuité de tous les droits à la protection sociale des détenus en détention comme à la sortie de prison.

Liaisons principales avec d'autres volets :

Schéma régional de la prévention, Schéma régional médicosocial

Soins aux personnes détenues – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schéma

Indicateurs Schéma

Développer la prévention en milieu carcéral

- Développer un programme annuel de prévention coordonné intra et extra pénitentiaire entre tous les acteurs et les financeurs de la prévention.
- Améliorer le repérage des crises suicidaires par un programme de formation des intervenants en détention
- Renforcer la connaissance des détenus sur les pratiques à risques infectieux et les moyens de réduction des risques accessibles en détention.
- Développer l'offre de dépistage des pathologies les plus fréquentes liés à l'individu et à son environnement carcéral (cancers, risques infectieux ...) et favoriser la vaccination.

- Nombre de programmes mis en place
- Nombre de formations programmées
- Taux de vaccinations réalisées
- Taux de dépistage par pathologie

Améliorer l'offre de soins en milieu carcéral

- Poursuivre le développement des réseaux informatiques et des câblages des UCSA.
- Développer des projets de télé-médecine.
- Sécuriser et rationaliser le circuit du médicament par l'autorisation de nouveaux sites pharmaceutiques et l'harmonisation des prescriptions, notamment de TSO et des benzodiazépines.
- Renforcer la prise en charge des personnes détenues porteuses du VHC et développer une offre de dépistage non invasif (fibrosan).

- Nombre de projets développés
- Nombre de nouveaux sites pharmaceutiques autorisés dans les UCSA des établissements pénitentiaires de plus de 600 places.

Renforcer la protection sociale des détenus

- Créer un référentiel pour harmoniser les pratiques sur l'accès aux droits sociaux des personnes détenues et éviter les ruptures de soins à chaque étape de la détention et à la sortie de prison.

ANNEXE

Soins aux personnes détenues

Diagnostic

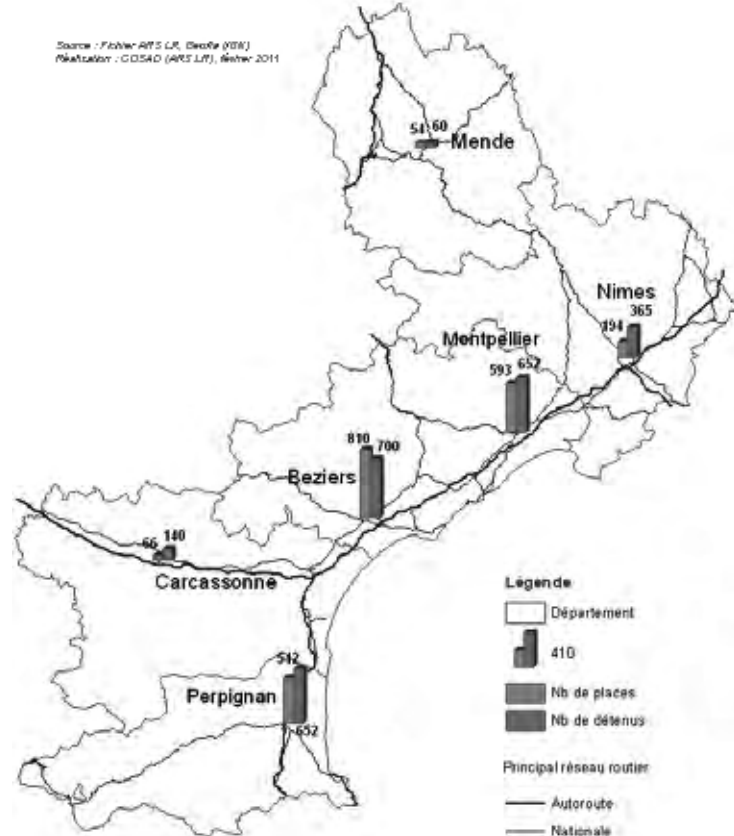
[Retour au sommaire](#)

Soins aux personnes détenues

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des places et des détenus dans les prisons du Languedoc-Roussillon

Source : Fiche ARS LR, Direction (2011)
 Réalisation : COSSAD (ARS LR), février 2011



Éléments de diagnostic régional et offre de soins sur le territoire de santé

- La région compte 6 établissements pénitentiaires (2249 Places théoriques, en constante sur-occupation).
- Chaque établissement pénitentiaire est doté d'une UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires)
- Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) est situé au centre de détention de Perpignan.
- Sur l'ensemble des UCSA :
 30360 Consultations médicales ont été réalisées en 2009

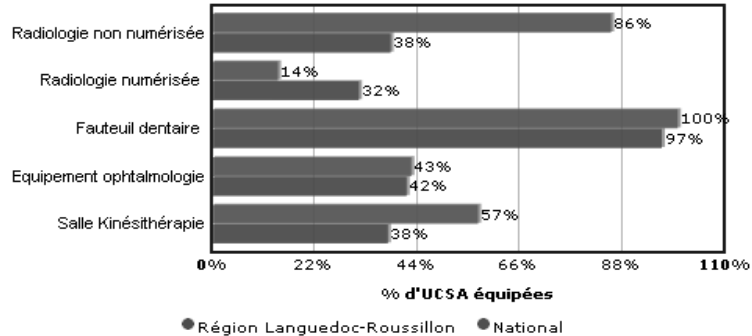
Points de vigilance

- Les modalités de prise en charge psychiatrique sont à diversifier.
- La prévention du suicide reste un sujet majeur.
- La prise en charge spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel constitue une préoccupation forte.
- Les problèmes de couverture sociale des détenus ne sont pas tous résolus.

Éléments de comparaison nationale

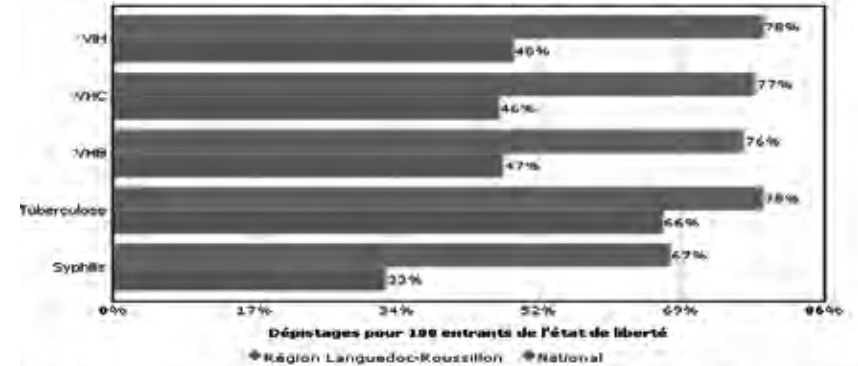
LANGUEDOC-ROUSSILLON

Equipements des UCSA



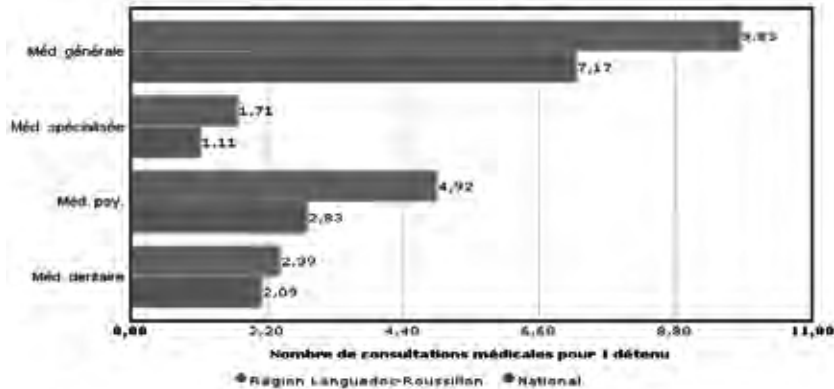
Étude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de 172 pour le niveau national

UCSA : Dépistages pour 100 entrants de l'état de liberté



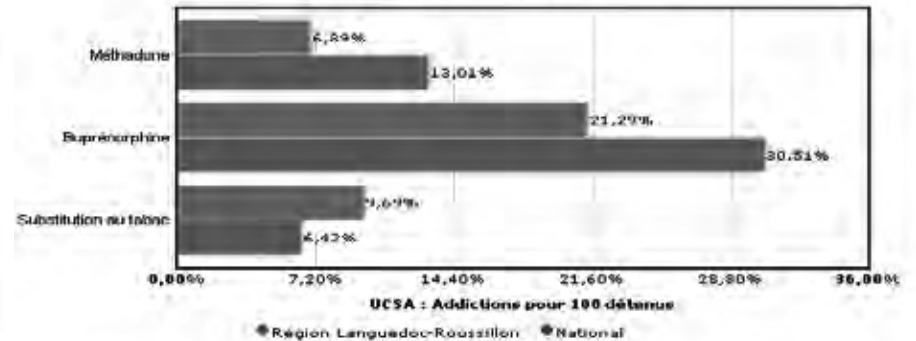
Étude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de 170 pour le niveau national

consultations médicales pour 1 détenu



Étude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de 170 pour le niveau national

UCSA : Addictions pour 100 détenus



Étude réalisée sur la base de 6 UCSA pour la région Languedoc-Roussillon et de 140 pour le niveau national

Chirurgie

Retour au sommaire

Chirurgie

La gradation des plateaux techniques a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence.

L'offre de chirurgie est très développée dans la région, et on observe une consommation (ou taux de recours) plus importante que la médiane nationale.

Il n'y a donc pas de nouveau besoin dans ce domaine.

Un changement de paradigme, consiste à dire que pour un grand nombre de gestes, lorsque les indications sont bien posées, la chirurgie ambulatoire devient la norme.

L'objectif est donc de promouvoir la chirurgie ambulatoire substitutive par l'augmentation des actes d'ambulatoire au

détriment de l'hospitalisation classique.

En effet, on observe au fil du temps que les techniques opératoires et anesthésiques permettent d'accéder à cette modalité de traitement.

L'ARS a œuvré pour que tout site autorisé en chirurgie dispose d'au moins un site de chirurgie ambulatoire.

Elle accompagne également les établissements demandeurs dont le potentiel de substitution reste important.

Nous observons également sur la région un taux de recours à la chirurgie largement supérieur à la médiane nationale (cf diagnostic).

Chirurgie
Orientations

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Un taux de recours régional supérieur de plus de 7% au taux médian national.
- Une offre privée importante : 42 établissements pratiquent la chirurgie : 2/3 sont privés (68% de l'activité en 2009) ; 50% des interventions donnent lieu à dépassement d'honoraires.
- La région LR est la deuxième région de France métropolitaine pour le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Une démographie médicale marquée par une densité d'ophtalmologistes libéraux élevée sur le territoire et un taux de recours élevé sur les actes de chirurgie du cristallin

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

Veiller à offrir une prise en charge en secteur 1 dans chaque territoire de santé.
Maintenir des consultations avancées en pré et post-interventionnel y compris en utilisant la télémédecine.

Pertinence :

Développer la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie.

Qualité- pertinence :

Préparer l'application du décret « faible activité du plateau technique » : 3 établissements concernés en LR.

Sécurité

Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins (suivi des indicateurs de lutte contre les infections associées aux soins en particulier SURVISO (sites opératoires).

Focus issu du PSRS : infections associés aux soins.

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en chirurgie suppose des articulations entre le secteur hospitalier et les soins de premiers recours . Il s'agit de :

1- Premiers recours :

Améliorer la coordination avec le médecin traitant.

2- (Inter-hospitalier) :

- Inscrire les sites de chirurgie au sein de filières médico-chirurgicales (ex : cancérologie, obésité).
- Organiser les filières d'aval (SSR, domicile, HAD).
- Assurer dans le cadre des urgences les gardes et astreintes de chirurgie par territoire.

Chirurgie - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Compréhension des taux de recours régionaux et négociation avec les acteurs concernés :

- Analyse ciblée des taux de recours en chirurgie
- Identification des acteurs concernés par l'activité
- Dialogue médical sur les causes des différences constatées au niveau régional
- Utilisation éventuelle et ciblée de la MSAP

Développement de la chirurgie ambulatoire :

- Accompagnement par l'ARS de tous les établissements demandeurs ou identifiés :
 - Analyse de l'activité médicale et du taux cible
 - Réflexions sur l'organisation de l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, du bloc et des interfaces
 - Optimisation de la gestion des lits d'HC ou de semaine
- Coordination de la MSAP par l'ARS et l'Assurance Maladie.
- Appropriation par les acteurs régionaux du changement de paradigme : organisation de rencontres régionales annuelles sur le thème de la chirurgie ambulatoire.
- Coordination chirurgie ambulatoire et performance hospitalière : inscrire le développement de la chirurgie ambulatoire comme axe stratégique dans les CPOM.

Taux cible régional de pratique de la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs (85% en 2013), à étendre à l'ensemble des gestes en 2012.

Taux de ré hospitalisation dans les 7 ou 15 jours après l'intervention sur le même secteur d'activité.

Suivi des 98 couples de GHM de chirurgie ambulatoire.

Chirurgie – Objectifs de l'offre de soins

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Aude	HC	Carcassonne (2) Narbonne (2)	-1 Castelnaudary
	Chirurgie ambulatoire	Carcassonne (2) Narbonne (2)	
Gard	HC	Nîmes (4) Bagnols s/Cèze (1) Alès (2)	
	Chirurgie ambulatoire	Nîmes (4) Bagnols s/Cèze (2) Les Angles (1) Alès (2)	+ 1 Bagnols (dans le cadre de la coopération public / privé)
Hérault	HC	Montpellier* (7) Castelnaud le Lez (1) Lunel (1) Ganges (1) Béziers (2), Colombiers (1), Boujan s/Libron (1) Sète (2) Pézenas (1) Bédarieux (1)	- 1 Lodève
	Chirurgie ambulatoire	Montpellier* (7) Castelnaud le Lez (1) Lunel (1) Ganges (1) Béziers (2), Colombiers (1), Boujan s/Libron (1) Sète (2) Pézenas (1) Bédarieux (1)	
Lozère	HC	Mende (1) Marvejols (1)	
	Chirurgie ambulatoire	Mende (1) Marvejols (1)	
PO	HC	Perpignan (4) Cabestany (1) Céret (1) Prades (1)	
	Chirurgie ambulatoire	Perpignan (4) Cabestany (1) Céret (1) Prades (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

CH Mende et Clinique du Gévaudan

réflexion en cours sur une coopération chirurgie / chirurgie ambulatoire.

CH Bagnols sur Cèze et Clinique La Garaud

coopération chirurgie ambulatoire / SSR en cours de structuration sous forme de GCS.

* Le CHU de Montpellier est considéré comme un seul site

ANNEXE

Chirurgie

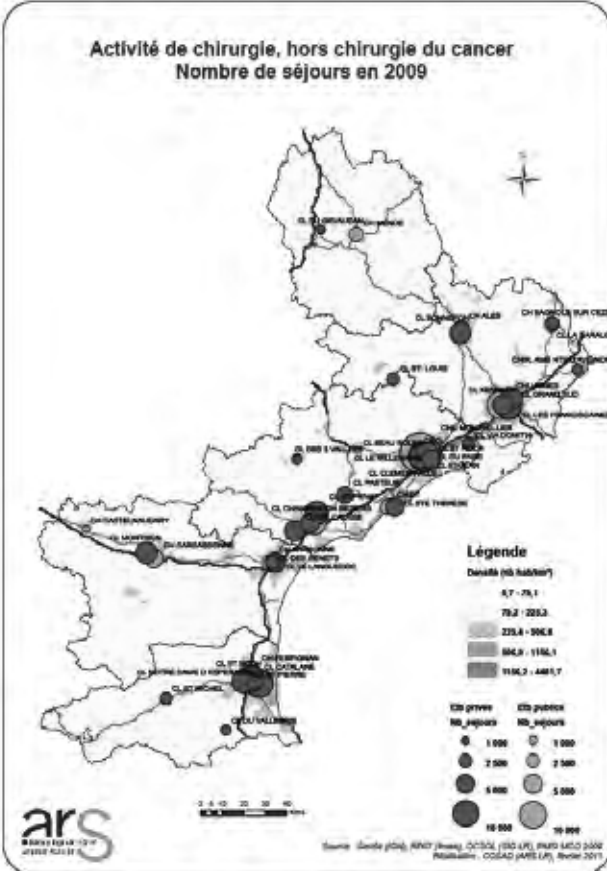
Diagnostic

Retour au sommaire

Chirurgie

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé



Une offre existante sur tout le territoire régional : 42 établissements pratiquent la chirurgie dont les deux tiers sont privés à une activité privée importante, dynamique et historique sur la région (cette offre privée s'est restructurée et concentrée progressivement).

Éléments de diagnostic régional

✓ L'évolution globale de l'activité de chirurgie est **contenue en dessous de 1% annuel** depuis 2007 :

- L'hospitalisation complète baisse 2,27% entre 2008 à 2009, alors que la chirurgie ambulatoire : augmente de 5,11%
- Il existe des disparités entre établissements : certaines structures montrent une forte augmentation d'activités, d'autres au contraire régressent.
- Le décret sur les établissements à faible activité (<1500 actes/an) devrait paraître pendant ce SROS : 3 établissements concernés.

✓ Le taux de recours régional est **supérieur de plus de 7% au taux médian national**.

Points de vigilance

✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

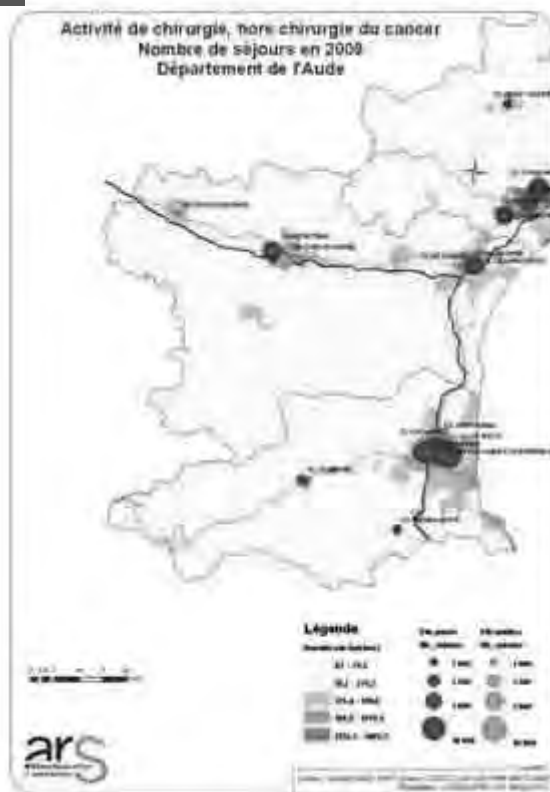
à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

✓ Entre 2007 et 2009, l'activité globale de chirurgie est :

- En baisse pour le secteur de Carcassonne
- En hausse pour le secteur de Narbonne qui voit notamment l'activité de chirurgie ambulatoire se développer au sein des deux cliniques qui se sont restructurées.
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

✓ Le taux de recours est supérieur de plus de 10% au taux médian national pour la population de Narbonne et inférieure de 10% pour celle de Carcassonne.

Points de vigilance

✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

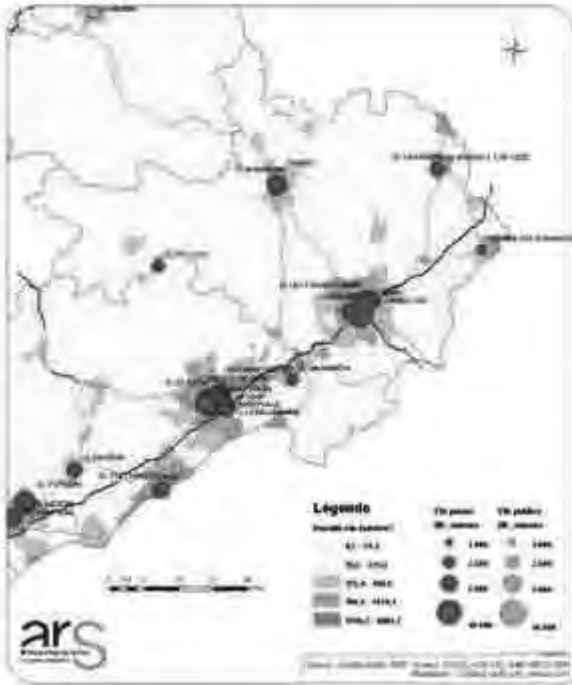
✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

GARD

Offre de soins sur le territoire

Activité de chirurgie, hors chirurgie du cancer
Nombre de séjours en 2009
Département du Gard



Neuf établissements pratiquent la chirurgie dont six sont privés et représentent près de 66% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Données d'activité

- ✓ L'activité globale de chirurgie **se maintient sur le territoire**
- ✓ Le taux de recours du territoire proche du taux régional (+7%) et au dessus du taux national.
- ✓ Les cliniques se sont restructurées.
- ✓ Un hôpital neuf qui ouvre en 2011 à Alès avec regroupement des maternités sur l'hôpital d'Alès.
- ✓ Une Communauté Hospitalière de Territoire en cours d'organisation autour du CHU de Nîmes.
- ✓ Le projet de rapprochement de l'hôpital et de la clinique de Bagnols sur Cèze s'accompagne d'un recentrage de la chirurgie ambulatoire sur le site de l'hôpital et du SSR sur le site de la clinique.

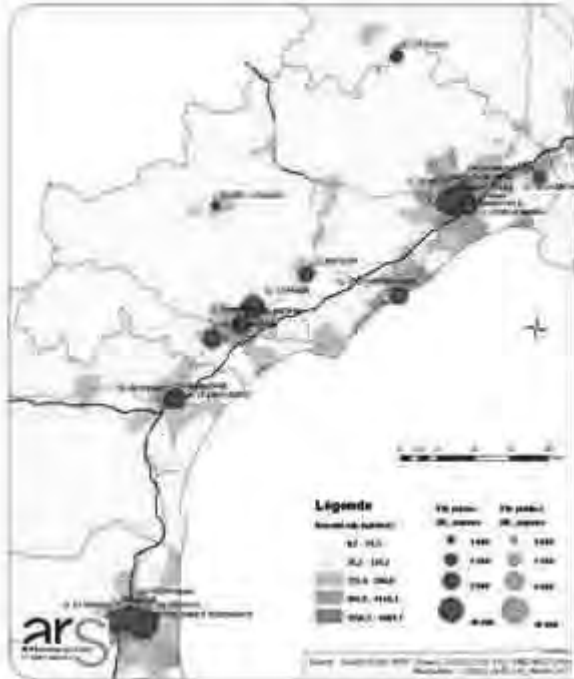
Points de vigilance

- ✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- ✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- ✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

Offre de soins sur le territoire

Activité de chirurgie, hors chirurgie du cancer
Nombre de séjours en 2009
Département de l'Hérault



18 établissements pratiquent la chirurgie dont 13 sont privés et représentent près de 66% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Une forte disparité entre les secteurs de Montpellier et de Béziers.

Données d'activité

- ✓ L'évolution globale de l'activité de chirurgie est **contenue depuis 2007 et dans la moyenne régionale** :
 - L'hospitalisation complète est en recul notamment sur le secteur de Montpellier.
 - **La chirurgie ambulatoire connaît un fort développement sur les deux secteurs.**
 - Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

- ✓ Le taux de recours à la chirurgie est de 1017 séjours pour 10 000 habitants dans le secteur de Béziers/Sète (taux de recours supérieur de 25,2% à la médiane nationale correspondant à 8128 séjours).

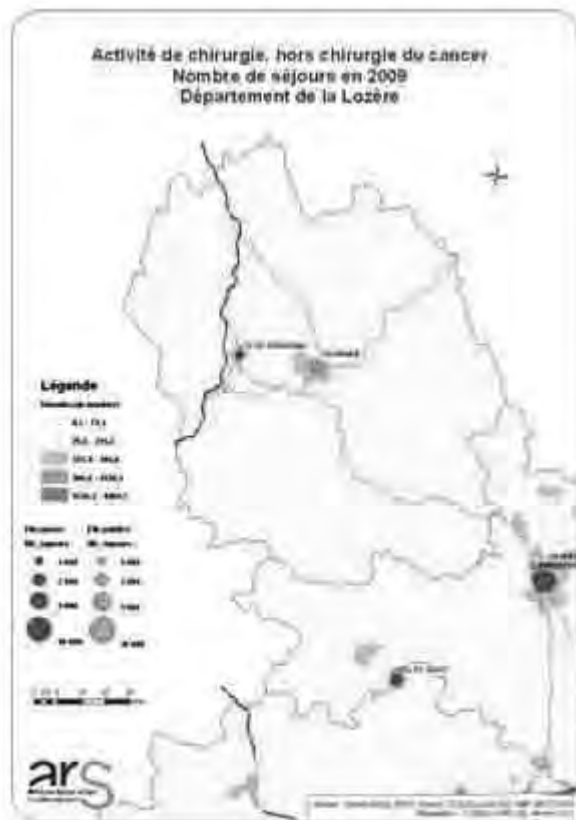
- ✓ Le taux de recours des habitants du secteur de Montpellier est en dessous du taux régional et proche du taux national (taux de recours supérieur de 2,0% à la médiane nationale correspondant à 1033 séjours).

Points de vigilance

- ✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- ✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- ✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

Offre de soins sur le territoire



Données d'activité

✓ L'activité de chirurgie est **globalement stable d'une année sur l'autre** :

- L'activité du centre hospitalier est en hausse
- La Clinique du Gévaudan enregistre une baisse de l'hospitalisation complète au profit de la chirurgie ambulatoire. Il convient de noter que la clinique est la seule détentrice (actuellement) d'une autorisation en chirurgie ambulatoire sur le territoire (un dossier est en cours d'instruction au CH de Mende)
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

✓ Le **taux de recours à la chirurgie du département est très inférieur au taux de recours régional et également en dessous du taux médian national (-1.5%)**.

Points de vigilance

- ✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire
 - à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.
- ✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.
- ✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Chirurgie

Offre de soins sur le territoire

Activité de chirurgie, hors chirurgie du cancer
 Nombre de séjours en 2009
 Département des Pyrénées-Orientales



Sept établissements pratiquent la chirurgie dont six sont privés et représentent plus de 84% de l'activité chirurgicale du département en 2009.

Une restructuration a eu lieu entre deux établissements privés en 2009.



Données d'activité

✓ L'activité globale de chirurgie est en hausse :

- L'hospitalisation complète est en baisse depuis 2007.
- Des disparités entre pôles public et privé : l'activité chirurgicale publique du département est en baisse et le privé se renforce principalement en chirurgie ambulatoire.
- Un établissement du territoire est concerné par la problématique des établissements à faible activité

✓ Le taux de recours à la chirurgie de la population du territoire supérieur de plus de 11% au taux médian national et supérieur au taux régional.

Points de vigilance

✓ Un plan d'actions à mettre en œuvre pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

à changement de paradigme : la chirurgie ambulatoire devient la chirurgie de référence.

✓ La concentration des plateaux techniques par spécialité est souhaitable quand cela est possible.

✓ La contractualisation devra être utilisée comme outil de maîtrise du taux d'évolution de l'activité de chirurgie.

Périnatalité

Retour au sommaire

Périnatalité

La périnatalité recouvre les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie obstétrique, de néonatalogie, et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal, ainsi que la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

Toutes ces activités hormis l'IVG sont soumises à autorisation.

Une note de cadrage (DGS/ DGOS de 2010) relative à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité Petite Enfance du plan stratégique régional de santé (PSRS) présente les objectifs nationaux en matière de santé périnatale et de petite enfance. Ces objectifs ont vocation à être déclinés régionalement à travers les 3 schémas SROS, SRP, et SROMS.

Sa principale recommandation est de mettre en œuvre une politique régionale élargie de la Périnatalité à la Petite Enfance. L'ARS Languedoc Roussillon s'inscrit précisément dans cet objectif.

La région a connu depuis 1999 une nette amélioration des indicateurs, mortinatalité, mortalité périnatale, et néonatale. Néanmoins, depuis 2008, le changement de définition et de mode de calcul constituent, une vraie difficulté au niveau national de suivre désormais de façon fiable l'évolution de certains indicateurs. Par ailleurs, il est nécessaire pour faire le bilan en terme d'évolution de la mortalité, d'y intégrer désormais l'analyse de la mortalité infantile (mortalité des enfants de 0 à 1 an sur les enfants nés vivants).

Un certain nombre d'enjeux transversaux en termes de santé publique émergent :

- Promouvoir la santé maternelle
- Promouvoir la santé de l'enfant et du futur adulte en optimisant les conditions de la naissance du nouveau-né repérer précocement l'ensemble des vulnérabilités susceptibles d'altérer la qualité du développement de l'enfant
- Ne plus raisonner seulement en terme de mortalité, mais travailler à la réduction de la fréquence et de la gravité des situations de handicap d'origine périnatale, sur les morbidités et les déficiences évitables en

développant une évaluation continue des pratiques périnatales, des stratégies de dépistage et de prise en charge précoces et globales de toutes les typologies de situations à risque

- Prendre en compte l'augmentation de la précarité dans la population générale

- Anticiper les conséquences de la dégradation de la démographie médicale afin de préserver l'accès aux services pour la population et la sécurité de fonctionnement des maternités

S'agissant des IVG, un plan régional d'inspection de tous les établissements réalisant cette activité s'achève fin 2011. Celui-ci permettra de dresser un bilan précis des conditions d'accès et de prise en charge de l'IVG.

En outre, dans ce volet, les autorisations octroyées en matière d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), et de Diagnostic Prénatal (DPN), permettent d'offrir un équilibre acceptable entre accessibilité, qualité et efficacité.

On peut toutefois rappeler :

- Dans le domaine du DPN, la nécessité de veiller au déploiement du dépistage combiné de la Trisomie 21 sur l'ensemble de la Région.
- Dans le domaine de la prise en charge des infertilités, la nécessité de conforter le travail en coopération entre centres AMP autorisés et maternités de façon à optimiser l'accessibilité (limiter les déplacements des couples) et qualité des prises en charges.

Périnatalité

Orientations

Périnatalité

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Une progression constante du nombre d'accouchements depuis 5 ans observée principalement sur les bassins de naissance de Nîmes et Montpellier. Les capacités installées en lits d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale ne peuvent plus y répondre de façon satisfaisante.
- Une démographie des médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes (intervenant en maternité) peu favorable avec une diminution prévisible et rapide des effectifs dans les 5 années à venir
- Recul de la mortalité périnatale mais une augmentation anormalement importante de la fréquence de la grande prématurité depuis 1997.
- Un recours à l'IVG important

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- Préserver l'accès économique aux soins (précarité, dépassement d'honoraires)
- Préserver l'accès au suivi des grossesses sur les territoires isolés
- Poursuivre le travail coordonné entre services de PMI et maternités pour les couples en situations de vulnérabilité ou de précarité
- Faire évoluer , les capacités en lits de néonatalogie et réanimation néonatale des soins afin de répondre à l'évolution du nombre de naissances
- Améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée,

Qualité- Sécurité

- Poursuivre la réorganisation de l'offre en maternités pour faire face à la dégradation de la démographie médicale,
- Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé
- Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement des situations d'addiction
- Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal
- Introduire l'évaluation des pratiques autour des grossesses à bas risque
- Consolider l'organisation des transports néonataux (et pédiatriques), introduire les transports infirmiers, organiser un SAMU à vocation régionale fonctionnant avec le concours de pédiatres réanimateurs, améliorer la formation.

Évitabilité: prévention , dépistage, prise en charge précoce des déficiences de la période périnatale (surdité néonatale, ...)

Repérage des vulnérabilités et organisation du soutien à la parentalité

Performance :

- Fluidité du parcours du nouveau-né (**Inter-hospitalier**) : optimiser les retransferts après passage en réanimation néonatale
- Organiser les sorties précoces des maternités dans un cadre, protocolisé et de coopération formalisée avec les acteurs de santé du territoire

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en périnatalité suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- Vaccination mises en œuvre des recommandations du calendrier vaccinal (parents ,femme enceinte , nourrisson) vaccination des populations à risque par le BCG
- Promotion allaitement et soutien à l'allaitement maternel / éducation thérapeutique nutritionnelle des femmes enceintes en surpoids / éducation nutritionnelle des parents pour les premiers mois de la vie du nourrisson
- Promotion de la bientraitance,
- Repérage des troubles de la relation parent - enfant, prise en charge, mise en place de mesures de soutien à la parentalité,
- Promotion d'une sexualité épanouie et amélioration de l'accès à la prévention en renforçant, les coordinations entre centres d'orthogénie / et de planification familiale, l'accès à la contraception chez les jeunes, l'éducation à la santé
- Prévention des hémorragies du post-partum

2- Premiers recours & Médico-social :

- Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités en développant des prises en charge physiologiques de la grossesse et de l'accouchement.
- Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement
- Organiser la prise en charge précoce (sanitaire /médico-sociale) des surdités néonatales

Liaisons principales avec d'autres volets :

Urgences, soins de premier recours, prévention et médicosocial, coordination avec schémas départementaux des conseils généraux

Périnatalité – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé	Nombre de maternités utilisatrices
Préserver l'accès aux suivis de grossesse sur certains territoires (désertification et isolement géographique)	Zones de désertification médicale (Gynéco + SF) et Nombre de naissances domiciliées
Par territoire, améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée, et améliorer l'accès à la prévention en renforçant les coordinations centres d'orthogénie/centre de planification familiale	Taux d'IVG médicamenteuse sur le nombre total d'IVG par établissement Taux d'IVG chez les mineures Taux d'IVG tardive
Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal	Indicateurs de transfert (indicateurs fournis par la CROP)
<ul style="list-style-type: none"> Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement et des apprentissages Diversifier les modes de prise en charge au sein des maternités en développant des prises en charge physiologiques de la grossesse et de l'accouchement. Organiser les sorties précoces de la maternité en organisant la continuité du suivi du nouveau-né et des mamans . 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de nouveau-nés bénéficiant d'un suivi Evolution du nombre de césarienne et épisiotomie par maternité selon le niveau Nombre de maternités ayant mis en place un projet spécifique Nombre d'accouchements hors maternité Durée Moyenne de Séjour et distribution des durées de séjour en maternité
Parcours inter hospitalier <ul style="list-style-type: none"> Consolider l'organisation régionale des transports néonataux (et pédiatriques, par la création d'un SMUR régional doté de compétences pédiatriques Optimiser les retransferts après passage en niveau III Améliorer la prise en charge initiale des hémorragies du postpartum immédiat, organiser l'accès à la radiologie interventionnelle pour les hémorragies du per et post-partum, en particulier sur les territoires de Nîmes et de Perpignan. 	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs fournis par la CROP Pourcentage de retransferts d'un niveau III à II
Médico-social : <ul style="list-style-type: none"> Consolider les liens entre CAMSP et les services de néonatalogie pour promouvoir une prise en charge précoce des enfants présentant un risque élevé de troubles du développement, Organiser une filière de prise en charge précoce des enfants présentant une surdité neonatale. 	Indicateurs d'activité en rapport avec prise en charge en précocité des CAMSP Effectivité d'une réponse organisée sur chaque territoire

Périnatalité - Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations	Créations / suppressions
Aude	Activité de gynécologie obstétrique	Narbonne (2) Carcassonne (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Carcassonne (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	0	
	Réanimation néonatale (niveau III)	0	
Gard	Activité de gynécologie obstétrique	Nîmes (3) Bagnols (1) Alès (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Nîmes (2) Bagnols (1) Alès (1)	+ 3 Sur Alès, Bagnols et Nîmes
	Soins intensifs (niveau II b)	Nîmes (1)	
	Réanimation néonatale (niveau III)	Nîmes (1)	
Hérault	Activité de gynécologie obstétrique	Montpellier (3) Béziers (2) Sète (2) Ganges (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Montpellier (3) Béziers (1) Sète (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	Montpellier (1) Béziers (1)	+ 1 sur le bassin de Béziers
	Réanimation néonatale (niveau III)	Montpellier (1)	
Lozère	Activité de gynécologie obstétrique	Mende (1)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Mende (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	0	
	Réanimation néonatale (niveau III)	0	
PO	Activité de gynécologie obstétrique	Perpignan (3)	
	Activité de Néonatalogie : niveau II a	Perpignan (1)	
	Soins intensifs (niveau II b)	Perpignan (1)	
	Réanimation néonatale (niveau III)	Perpignan (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Organiser la continuité du suivi des mères et nouveau-nés à leur retour à domicile après la maternité notamment pour les sorties précoces
- Situations de précarité et vulnérabilité en pré, per et post-natal : coordination maternité et équipes du Conseil Général (PMI,...), services sociaux.
- Surdités néonatales: Organiser la continuité du parcours entre dépistage, diagnostic et prise en charge précoce (guidance parentale, appareillage, implants, lieux d'accueil, suivi ambulatoire et spécialisé)
- Nouveau-nés susceptibles de présenter des troubles du développement : organiser le suivi coordonné en prenant aussi en compte les questions de soutien à la parentalité et les enjeux de socialisation précoce de l'enfant
- Vaccination: coordination des acteurs autour de la mise en œuvre du calendrier vaccinal (période périnatale et chez les nourrissons)
- Addiction chez la femme enceinte: coordination des acteurs, en interne au sein de l'établissement et externes (CSAPA, ...)
- Prise en charge et accompagnement des troubles de la relation parent - enfant, coordination, services de maternité, secteurs de psychiatrie et pédopsychiatrie, secteur associatif.

Périnatalité - AMP* / DPN**

Activités d'AMP*

Activités cliniques

- a.1/ Prélèvements d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation
- b.1/ Prélèvement de spermatozoïdes
- c.1/ Transfert des embryons en vue de leur implantation
- d.1/ prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
- e.1/ Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Activité biologiques

- a.2/Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
- b.2/ Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec manipulation
- c.2/ recueil, préparation, conservation et mise à disposition de sperme en vue d'un don
- d.2/ Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
- e.2/ Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L 2141-11
- f.2/ Conservation des embryons en vue d'un projet parental
- g.2/ Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Territoire de santé	Activités cliniques d'AMP*					Activités biologiques d'AMP*							
	a.1/	b.1/	c.1/	d.1/	e.1/	a.2/	b.2/		c.2/	d.2/	e.2/	f.2/	g.2/
							FIV sans M	avec M					
Aude						2							
Gard	1	1	1			3	1	1				1	
Hérault	2	2	2	1		3	2	2	1	1	1	2	1
PO	1	1	1			1	1	1			1	1	
Lozère													

*AMP : Aide médicale à la procréation

Activités de DPN**

- a/ Les analyses de cytogénétiques, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire
- b/ Les analyses de génétique moléculaire
- c/ Les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses
- d/ Les analyses d'hématologie
- e/ Les analyses d'immunologie
- f/ Les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Territoire de santé	Diagnostic prénatal					
	a/	b/	c/	d/	e/	f/
Aude	1					1
Gard	1					1
Hérault	2	2	2			3
PO						
Lozère						

**DPN : Diagnostic prénatal

ANNEXE

Périnatalité

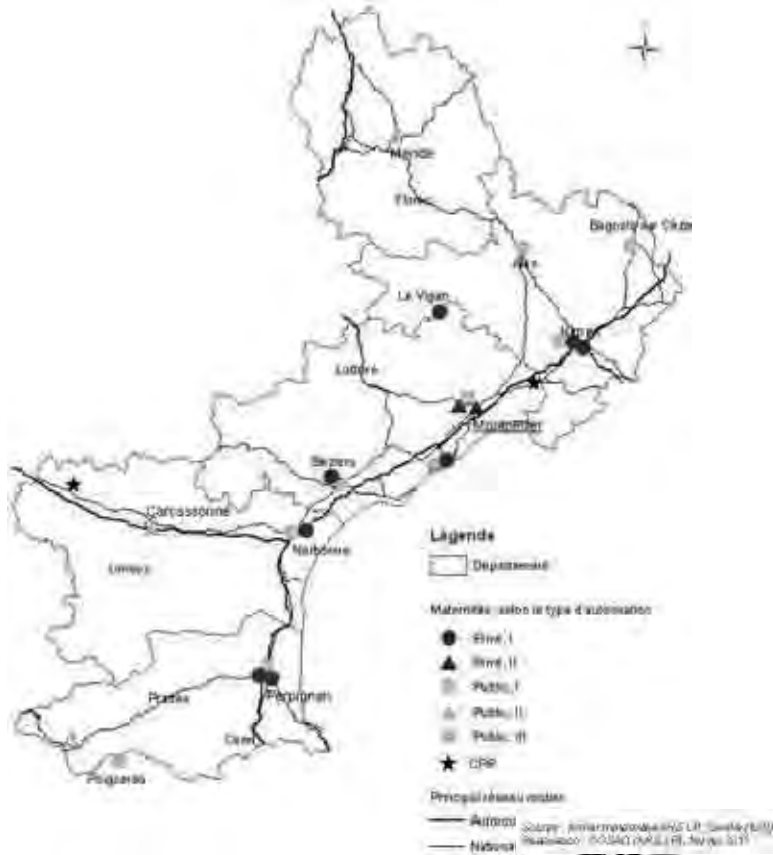
Diagnostic

Retour au sommaire

Périnatalité

Offre de soins sur le territoire de santé

Les maternités publiques et privées du LR
selon leur niveau d'autorisation



Eléments de diagnostic régional

- 30 300 accouchements par an: une progression constante du nombre d'accouchements depuis 5 ans observée principalement sur les « bassins de naissance de Nîmes et Montpellier »
- Un taux d'équipement en lits d'obstétrique inférieur au niveau national
- Une démographie des médecins gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes (intervenant en maternité) peu favorable avec une diminution prévisible et rapide des effectifs dans les 5 années à venir
- Recul de la mortalité périnatale mais une augmentation anormalement importante de la fréquence de la grande prématurité depuis 1997.
- Un recours à l'IVG important

Points de vigilance

- Optimiser l'utilisation des capacités et les faire évoluer en obstétrique, en néonatalogie et réanimation néonatale dans un contexte de forte régionalisation des soins avec une étude particulière sur les territoires de l'Hérault et du Gard à optimiser les transferts après passage en niveau III
- Consolider l'organisation des transports néonataux (et pédiatriques), nécessité d'avoir une approche spécifique de l'organisation régionale : formalisation d'un SMUR régional à compétences pédiatriques
- Poursuivre l'évaluation de la politique de transfert in-utéro et post-natal
- Organiser le suivi des nouveau-nés à risque de présenter des troubles du développement
- Envisager l'accès pour les grossesses et accouchements normaux, à une prise en charge démedicalisée en préservant un environnement sécurisé
- Préserver l'accès économique aux soins (précarité, dépassement d'honoraires)
- Poursuivre le déploiement du Dossier Périnatal Commun Informatisé
- Par territoire, améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse, préserver l'accès à l'IVG tardive des 12 / 14 semaines d'aménorrhée, et améliorer l'accès à la prévention en renforçant les coordinations centres d'orthogénie/centre de planification familiale
- Accès aux suivis de grossesse sur certains territoires (désertification)

Périnatalité

Offre de soins sur le territoire

§ Ouest Audois :

- § une seule maternité de niveau II
- § un Centre Périnatal de Proximité géré par le Centre Hospitalier de Castelnaudary suite à la fermeture de sa maternité (CPP)

§ Est Audois 2 maternités de niveau I :

- § Le CH de Narbonne et
- § La Polyclinique LE Languedoc

Données d'activité

Recomposition de l'offre:

- Un projet de rapprochement des deux plateaux techniques inabouti sur Narbonne avec une activité également répartie entre les 2 maternités ,environ 750 accouchements chacune
- Sur l'Ouest Audois,
 - *Fermetures effectives, de la maternité de la clinique Montréal pour des questions de démographie de pédiatre et de la maternité du CH de Castelnaudary , création d'un centre périnatal de proximité*
 - La maternité avec service de néonatalogie du CH de Carcassonne niveau II, constitue désormais l'offre exclusive sur cette partie du territoire avec une maternité qui a une activité légèrement inférieure à 2000 accouchements
 - Importance de l'attractivité de Toulouse liée à la proximité géographique pour la partie Ouest du département.
 - Dégradation de la démographie des gynécologues obstétriciens.

Points de vigilance

- Sur l'Ouest Audois : la régionalisation des soins périnataux est à consolider, les maternités de niveau III de Montpellier, et Perpignan ont vocation à répondre aux besoins du territoire.
- Organiser les transports néonataux et pédiatriques: clarifier le rôle respectif des SAMU 34, 31 et du 11 et fluidifier leur organisation par la mise en place de transports infirmiers , SMUR Régional à compétences pédiatriques
- Organiser les suivi de grossesse et accès à l'échographe sur certains territoires, Quillan en particulier
- Renforcer les articulations entre centres d'orthogénie et Centre de planification familiale, en matière de prévention
- Rattacher la gestion du CPP de Castelnaudary à celle du Pôle Mère -Enfant du CH de Carcassonne
- Améliorer l'accès à l'IVG sur le Narbonnais, préserver l'accès à l'IVG médicamenteuse sur Castelnaudary
- Formaliser les coopérations entre services de PMI et maternités

Périnatalité

GARD

Offre de soins sur le territoire

- Sur Nîmes,
 - Deux maternités privées de niveau I, respectivement 1850 et 1000 accouchements
 - Une maternité publique de niveau III (2300 accouchements)
- Sur Alès,
 - Désormais une seule maternité publique fera environ 1500 accouchements
 -
- Sur Bagnols sur Cèze,
 - Une maternité publique unique (1000 accouchements) . Elle dessert les besoins de la basse Ardèche dans un territoire marqué par l'attraction d'Avignon dans sa partie Sud

Données d'activité

- Une augmentation du nombre d'accouchements observés principalement sur Nîmes qui justifie d'étoffer l'offre sur le territoire
- Un regroupement réalisé très récemment des plateaux techniques sur Alès pour des questions de démographie médicale

Points de vigilance

- Adapter les capacités et les ressources humaines du CHU de Nîmes pour s'adapter en priorité aux besoins en obstétrique, soins intensifs et réanimation néonatale.
- Remobiliser le CHU de Nîmes sur l'animation du réseau de soins (Gard Lozère)
- Poursuivre l'amélioration de l'offre en obstétrique sur le secteur extrême Ouest du département (en lien avec l'implantation de Ganges)
- Améliorer les transports des nouveau-nés entre maternité de niveaux différents, (régulation et transport) pour fluidifier leurs parcours de soins: améliorer la coordination entre le Samu départemental et la Cellule Régionale d'Orientation Périnatale
- Organiser la permanence d'accès à la radiologie interventionnelle pour les hémorragies du per et post-partum
- Renforcer les capacités en précocité des centres d'actions médico-social précoces afin qu'ils fassent face aux besoins de prise en charge des nourrissons susceptibles de présenter des troubles du développement (en particulier à Nîmes et Bagnols)

Périnatalité

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

Sur Montpellier:

- § deux maternités privées de niveau II, faisant respectivement 3500 et 2500 accouchements
- § Une maternité publique de niveau III, unique offre d'hospitalisation publique confrontée à une très forte progression d'activité, ceci quelque soit le niveau de prise en charge

Sur Sète

deux maternités (publique et privée) de niveau I. La maternité privée a une faible activité (500 accouchements)

Sur Béziers

Une maternité privée de niveau I
Une maternité publique de niveau II

Sur Ganges

Une maternité privée à faible activité (330 accouchements)

Sur Lunel

Un centre Périnatal de proximité

Données d'activité

- Une forte augmentation du nombre d'accouchements observés principalement sur Montpellier . Ce constat induit des contraintes fortes en matière d'ajustement des capacités principalement pour la prise en charge des grossesses à haut risque.
- Une démographie de pédiatres qui fragilise le fonctionnement de deux maternités privées à faible activité

Points de vigilance

- De très fortes contraintes pèsent sur le CHU de Montpellier en difficulté pour faire face aux besoins croissants de niveau II avec soins intensifs et réanimation néonatale niveau III. Ceci a des conséquences sur le secteur de réanimation pédiatrique. Plateau technique de plus en plus inadapté sur le plan architectural
- Dans le privé principalement sur Montpellier, des dépassements d'honoraires généralisés, laissant à charge des sommes importantes aux couples dénués de mutuelle complémentaire
- Renforcer l'offre en soins intensifs sur le territoire de Béziers, ce qui permettra de la renforcer aussi sur les territoires limitrophes.
- Fragilité de l'offre en obstétrique sur le secteur Nord Est du département qui dessert l'arrière pays (avec un impact pour l' Ouest du Gard)
- Sur le bassin de Thau, une consolidation de l'offre qui reste souhaitable par regroupement des plateaux techniques
- Améliorer les transports des nouveau-nés entre maternités de niveaux différents, (régulation et transport) pour fluidifier les parcours de soins: améliorer la coordination entre SAMU départementaux et avec la Cellule Régionale d'Orientation Périnatale
- Améliorer l'accès à l'IVG sur les secteurs de Béziers et Sète

Périnatalité

Offre de soins sur le territoire

- Une seule maternité publique à Mende de niveau II (620 accouchements)
- C'est la seule maternité du département. La sécurisation de son fonctionnement doit constituer une priorité

Données d'activité

- Légère progression de l'activité de la maternité, meilleure attractivité et progression du nombre d'accouchements dans son territoire d'attraction (+10 % depuis 5 ans)

Points de vigilance

- Améliorer l'accessibilité géographique à l'accès à un suivi de grossesse de qualité (consultation avancée, DPC des SF, télémédecine,...)
- Améliorer l'accès géographique à l'IVG médicamenteuse
- Anticiper les difficultés de la démographie médicale pour préserver un effectif minimal de gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes pour garantir un fonctionnement de qualité de la maternité
- Disponibilité des effecteurs du SAMU 34 ou 30 dans les situations d'extrême urgence périnatale ?

Périnatalité

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

A Perpignan:

- 2 maternités privées de niveau I réalisant environ 3 400 accouchements (Notre Dame de l'Espérance et Saint Pierre)

- Le CH de Perpignan maternité de niveau III (1 400 accouchements)
Cette maternité est référent en matière de transfert in-utéro et post natal pour les maternités des Pyrénées Orientales et de Narbonne

- La maternité de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá
- Une offre en AMP organisée autour de la clinique Saint Pierre et d'un laboratoire privé sur le même site

Données d'activité

- Une offre qui a été très fortement restructurée dans les 15 années précédentes fermeture et regroupement de deux maternités privées sur Perpignan et fermeture de deux maternités de l'arrière pays (Prades et Céret)
- Une activité en nombre d'accouchements stable
- Une population marquée par une forte précarité

Points de vigilance

- Organiser la permanence d'accès à la radiologie interventionnelle entre les 3 maternités de Perpignan
- Préserver l'accès à l'IVG médicamenteuse et réorganiser les liens entre centres d'orthogénie et centres de planification familiale
- Consolider l'animation du Réseau de soins entre les maternités , concernant la politique de transferts
- Veiller à la bonne intégration de la maternité de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá pour répondre aux besoins des parturientes de Cerdagne – Capcir
- Veiller à la bonne organisation des transferts in-utéro et post-natal entre la maternité de Puigcerdá et du CH de Perpignan (niveau III) (protocoles et transports)
- Améliorer la démographie des pédiatres intervenant en maternité dans les 2 maternités privées de Perpignan
- Optimiser l'organisation des filières de repérage et de prise en charge des femmes enceintes présentant des conduites d'addiction

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

[Retour au sommaire](#)

Cardiologie interventionnelle

La cardiologie interventionnelle concerne la pratique de cathétérismes cardiaques par voie vasculaire, artérielle ou veineuse, sous contrôle radiologique pour traiter les troubles du rythme cardiaque, les troubles de la conduction cardiaque, les obstructions des artères coronaires et d'autres cardiopathies (valvulaires...). Les affections cardiovasculaires restent la deuxième cause de mortalité dans notre région.

Les décrets et arrêté d'avril 2009 ont conduit à une révision du volet spécifique du SROS en décembre 2009 qui a reconnu la nécessité de passer de 7 à 8 autorisations d'activité interventionnelle portant sur les cardiopathies de l'adulte (essentiellement les angioplasties). Les besoins de rythmologie interventionnelle sont couverts par les 7 établissements autorisés.

L'enjeu de ces activités très spécialisées est d'organiser :

- Une accessibilité géographique équitable sur la région
- Et un accès direct pour les syndromes coronariens aigus suite à l'orientation par le centre 15.

Le même nombre d'implantations est retenu dans ce nouveau volet. Le gain concernant l'accessibilité, la rapidité, la sécurité et la qualité des soins sera obtenu par une organisation optimisée.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Orientations

Cardiologie interventionnelle

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Les affections cardiovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité dans notre région
- En 2009, le taux de recours régional est de 57 pour 100 000 habitants, variant selon les territoires de la région entre 44 et 73, pour un taux médian national à 42,1
- 8 implantations de cardiologie interventionnelle ont été délivrées par le volet du SROS III dont 7 concernent le type I et III
- La démographie médicale en cardiologie est légèrement supérieure à celle du niveau national (ce chiffre ne reflète que partiellement la ressource médicale en cardiologie interventionnel). En région, les cardiologues sont plus jeunes que les autres spécialistes et sont assez bien répartis sur les différents territoires

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

Faciliter l'accès direct au plateau spécialisé de cardiologie interventionnelle pour les syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST à l'électrocardiogramme (classifications ST +)
Faciliter la prise en charge d'aval des syndromes coronariens aigus

Qualité- Efficacité :

Compléter la formation de tous les médecins des SAMU - SMUR dans le champ de la thrombolyse pré-hospitalière.
Mettre en place un registre de prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus et un registre de rythmologie permettant le recueil et l'analyse d'informations médicales, prospectif et exhaustif dans la région, dans un but d'évaluation des pratiques médicales.

Sécurité

Promouvoir les recommandations de bonnes pratiques de la Société Française de Cardiologie (SFC) et de la Société Européenne de Cardiologie (ESC)

Efficiences :

Formaliser et sécuriser les liens et les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'amont jusqu'à l'aval
Engager une réflexion avec les professionnels de santé et les établissements sur les différences de consommation entre les territoires.

Cardiologie interventionnelle

Les principes d'organisation retenus sont :

Le Parcours de santé en Cardiologie Interventionnelle suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention / Premiers recours :

- Sensibiliser, informer, former le public à la reconnaissance des symptômes évocateurs de l'infarctus du myocarde et à la Gestion de l'appel au centre 15
- Promouvoir la prise en charge des troubles du rythme
- Recenser les défibrillateurs semi-automatiques en région

2- (Inter-hospitalier) :

- Organiser un réseau régional de l'urgence cardiologique
- Mieux articuler la filière entre le court séjour et le SSR cardiologique

Liaisons principales avec d'autres volets :

PDES, SSR, médecine

Cardiologie interventionnelle - Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge le plus rapidement possible les syndromes coronariens aigus avec un accès direct au plateau de cardiologie interventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) dans le cadre du réseau des urgences • Mise en place d'un registre de prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) • Délai de réalisation de l'angioplastie
<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir une campagne Grand public sur l'appel au 15 pour urgence cardiologique 	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les filières de prise en charge au regard des référentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole de reperfusion en urgence des SCA • Protocoles formalisés des prises en charge
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les risques de réhospitalisations liés à l'insuffisance cardiaque chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réhospitalisations dans l'année suivant l'acte interventionnel • Nombre de patients inclus dans un programme d'éducation thérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les acteurs de la prise en charge : hôpital – cardiologues – médecins généralistes. Assurer les informations nécessaires 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier l'aval du court-séjour vers les SSR et en s'appuyant sur l'HAD 	

Cardio interventionnelle – Objectifs de l'offre de soins

Territoires de santé	Implantations	Créations / suppressions
Aude	1 implantation de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) Carcassonne (1)	
Gard	2 implantations de type 1 (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) et de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) Nîmes (2)	
Hérault	3 implantations de type 1 (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) et de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) Montpellier (2) Castelnaud-le-Lez (1)	
Lozère	Pas d'implantation	
PO	2 implantations de type 1 (actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation) et de type 3 (actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte) Perpignan (2)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Une régulation du centre 15 pour le syndrome coronarien aigu
- Accès direct aux plateaux techniques
- Ouvrir les plateaux techniques à des praticiens qualifiés en poste dans d'autres établissements

ANNEXE

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Diagnostic

Retour au sommaire

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire de santé

- Le volet publié en décembre 2009 a prévu en région :

– 7 implantations d'activités de type 1 d'électrophysiologie et rythmologie interventionnelle (3 à Montpellier, 2 à Nîmes, 2 à Perpignan)

– 8 implantations d'activités de type 3 portant sur les cardiopathies de l'adulte (dont angioplasties) (3 à Montpellier, 2 à Nîmes, 2 à Perpignan, 1 à Carcassonne).

– Les autorisations ont été délivrées en début 2011.

Éléments de diagnostic régional

1 - Production régionale : actes à seuil

- 7393 actes ont été réalisés en 2008
- 7380 actes ont été réalisés en 2009

Des disparités territoriales d'activité sont enregistrées avec une progression modérée dans le Gard et une diminution dans les territoires de l'Hérault et des PO.

2 - Production régionale (tous actes de Cardiologie Interventionnelle confondus)

- 10 280 actes ont été réalisés en 2008
- 10 602 actes ont été réalisés en 2009

Taux de recours (consommation)

En 2008, la région LR est la région de France qui est à la 1ère place pour la consommation d'actes de rythmologie et à la 4ème place pour les actes d'angioplastie.

Alors que le taux de recours médian national est de 42, le taux régional moyen se situe à 57; il varie selon les bassins comme l'indique le tableau ci-dessous :

Alès	Béziers -Sète	Carcassonne	Lozère	Montpellier	Narbonne	Nîmes-Bagnols	Perpignan
62	52	48	44	56	73	58	64

Entre 2008 et 2009, la consommation progresse de 2,8% lorsque l'on considère l'ensemble des actes, à seuil et non à seuil (cela représente + 304 actes).

- Progression de 3,1 % (essentiellement Hérault et Gard)

Points de vigilance

- La consommation est variable d'un territoire à l'autre.
- Alors que le niveau de consommation est déjà très élevé en région, la progression de la production et de la consommation se poursuit entre 2008 et 2009
- La pratique des actes de type 2 pour les cardiopathies congénitales de l'enfant n'est pas réalisée dans la région.
- Le temps d'accès aux plateaux spécialisés lors des situations aiguës nécessite d'être suivi par le biais d'un registre ou d'un enregistrement spécifique

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- Une implantation a été autorisée en début 2011 pour la cardiologie interventionnelle de type 3 (cardiopathies de l'adulte), dans le territoire de Carcassonne, au Centre Hospitalier.

Données d'activité

- La création du service en début 2011 ne permet pas l'analyse de données en production
- Le territoire enregistre en 2008 une fuite de 556 actes de Cardiologie Interventionnelle vers Toulouse et de 496 actes vers Perpignan

Points de vigilance

- L'AUDE occupe la 3^{ème} place en 2008 sur 95 départements pour la consommation d'actes de rythmologie (même niveau Est et Ouest du territoire).
- L'AUDE se situe à la 16^{ème} place sur 95 pour les angioplasties coronariennes (l'Est est le bassin le plus consommateur de la région)
 - en l'absence d'offre antérieure sur ce territoire, 430 angioplasties des résidents du Carcassonnais ont été réalisées à Toulouse et 25 à Perpignan en 2008
 - En matière d'angioplasties, et en l'absence d'offre antérieure sur ce territoire, 464 Angioplasties du Narbonnais ont été réalisées vers Perpignan (20% CH, 80% St Pierre) et 50 vers à Toulouse en 2008

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- 2 implantations sont prévues sur ce territoire et positionnées à Nîmes pour :

les types 1 : rythmologie

type 3 : cardiopathies de l'adulte, angioplasties

Les autorisations ont été données sur les établissements de santé suivants :

- CHU de Nîmes
- Hôpital les Franciscaines

Ce dernier établissement a aussi une autorisation de chirurgie cardiaque.

Données d'activité

- La production des 2 structures est satisfaisante
- Le territoire enregistre une fuite de 227 angioplasties vers Avignon et de 82 vers Montpellier

Points de vigilance

Les données du PMSI 2008 montrent :

- Que ce département se situe à la 1^{ère} place en France (sur 95) pour la consommation d'actes de rythmologie et que le bassin de Nîmes est le plus consommateur de la région
- Le département occupe la 12^{ème} place sur 95 pour la consommation d'actes d'angioplasties et disparités intra-départementales :
- Le bassin d'Alès est en sur-consommation alors que celui de Bagnols est en sous-consommation

Cardiologie interventionnelle

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

- 3 implantations ont été autorisées dans le territoire de Montpellier concernant les types 1 (rythmologie) et les types 3 (cardiopathies de l'adulte, angioplastie)
- Aucune implantation n'est envisagée pour le type 2 : cardiopathies congénitales de l'enfant y compris ré-interventions à l'âge adulte (seuil à 40 dont 20 enfants)

Données d'activité

- L'activité du CHU de Montpellier et de la clinique du Millénaire sont très au-delà des seuils pour les actes de type 1 et 3. Ces deux établissements de santé ont également une autorisation de chirurgie cardiaque.
- La clinique du Parc réalise une activité pour les actes de type 1 et 3 de respectivement 65 et 420 pour des seuils à 50 et 350
- L'Hérault se situe en 8^{ème} position sur 95 pour la consommation d'actes de rythmologie en 2008 (Consommation moyenne à Montpellier et plus faible pour les habitants de Béziers -Sète)
- Ce département est à la 38^{ème} place sur 95 pour la consommation en angioplasties et taux inférieur au taux régional moyen(2008)
- Le département de l'Hérault atteint un taux d'autarcie de 97,5 % pour tous les actes à seuil de cardiologie interventionnelle

Points de vigilance

- La consommation des actes I et III des habitants de Béziers - Sète est inférieure au taux régional moyen.

Cardiologie interventionnelle

Offre de soins sur le territoire

- Il n'y a aucune offre sur ce territoire.
- La population est adressée :
 - A Montpellier pour 67 % des actes
 - A Clermont-Ferrand pour 18 % des actes
 - A Nimes pour 10 % des actes

Données d'activité

Besoins de soins :

La consommation se situe à la 45^{ème} place sur 95 en 2008 avec 26 actes de rythmologie (actes à seuil) et 34 actes en 2009

La consommation se situe à la 85^{ème} place sur 95 en angioplasties en 2008 avec 118 actes et 143 actes en 2009

Aucune offre sur le territoire

- Le territoire enregistre une sous-consommation en rythmologie et en angioplasties

Points de vigilance

- Une autorisation ne peut pas être envisagée, les seuils ne pourraient pas être atteints.
- Les filières de soins et d'accès à la cardiologie interventionnelle dans les établissements de recours hors départements doivent être parfaitement définis et organisés .

Cardiologie interventionnelle

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire

2 implantations ont été autorisées dans ce territoire, elles sont positionnées à Perpignan, CH Perpignan et clinique St-Pierre :

- Pour le type 1 : rythmologie
- Pour le type 3 : cardiopathies de l'adulte : angioplasties

La clinique Saint Pierre dispose également d'une autorisation de chirurgie cardiaque

Données d'activité

- L'activité est supérieure aux seuils pour les 2 structures avec une répartition de u tiers pour le public et deux tiers pour le privé
- Le territoire exerce une forte attractivité vis-à-vis des malades de Narbonne – Lézignan : 496 séjours de cardiologie interventionnelle en 2009 ont été réalisés dans les établissements des PO

Points de vigilance

- La consommation des PO occupe la 6^{ème} place des départements sur 95 en rythmologie et la 10^{ème} place en angioplasties(2008). Ce taux de recours se situe dans la moyenne régionale en rythmologie mais il est supérieure de 20% pour les angioplasties
- En terme de production, la clinique St Pierre a l'activité la plus importante parmi les 7 établissements autorisés de la région pour les angioplasties, sur la moyenne des années 2006, 2007 et 2008.

Médecine d'urgence

Retour au sommaire

Médecine d'urgence

La médecine d'urgence regroupe plusieurs dispositifs de prise en charge et de coordination interdépendants :

- Les Services d'Aide Médicale Urgente (**SAMU**) : l'activité des centres de réception et de régulation des appels (centre 15) progresse de façon importante dans notre région. Une amélioration qualitative et quantitative de la gestion des appels est nécessaire.

Par ailleurs, pour les transports périnataux, le centre 15 bénéficie de l'appui de la Cellule Régionale d'Orientation en Périnatalité (CROP). Une coordination parfaite entre les deux entités est nécessaire.

- Les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (**SMUR**) : leurs activités est en augmentation pour ce qui est des transports terrestres. Les transports hélicoptés sont indispensables pour limiter les temps d'interventions liés à une pathologie ou à des difficultés d'accès. Les transports périnataux et pédiatriques doivent faire, quant à eux, l'objet d'une attention toute particulière.
- Les Médecins Correspondants SAMU (**MCS**) : ils restent encore trop peu nombreux. Le développement et l'harmonisation de leurs réseaux est à mettre en œuvre.
- Les Structures d'Urgence (**SU**) : la forte augmentation de leurs activités constatée dans la région est, en plus de la croissance démographique, en grande partie liée à la progression des prises en charge de soins non programmés et à une faiblesse de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. Ce constat associé à une problématique d'accès aux soins dans certains secteurs a abouti à la création de SU supplémentaires. Le fonctionnement de ces nouvelles structures devra être évalué. L'ensemble de ces SU devra s'intégrer dans un réseau des

urgences afin d'optimiser à la fois l'organisation des ressources en proximité et l'organisation en filière, au niveau territorial ou régional, des recours aux plateaux techniques spécialisés.

- Le système d'information des urgences (SIU-LR) : il devra être amélioré afin d'obtenir un recueil exhaustif et de qualité des données.
- Enfin une reconnaissance contractuelle des plateaux techniques spécialisés est à poursuivre.

Des points d'articulation de la médecine d'urgence sont à développer pour améliorer le parcours du patient :

- Avec les soins de premiers recours : implantation des Maisons de Santé Pluri-professionnelles(MSP),
- Avec la PDS (Permanence Des Soins) : implantation des MMG, cahier des charges régional de la PDS (territoires de garde et régulation médicale libérale),
- Avec les SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) et les transporteurs sanitaires privés,
- Avec la PDSes (Permanence Des Soins en Etablissements de Santé),
- Avec le secteur médico-social.

Cette transversalité voulue, pourra prendre forme également par la constitution d'un réseau des urgences matérialisé par le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) dont la mise en place devient prioritaire pour notre région.

Médecine d'urgence

Orientations

Médecine d'urgence

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- L'activité de médecine d'urgence est en forte croissance en LR, entre 2005 et 2009. Le nombre de passages aux SU augmente de 56 % , le nombre de sorties SMUR progresse de 13 % malgré une baisse de 8 % des transports hélicoptérés. Le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est en augmentation de 13 % entre 2007 et 2009.
- Le taux de passages aux urgences est de 265 pour 1 000 hab. (source : Insee, hors pop. estivale) avec 15 % de patients hospitalisés.
- L'organisation et la coordination des transports périnataux et pédiatriques sont à améliorer.
- La coordination régionale et interrégionale des SAMU et des transports hélicoptérés sont à optimiser.
- Les réseaux de médecins correspondants SAMU (MCS) sont à développer dans les zones blanches de non couverture SMUR (habitants à plus de 30/40 mn).
- Le système d'information pour le recueil d'activité des SU est perfectible. Le ROR reste à mettre en place.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

- géographique :
 - Développer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgences pour optimiser l'orientation des patients, par un maillage pertinent du territoire : mise en œuvre d'un **réseau des urgences** et d'un **ROR**
 - Réviser le découpage des zones d'intervention des SMUR en prenant en compte les évolutions de la démographie et des temps d'accès.
 - Dans les zones situées à plus de 30' d'un SMUR, identifier et organiser les ressources **MCS**
- des populations fragiles :
 - Développer des filières spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées en privilégiant, lorsqu'elle est nécessaire, l'hospitalisation directe
 - Garantir une prise en charge spécifique pour les personnes handicapées et les malades psychiatriques.
- financière et sociale pour les personnes vulnérables (précarité) : **PASS**

Performance :

- Aller vers une meilleure **interopérabilité** de la régulation libérale et hospitalière au sein des centres 15.
- Optimiser la gestion et l'accès aux ressources : mise en œuvre d'un ROR
- Développer un système d'information des urgences exhaustif , fiable et partagé.

Qualité- efficacité :

- Développer la coordination régionale et interrégionale des SAMU (régulation, SMUR terrestres et hélicoptérés,...)
- Optimiser les transports périnataux et pédiatriques :
- **SMUR régional doté de compétences pédiatriques**
- **coordination** entre les **SAMU** et la **CROP**
- Améliorer l'organisation des services d'urgences pour diminuer les délais de prise en charge.
- Reconnaître des **plateaux techniques spécialisés** pour développer un accès direct aux soins
- Information et communication auprès des usagers sur le recours aux urgences

« Evitabilité » :

- Diminuer les appels inappropriés au centre 15, par une information du public
- Diminuer les venues aux urgences non justifiées
- Eviter les accueils inutiles de Personnes âgées aux urgences (provenant d'EHPAD,...)
- Réduire les sorties blanches et carences ambulancières

Sécurité et risques :

- Favoriser la mise en œuvre sur l'ensemble des territoires de l'**interconnexion au réseau ANTARES** (Adaptation nationale des transmissions aux risques et aux secours)
- Garantir la **veille** et la **sécurité sanitaire** : coordination des structures de médecine d'urgences (SAMU, SMUR, SU) – Zone de défense sud
- Assurer les **urgences collectives** (plan blanc et NRBC)

Médecine d'urgence

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en médecine d'urgences suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention : éducation à la santé

- Développer des campagnes d'information et de communication auprès des usagers sur le recours aux urgences

2- Premiers recours et Médico-social :

- Développer les réseaux départementaux de MCS
- Améliorer l'articulation ville/hôpital en amont et en aval des structures d'urgence (exemple : personnes âgées en EPHAD)
- Optimiser la coordination urgences/permanence des soins ambulatoire et hospitalière :
 - Régulation libérale et hospitalière
 - Accès au ROR
 - Veiller à une cohérence entre le SROS et les SDACR (Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques) des pompiers

3- Faciliter l'orientation du patient (Inter-hospitalier) :

- par une meilleure connaissance des dispositifs sanitaires,
- en garantissant le respect du libre choix du patient en fonction des capacités des plateaux techniques,
- en développant la coordination régionale et interrégionale des SAMU
- par une meilleure coordination des transports terrestres et hélicoptérés (SMUR, SDIS, ambulanciers privés),
- en optimisant les transports périnataux et pédiatriques :
 - SMUR régional doté de compétences pédiatriques
 - coordination entre les SAMU et la CROP

Liaisons principales avec d'autres volets :

Risques sanitaires, SROS ambulatoire et PDSSES , médico-social , périnatalité

Médecine d'urgence – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma	Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Conforter, optimiser et formaliser la coordination des SAMU (régulation, SMUR terrestres et hélicoptérés) en intra et inter régional par le développement des conventions		Parcours de santé	
Promouvoir un SMUR régional de référence doté de compétences pédiatriques : - Organisation et renforcement des équipes médicales et paramédicales - Maintien des acquis et renforcement des expériences des urgentistes en néonatalogie et pédiatrie		Mise en place d'une organisation, de formations et d'outils adaptés à la régulation médicale libérale interoperables avec ceux des SAMU	Formations réalisées Protocole organisationnel
Articulation CROP/SAMU à redéfinir dans le cadre de cahier des charges		Réduire les sorties blanches et les carences ambulancières (Harmonisation des déclenchements SDIS après constat de carence)	Nombre et ratio de sorties blanches et de carences ambulancières
Mise en œuvre sur l'ensemble des territoires de l'interconnexion au réseau ANTARES	Nombre de SAMU équipés et à équiper	Développement, harmonisation de la gestion et départementalisation des réseaux de MCS	Nombre de MCS Pourcentage d'habitants des territoires non couverts
Constitution d'un réseau des urgences pour optimiser l'organisation des ressources en proximité et l'organisation des filières de recours aux plateaux techniques spécialisés.		Développer une réflexion sur l'accueil des personnes âgées aux urgences. Diminuer le nombre de passages inappropriés de PA aux urgences en provenance des EHPAD : Protocolisation des orientations et des prises en charge urgentes	% de PA en provenance des EHPAD accueillis aux urgences
Améliorer l'organisation des structures d'urgence pour diminuer les délais de prise en charge et faciliter les hospitalisations nécessaires	Délais de prise en charge aux urgences	Reconnaissance et rôle des plateaux techniques spécialisés à développer	Nombre de CPOM signés Cahier des charges par spécialité
Développement d'un système d'information des urgences exhaustif, fiable et partagé	% d'établissements transmettant les informations dans le délai prévu (source CIRE) et qualité des données .	Mise en place du ROR	
		Mise en place d'une plateforme d'information du public sur le rôle du 15 et des structures d'urgence en lien avec le ROR	

Médecine d'urgence – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé	Implantations		Créations / suppressions
Aude	SU	Carcassonne (2), Narbonne (2), Castelnaudary (1)	
	SMUR	Carcassonne (1 avec Antennes à Quillan et Castelnaudary), Narbonne (1)	
	SAMU	Carcassonne (1)	
Gard	SU	Nîmes (2), Alès (2), Bagnols-sur-Cèze (1)	
	SU pédiatrique	Nîmes (1)	
	SMUR	Nîmes (1), Alès (1), Bagnols-sur-Cèze (1)	
	SAMU	Nîmes (1)	
Hérault	SU	Montpellier (5), Castelnaud-le-Lez (1), Sète(1), Béziers (1), Boujan-sur-Libron (1), Lunel (1), Ganges (1), Bédarieux (1), Lodève (1), Pézenas (1)	+ 3 (Lunel, Lodève, Pézenas)
	SU pédiatrique	Montpellier (1)	
	SMUR	Montpellier (1 avec Antennes à Ganges et Lunel), Sète(1 avec Antenne estivale à Agde), Béziers (1)	
	SAMU	Montpellier (1)	
Lozère	SU	Mende (1)	
	SMUR	Mende (1)	
	SAMU	Mende (1)	
PO	SU	Perpignan (2), Cabestany (1), Prades (1), Puigcerdà (1 pour mémoire), Céret (1)	+ 1 (Céret)
	SU pédiatrique	Perpignan (1)	
	SMUR	Perpignan (1 avec Antenne à Err)	
	SAMU	Perpignan (1)	
	Caisson hyperbare	Perpignan (1)	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Développer un maillage pertinent du territoire : Mise en œuvre d'un **réseau des urgences pour des prises en charge adaptées.**
- Coordination et régulation de l'accès aux ressources : **ROR**

Plateaux techniques spécialisés (reconnaissance contractuelle par les CPOM)

- **Polytraumatismes graves, complexes et multiples** : Perpignan (1), Montpellier (1), Nîmes (1)
- **Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires** : Perpignan (1), Montpellier (1), Nîmes (1)
- **Chirurgie complexe de la main** : Perpignan (1), Montpellier (2), Nîmes (1)

- **Neuro-vasculaire** : Perpignan (1), Carcassonne (1), Béziers (1), Montpellier (2), Nîmes (1)
- **Cardiologie** : Perpignan (2), Carcassonne (1), Montpellier (2), Castelnaud le lez (1), Nîmes (2)
- **Grands brûlés** : Montpellier (1)

ANNEXE

Médecine d'urgence

Diagnostic

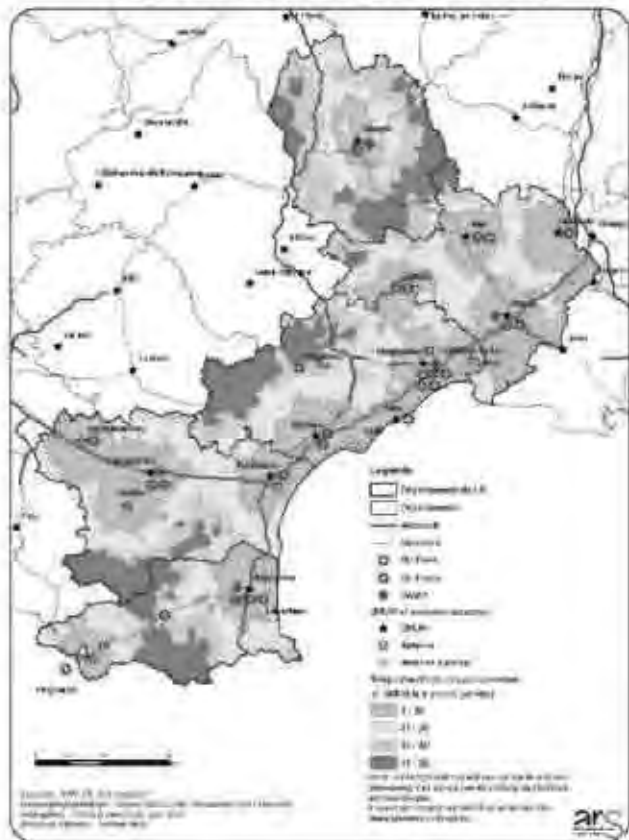
Retour au sommaire

MEDECINE D'URGENCE

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



Éléments de diagnostic régional (source des données : SAE administrative)

Toutes les structures prévues par le SROS III ont été installées sauf deux Structures d'Urgence

SAMU : L'activité de régulation libérale et hospitalière est en augmentation avec 13 % de dossiers de régulation médicale (DRM) en plus entre 2007 et 2009

SMUR : Les transports terrestres subissent une hausse de 13 % entre 2005 et 2009 à l'inverse des transports hélicoptérés qui baissent de 8% sur le même période

SU : Le nombre de passages dans les structures d'urgence est en hausse de 56 % entre 2005 et 2009 (source : SAE)

- en 2009, le taux de passages est estimé à 265 pour 1 000 hab. (source : Insee, estimation 2008 hors pop. estivale), avec un taux d'hospitalisation de 15 % (source : SAE 2009)

- Au sein de la région, 11 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fonctionnent dans des structures d'Urgence publics

- Les 4 sources ou systèmes d'information sur les urgences (SAE/SIU-LR/OSCOUR/SRVA) connaissent des taux de réponses variables et affichent des résultats parfois inhomogènes

Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : 3 réseaux sont en place sur les 11 prévus

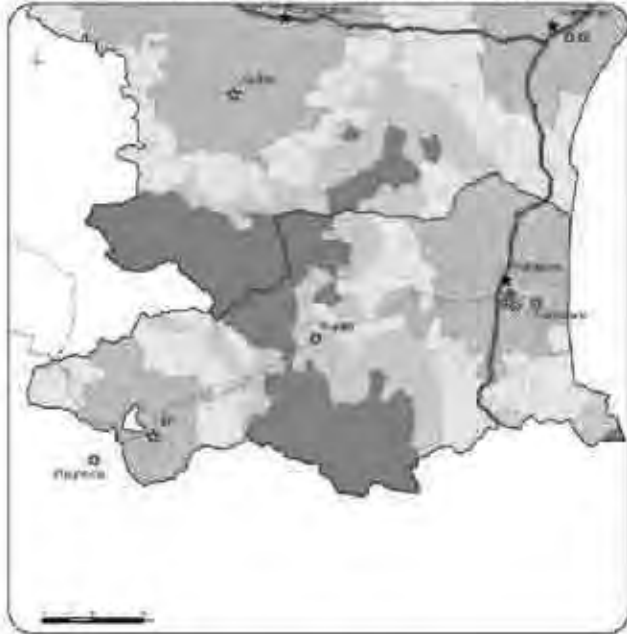
Points de vigilance

- Le nombre d'appels au SAMU est important puisque double du nombre de DRM. Un meilleur usage est possible
- La coordination régionale et interrégionale des SAMU n'est pas suffisamment développée
- Les transferts périnataux et pédiatriques, la coordination CROP/SAMU restent un sujet à stabiliser
- La gestion et la coordination des transports hélicoptérés sont à optimiser
- Le nombre de sorties blanches des SMUR et de carences ambulancières restent important
- Les articulations avec le SDIS sont perfectibles : interconnexions, réseau ANTARES, conventions d'intervention
- Les Systèmes d'Information des SU sont trop hétérogènes
- Il existe, pour les personnes âgées, de nombreux passages aux urgences évitables
- Une évolution des dispositifs de permanence de soins accueillant des urgences (CAPS et Pôle santé) est nécessaire
- Une départementalisation et une harmonisation des réseaux de MCS est à étudier
- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est à construire
- La reconnaissance et le statut des plateaux techniques spécialisés sont à développer

MEDECINE D'URGENCE

Offre de soins sur le territoire

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- Le nombre de DRM a augmenté de 21,6 % entre 2007 et 2009
- La régulation libérale est active regroupant 29 médecins, elle progresse de 23,2 % entre 2005 et 2009

SMUR :

- Le SMUR terrestre enregistre une augmentation modérée d'activité de 2,7 % entre 2005 et 2009 , alors que l'activité du SMUR hélicoptéré progresse beaucoup plus fortement de 21,4 % sur la même période

Garde ambulancière :

- Les carences ambulancières restent à un niveau élevés depuis 2007

Articulation avec le SDIS :

- Le protocole tripartite (SDIS/SAMU/Ambulanciers privés) est en cours de révision
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR en place
- La plateforme commune SAMU/SDIS de réception, de traitement et de régulation des appels doit ouvrir en 2012

Structures d'urgence :

- Elles enregistrent un taux de passages de 299 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale)
- Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est de 12 % (source SAE 2009)
- L'ensemble des SU connaissent une augmentation d'activité entre 2005 et 2009 pour : CH Perpignan +16%, CI St Roch +11%, CI St Michel +12% entre 2006 et 2009 (pas de SAE en 2005), CI St Pierre +8% entre 2008 et 2009 (autorisation en 2007)
- Une seule Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est opérationnelle au CH de Perpignan

MCS :

- Le réseau mis en place en Cerdagne Capcir fonctionne bien

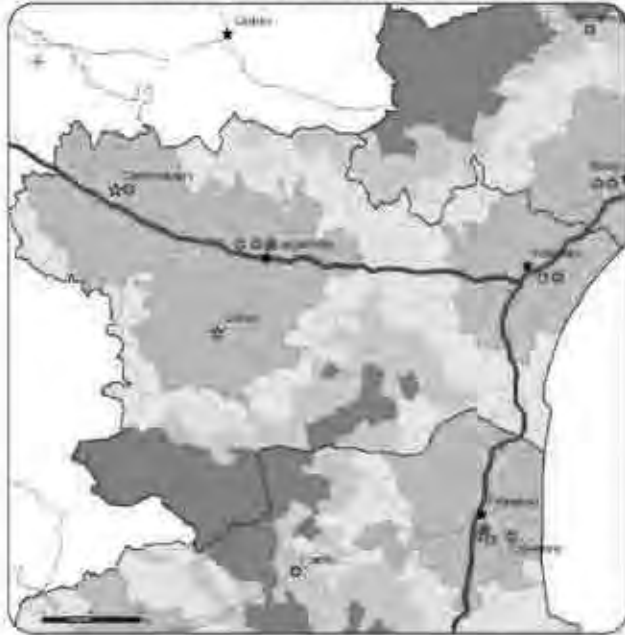
Points de vigilance

- Le nombre de carences ambulancières est trop élevé
- Le réseau ANTARES est à développer avec le SDIS
- Un réseau départemental de MCS est à étudier.
- Le centre d'accueil et de permanence de soins (CAPS) de Céret doit évoluer : le nombre de passages a augmenté de 57 % entre 2005 et 2009 (8632 passages en 2009, source CAPS)
- L'ouverture de l'HCT de Puigcerdá s'accompagnera de la mise en place d'un SU.

MEDECINE D'URGENCE

Offre de soins sur le territoire

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- Le nombre de DRM a augmenté de 12,6 % entre 2007 et 2009
- La régulation médicale libérale est active avec 37 médecins. Elle a augmenté de 15,4 % entre 2005 et 2009

SMUR :

- L'activité des SMUR terrestres est en baisse de 7,2% entre 2005 et 2009, elle touche exclusivement les transports primaires
- L'activité du SMUR hélicoptère est également en forte baisse de 41,2% entre 2005 et 2009

Garde ambulancière :

- Le nombre de carences ambulancières est en augmentation depuis 2007 et reste à un niveau élevé

Articulation avec le SDIS :

- Le protocole tripartite SDIS-SAMU-Ambulanciers privés est en cours de finalisation mais il persiste 2 protocoles bipartites
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place

Structures d'urgence :

- Le taux de passage aux Urgences est de 327 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de 18 % (année 2009)
- Entre 2005 et 2009, l'ensemble des structures d'urgence augmentent leur activité : Polyclinique du Languedoc + 5 % ; CH de Carcassonne + 14 % ; Clinique Montréal + 23 % ; CH de Narbonne + 29 % ; CH de Castelnaudary + 6 % entre 2008 et 2009 (autorisation en 2007)
- Le département comporte 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

MCS :

- un réseau est en projet sur Durban

Points de vigilance

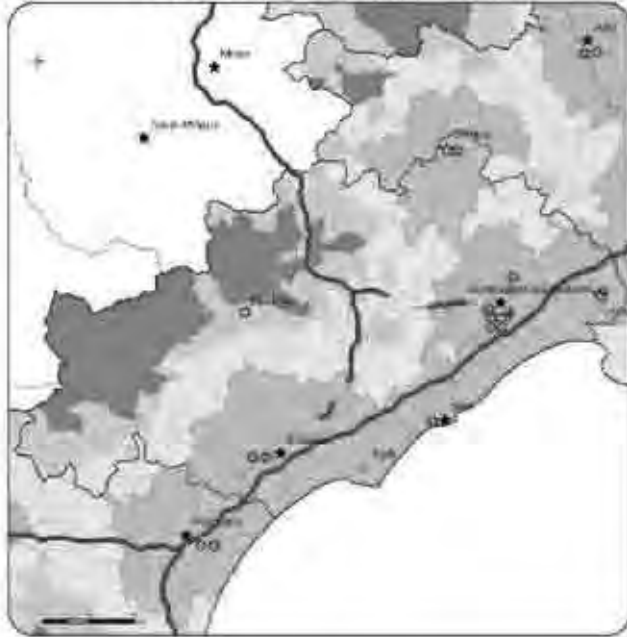
- Le nombre d'appel au 15 est important, 2 fois plus que le nombre de DRM ; Il faut le relier probablement à l'existence d'une plateforme commune 15 - 18
- Le nombre de carences ambulancières reste trop élevé
- Les articulations avec le SDIS doivent se poursuivre dans la mise en place du réseau ANTARES et la signature des conventions
- Il convient d'impulser la mise en place d'un réseau de MCS départemental.

MEDECINE D'URGENCE

HERAULT

Offre de soins sur le territoire

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



Légende



Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- le nombre de DRM augmente de 9,3 % entre 2007 et 2009
- La régulation libérale doit se réorganiser, le nombre de médecin y participant est passé de 27 en 2007 à 13 médecins actuellement

SMUR :

- L'activité du SMUR terrestre augmente globalement de 14,2% entre 2005 et 2009 mais avec des variations locales hétérogènes : SMUR Montpellier +29,3%, SMUR Béziers -10,6%, SMUR Sète -15,8%
- L'activité du SMUR hélicoptère est en baisse de 12 % entre 2005 et 2009

Garde ambulancière :

- Le nombre de carences ambulancières a baissé notablement passant de 939 en 2007 à 522 en 2008 et 490 en 2009

Articulation avec le SDIS :

- Le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place
- Le comité SAMU/SDIS de suivi des procédures relatif à la démarche qualité se met en place

Structures d'urgence :

- Le taux de fréquentation des Urgences est de 280 passages pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de 11 % (source : SAE 2009)
- L'évolution de l'activité entre 2005 et 2009 (source SAE) varie selon les structures d'urgence : CHU Montpellier +16%, CH Béziers : +17%, CHIBT : - 2%, CI St Roch +17%, CI St Jean +22%, CI St Louis +33%, CI Millénaire +7% (entre 2008 et 2009, autorisation en 2008), CI 3 vallées +46%, CI St Privat +60%, CI du Parc - 8%
- 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fonctionnent dans l'Hérault

MCS :

- Sur les 2 projets de mise en place de MCS, aucun n'a abouti

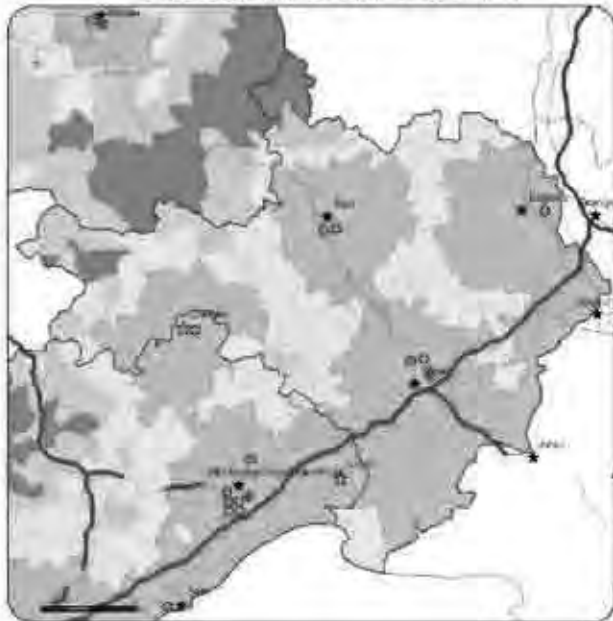
Points de vigilance

- Une optimisation des transferts périnataux et pédiatriques est à rechercher avec la consolidation d'un SMUR régional de référence doté de compétences pédiatriques
- La participation à la régulation libérale est trop faible pour couvrir pleinement le planning de garde
- Les articulations avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions avec le réseau ANTARES et de la signature des conventions de coopération
- Les centres d'accueil et de permanence de soins (CAPS) et Pôle santé doivent évoluer. A Lodève, le nombre de passage (5966 en 2009) baisse de 15% entre 2005 et 2009 (localisation modifiée), il augmente à Pézenas de 13 % (10 700 passages en 2009) et de 119 % à Lunel (15 145 passages)
- Il y a un besoin de MCS dans certains secteurs (hauts cantons). Un réseau départemental est à étudier.

MEDECINE D'URGENCE

Offre de soins sur le territoire

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



© Insee 2011
© 2011 Direction Régionale de l'Équipement, de l'Énergie et du Développement Local
© 2011 Direction Départementale des Territoires et de l'Équipement

Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- Un nombre de DRM qui augmente de 17,8% entre 2007 et 2009
- La régulation libérale (35 médecins) est en baisse d'activité de 3% entre 2005 et 2009

SMUR :

- l'activité des 3 SMUR terrestres augmente globalement de +38,2% entre 2005 et 2009
- L'activité du SMUR hélicoptère enregistre une baisse de 13,9% entre 2005 et 2009 qui porte exclusivement sur les transferts secondaires

Garde ambulancière :

- Le nombre de carences ambulancières est stable depuis 2007 mais reste à un niveau élevé

Articulation avec le SDIS :

- le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place
- Le réseau ANTARES commun est en cours de mise en place

Structures d'urgence :

- Le taux de passages aux urgences est de 204 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale) avec un taux d'hospitalisation de 26 % (source SAE 2009)
- Entre 2005 et 2009, l'activité des structures d'urgence augmente pour l'ensemble des établissements : Polyclinique Grand Sud 5%, CHU 15%, CH de Bagnols 16% et CH d'Alès 21%. Clinique Bonnefont + 52% (entre 2008 et 2009, autorisation en 2007). L'Hôpital privé des Franciscaines n'a qu'une activité d'urgence en cardiologie
- 3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont financés

MCS :

- Le dispositif des MCS au nord du département (Génohac-Pontels) est en cours de réactivation

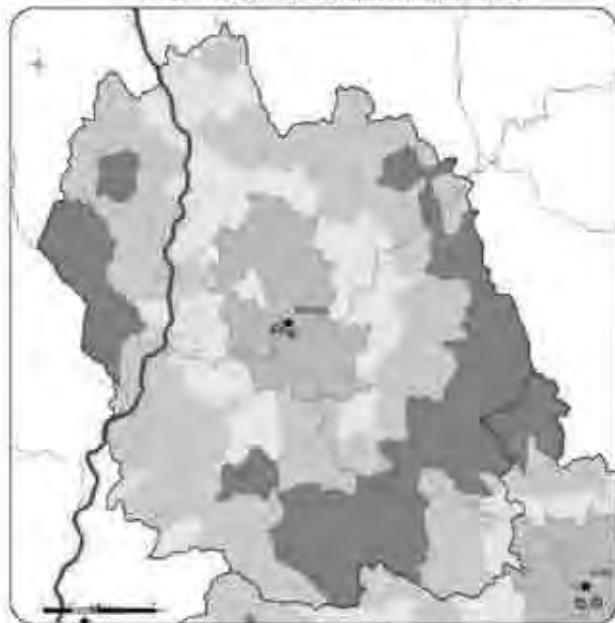
Points de vigilance

- Le nombre de carences ambulancières reste élevé
- Les articulation avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions, du réseau ANTARES et des conventions
- Le dispositif des MCS en sud Cévennes (Lasalle-St Jean du Gard) n'est plus opérationnel. Un réseau départemental est à étudier.
- L'autorisation de SU de l'hôpital privé les Franciscaines doit évoluer vers une reconnaissance de plateau technique spécialisé en cardiologie.

MEDECINE D'URGENCE

Offre de soins sur le territoire

Offre de soins en médecine d'urgence :
temps d'accès aux SMUR (recalculés en 2011)



Source : DRE, P
 Direction Départementale de l'Équipement, de l'Énergie et de l'Énergie
 Direction Départementale de l'Équipement, de l'Énergie et de l'Énergie
 Direction Départementale de l'Équipement, de l'Énergie et de l'Énergie

Données d'activité (source des données : SAE administrative)

SAMU :

- Le nombre de DRM a augmenté de 12,9% entre 2007 et 2009
- La régulation médicale libérale est très active, elle comporte 40 médecins. Son activité est en hausse de 22% entre 2005 et 2009

SMUR :

- Entre 2005 et 2009, l'activité du SMUR terrestre augmente de 12,8%

Garde ambulancière :

- Le nombre de carences ambulancières, 38 en 2009, est en baisse par rapport aux 60 de 2008

Articulation avec le SDIS :

- Le protocole tripartite SAMU-SDIS-Ambulanciers privés est en cours de finalisation
- La convention d'appui logistique du SDIS au SMUR est en place

Structure d'urgence :

- Le taux de passages aux Urgences est de 229 pour 1000 hab. en 2009 (source : Insee, estimation 2008 hors pop. Estivale)
- Entre 2005 et 2009, l'activité est en augmentation de 24,4% pour le CH de Mende (nombre d'hospitalisation non renseigné)

- 1 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) opérationnelle

MCS :

- Le réseau départemental des médecins libéraux (ALUMPS) est très actif. Il a réalisé 354 interventions de janvier à octobre 2010, dont 30% d'évacuations par le SMUR (Source : ALUMPS)

Points de vigilance

- La gestion et la coordination des transports hélicoptérés en Lozère est à renforcer
- Une complémentarité du SMUR et une coordination entre SAMU aux confins du département (avec St Etienne, Clermont Ferrand, Aurillac et Rodez) est à travailler
- Les articulation avec le SDIS sont à compléter s'agissant des interconnexions, du réseau ANTARES et des conventions

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Retour au sommaire

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Les activités de **soins de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue** ont été fortement restructurées par la parution en avril 2002 des décrets n.2002-465 et 2002-466 qui en encadrent l'exercice et la circulaire DHOS du 27 aout 2003 qui éclaire la place de ces différentes activités les unes par rapport aux autres, ainsi que par la déclinaison régionale de ces textes pour le SROS de 3ème génération.

La mise en place de la T2A a aussi impacté fortement ces activités depuis 2004 avec la mise en place des suppléments.

L'évolution de ces activités au cours des 5 ans du schéma ne peut s'analyser sans tenir compte de ces textes réglementaires et des conditions différentes pour chaque activité (seul le supplément SI est facturable pour toute journée réalisée dans une unité de SI reconnue).

Ces activités devraient répondre à une logique d'organisation graduée et coordonnée dans le territoire de santé, ce qui n'est pas encore le cas partout ni même au sein de certains établissements où l'activité de surveillance

continue n'a pas été adossée à l'activité de réanimation. Certaines unités de réanimation, et ce malgré l'effort réalisé pour la mise en conformité aux décrets, restent non conformes pour des raisons variées.

Les objectifs principaux d'organisation doivent donc répondre à 3 axes :

- améliorer l'accès aux soins par une organisation graduée et coordonnée
- améliorer la qualité et la sécurité des soins
- améliorer l'efficacité en poursuivant l'effort de recomposition territoriale dans l'optique d'optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales et adapter les capacités des unités de réanimation en préservant le taux d'équipement régional.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Orientations

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- De rééquilibrer les taux d'occupation en suppléments réanimation des unités de réanimation de la région (42 à 98% :données PMSI)
- D'améliorer la mise en place de la filière Réanimation –Surveillance continue, le taux d'occupation moyen des unités de Surveillance Continue (SC), calculé à partir des suppléments sur les lits reconnus, est à 38% (variant dans une fourchette de 6 à 90%) témoignant d'une insuffisance dans la mise en place de cette filière,
- D'optimiser l'offre de réanimation pédiatrique pour la région (une unité de capacité insuffisante et sans unité de Surveillance Continue adossée)

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité** : Organiser la filière pour les patients des territoires ne disposant pas d'unité de réa ou de Soins Intensifs (SI)
Inscrire le dispositif régional de régulation des disponibilités en lits dans le Répertoire Opérationnel des Ressources de la région LR
- **Qualité- pertinence**:
Décliner régionalement les recommandations de 2008 de la Société Européenne de Cardiologie
Développer la démarche éthique concernant en particulier les indications de prise en charge, la poursuite des soins actifs, l'accompagnement de fin de vie conformément aux recommandations des Sociétés savantes (Société Française d'Anesthésie Réanimation, Société de Réanimation de Langue Française).
Compléter l'inscription des unités dans le réseau des infections nosocomiales (CCLIN-RAISIN) et celui des prélèvements d'organes (REPRELAR)
- **Performance**:
Améliorer la fluidité de la filière en engageant les établissements autorisés en réanimation à positionner les unités de SC à proximité des unités de réanimation
Répartir l'offre de réanimation, SI, SC de manière à répondre de façon efficiente au besoin en fonction des plateaux techniques et en garantissant une utilisation effective et pérenne des structures

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Principes d'organisation :

Le parcours de santé en réanimation, soins intensifs et surveillance continue suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

- 1- **Premiers recours** : Décliner régionalement les dernières recommandations de la société européenne de Cardiologie
- 2- **(Inter-hospitalier)** : Réduire les Durées Moyennes de Séjour par un renforcement des coopérations relais avec les services de médecine, chirurgie et structures de SSR, mais aussi les unités de proximité quand le patient a été pris en charge dans les unités de référence.
 - Favoriser le regroupement physique des unités de réanimation et SC (ressources humaines et matérielles) sur chaque site afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale

Liaisons principales avec d'autres volets :
DSES, SSR, médecine.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue - Objectifs opérationnels

Objectifs Schémas	Indicateurs Schéma
Inscrire le dispositif régional de régulation de disponibilité des lits en réanimation dans le Répertoire Opérationnel des Ressources	
Répartir l'offre de réanimation, SI, SC de manière à répondre de façon efficiente aux besoins en fonction des plateaux techniques et en garantissant une utilisation effective et pérenne des structures (évaluation du dispositif à mener sur les USIC et la surveillance continue au cours du SROS)	Taux d'occupation des unités de réanimation en suppléments REA et en suppléments SI issus de REA DMS, IGS moyen, taux de mortalité observé par unité de réanimation
Améliorer la fluidité de la filière en engageant les établissements autorisés en réanimation à positionner les unités de SC à proximité des unités de réanimation	Nombre d'unités de SC situées à proximité d'une unité de réanimation
Compléter l'inscription des unités dans le réseau des infections nosocomiales (CCLIN-RAISIN) et celui des prélèvements d'organes (REPRELAR)	Nombre d'unités de réanimation inscrites dans le RAISIN et REPRELAR ainsi que leur taux de participation (nombre de sujets en mort encéphalique recensés)
Décliner régionalement les dernières recommandations de la société européenne de Cardiologie	Taux d'IDM pris en charge en centre de cardiologie interventionnelle en première intention

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue – Objectifs de l'offre de soins

Territoires de santé	Implantations / reconnaissances contractuelles		Créations / suppressions	
Aude	Réa adultes	Carcassonne (1), Narbonne (1)		
	SI***	cardiologiques	Carcassonne (1), Narbonne (1)	+1 (Narbonne)
		neurologiques	Carcassonne (1), Narbonne (1)	
SC***		Carcassonne (2), Narbonne (3), dont 2 adossées aux unités de réanimation	+1 (Narbonne), dans l'attente du regroupement sur le même site des 2 cliniques)	
Gard	Réa adultes	Nîmes (2), Alès (1)		
	SI***	cardiologiques	Nîmes (2), Alès (1), Bagnols-sur-Cèze (1)	+1 (Alès)
		neurologiques	Nîmes (1)	
		néphrologiques	Nîmes (1)	
SC***		Nîmes (4), Alès (2), Bagnols-sur-Cèze (1) , dont 3 adossées aux unités de réanimation		
Hérault	Réa	adultes	Montpellier *(2), Castelnau-le-Lez (1), Sète(1), Béziers (1)	
		pédiatriques	Montpellier (1)*	
		brûlés	Montpellier (1)* *	
	SI***	cardiologiques	Montpellier* (2), Castelnau-le-Lez(1), Sète(1), Béziers (1)	
		neurologiques	Montpellier* (2), Béziers (1)	
		néphrologiques	Montpellier * (1)	
		respiratoires	Montpellier* (2)	
onco-hématologiques	Montpellier *(2)			
SC***		Montpellier *(7), Castelnau-le-Lez(1), Ganges (1), Sète(1), Béziers (2), Boujan-sur-Libron (1), dont 5 adossées aux unités de réanimation		
Lozère	Réa adultes		-1 (Mende) :	
	SC***	Mende (1)	Suppression de l'activité de réanimation et maintien des capacités par création d'une unité de surveillance continue	
PO	Réa adultes	Perpignan (2)		
	SI***	cardiologiques	Perpignan (2)	
		neurologiques	Perpignan (1)	
		néphrologiques	Perpignan (1)	
SC***		Perpignan (2), Cabestany (1), dont 2 adossées aux unités de réanimation		

* Le CHU de Montpellier est considéré comme un seul site

** Renvoi au schéma interrégional d'organisation sanitaire

***Les implantations sont mentionnées à titre indicatif, ces éléments seront précisés dans les contrats d'objectifs et de moyens de chaque établissement.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue – Objectifs de l'offre de soins

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

Organiser la filière pour les patients de réanimation du territoire de Lozère par la formalisation de liens opérationnels entre les urgences du territoire et les SAMU de Montpellier et Nîmes, mais aussi les Hôpitaux autorisés en réanimation, des régions limitrophes. Et pour les patients présentant un Infarctus du myocarde ou un Accident Vasculaire Cérébral dans les sous territoires dépourvus d'unité de soins intensifs à partir des Centres 15 et des structures d'urgence.

Si une unité de Soins intensifs cardiologiques ne peut être reconnue en l'absence de conformité aux conditions techniques de fonctionnement, la capacité des unités reconnues du même territoire devra être revue à la hausse.

ANNEXE

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

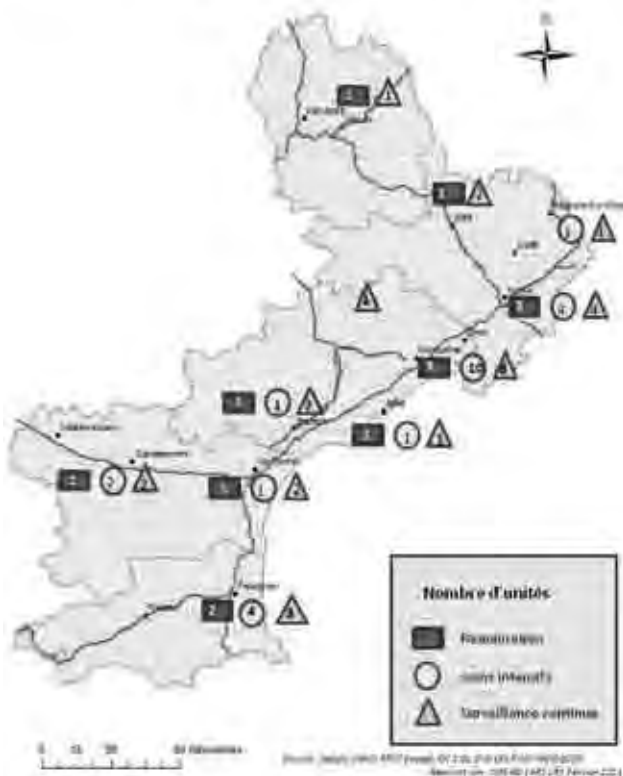
Diagnostic

Retour au sommaire

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Offre de soins sur le territoire de santé

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010 en Languedoc-Roussillon



Eléments de diagnostic régional

- 0,86 lits de réanimation autorisés pour 10 000 hab (0,76 lits /10 000 hab, France)
- 0,84 lits de SI reconnus contractuellement pour 10 000 hab.
- 1,08 lits de SC reconnus contractuellement pour 10 000 hab.
- Le taux d'occupation moyen des unités de réa, calculé à partir des suppléments de réanimation est de 75%, avec un taux d'occupation global des unités de 83%
- Le taux d'occupation moyen des unités de SI, calculé à partir des suppléments est de 74%
- Le taux d'occupation moyen des unités de SC, calculé à partir des suppléments sur les lits reconnus est de 38% (variant de 6 à 90%) témoignant d'une filière insuffisamment mise en place
- Certaines unités de réa ont des taux d'occupation supérieurs à 80% et d'autres inférieurs à 65%.

Points de vigilance

Les unités de réanimation sont atypiques par leur taille, leur localisation géographique ou leur activité.

- 2 villes ne disposent pas d'unité de SI cardiologiques reconnue
- L'activité de Surveillance Continue est reconnue dans des unités nombreuses et à forte capacité. Depuis cette reconnaissance les règles de facturation du supplément ont changé, devenant plus complexes, ce qui peut expliquer en partie un taux d'occupation en supplément SC moyen.
- Plusieurs unités de réanimation restent non inscrites dans le réseau de prélèvement d'organe
- L'unité de réanimation pédiatrique de 6 lits n'a pas une capacité suffisante, elle ne dispose pas de surveillance continue attenante
- Quelques unités de réanimation ne sont pas encore inscrites dans le réseau RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Intervention et de Surveillance des Infections Nosocomiales)

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010



Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
Réalisation : COS AD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

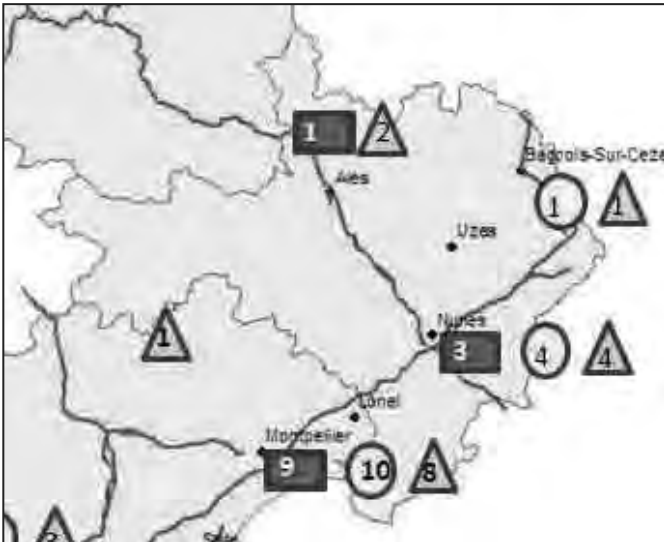
	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CH Carcassonne	8	83,9%	88,08%	10	84,88%	6	72,28%
Clinique Montréal*	/	/	/	/	/	8	34,73%
CH Narbonne	8	88,66%	94,18%	2	208,77%	6	33,97%
Le Languedoc*	/	/	/	/	/	7	91,7%

Points de vigilance

- Les unités de réanimation ont des Taux d'occupation en supplément REA supérieures à 80%
- Il n'y a pas d'unité de Soins Intensifs de Cardiologie reconnue sur la ville de Narbonne.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010



Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
 Réalisation : COS AD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits aut oris és	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CHU Nîmes	27	74,15%	83,38%	16 +6	75,6%	25	36,43%
Franciscaines*	8	78,85%	91,47%	8	84,02%	12	18,09%
CH Alès	8	59,42%	71,92%	/	78,8%	4	5,48%
CH Bagnols	/	/	/	6	63,79%	6	31%
Grand Sud	/	/	/	/	/	12	21,05%
Kennedy**	/	/	/	/	/	4	41,28%
Bonnefon Alès**	/	/	/	/	/	8	19,86%

Points de vigilance

- L'activité de réanimation en suppléments REA est inférieure à celle attendue au CH d'Alès, avec une unité de surveillance continue presque inutilisée.
- Pour les habitants du bassin d'Alès, 37% des journées de réanimation se font au CH d'Alès pour 27,5% au CHU 34 et 26% dans les unités de Nîmes.
- Il n'y a pas d'unité de Soins Intensifs de Cardiologie reconnue sur la ville d'Alès.

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

HERAULT

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010



Données d'activité

	REA 2010		SI 2010		SC 2010		
	Lits auto	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reco	TO Sup SI	Lits reco	TO Sup SC
CHU34 adulte	88+6	58,27% à 93,15%	81,01%	89+10	92,57%	56	43,75%
selon les unités							
CHU34 enfant	6	91,87%					
CI Parc*	10	71,86%	88,5%	8+3	83,86%	24	81,03%
CI Millénaire*	8	98,39%	146,48%	14	51%	24	32,78%
Clémentville*	/	/	/	6	74,5%	12	32,31%
St Jean*	/	/	/	/	/	5	11,62%
St Roch*	/	/	/	/	/	6	18,41%
Beausoleil	/	/	/	/	/	6	1,46%
St Louis	/	/	/	/	/	5	11,95%
CHIBT	6	86,35%	90,41%	6	72,1%	3	37,44%
CH Béziers	12	75,09%	77,01%	14+2	67,77%	6	43,84%
St Privat*	/	/	/	/	/	12	45,18%
Champeau	/	/	/	/	/	4	19,66%
CRLC	/	/	/	2	89,04%	4	49,25%

*données sur 11 mois

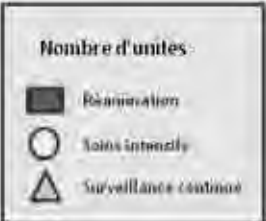
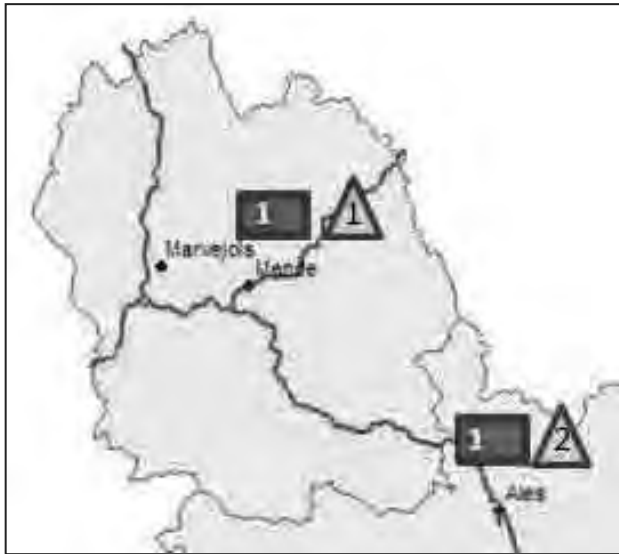
Points de Vigilance

- la visite de conformité d'une des unités de réanimation adulte du CHU de Montpellier n'a pu être réalisée en raison des importants travaux nécessaires et non réalisés
- L'unité de réanimation pédiatrique régionale du CHU de Montpellier ne dispose pas d'unité de surveillance continue attenante,; sa capacité de 6 lits est insuffisante
- Les taux d'occupation en suppléments SC sont globalement peu élevés dans les unités de surveillance continue

Des améliorations sont possibles concernant l'inscription de certaines unités dans les réseaux REPRELAR (prélèvements d'organes) et RAISIN (infections nosocomiales).

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010



Source : Geofla (IGN), RP07 (Insee), OC S OL (SIG LR), PMSI MCO 2009
 Réalisation : COS AD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	Tx Occupation Sup SC
CH Mende	6	41,83%	58,22%	/	/	3	0%

Points de vigilance

- La population du département est insuffisante pour générer une activité justifiant l'existence d'une unité de réanimation, même en appliquant l'exception géographique.
- Pour ces mêmes raisons, l'actuelle unité de surveillance continue est inoccupée et l'unité de réanimation demeure non-conforme
- Toutefois, une réponse doit être apportée pour répondre à un besoin réel en réanimation de la population du territoire, éloignée géographiquement des autres structures autorisées en réanimation de la région

Réanimation, Soins intensifs, surveillance continue

PYRENEES ORIENTALES

Unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue reconnues contractuellement en 2010



Données d'activité

	REANIMATION 2010			SOINS INTENSIFS 2010		SURVEILLANCE CONTINUE 2010	
	Lits autorisés	TO Sup REA	TO Sup REA+SI	Lits reconnus	TO Sup SI	Lits reconnus	TO Sup SC
CH Perpignan	24	74,1%	88,03%	24	96,67 %	11	52,15%
Clinique St Pierre*	8	54,68%	77,43%	8	98,73 %	6	89,37%
St Roch*	/	/	/	/	/	11	25,75%

*données sur 11 mois

Points de vigilance

- Une unité de réanimation affiche un taux d'occupation moyen en suppléments réanimation alors que les unités de SIC et de SC sont bien occupées.
- Des améliorations sont possibles concernant l'inscription de certaines unités dans les réseaux REPRELAR (prélèvements d'organes) et RAISIN (infections nosocomiales).

Nombre d'unités :

- Réanimation
- Soins intensifs
- Surveillance continue

Imagerie médicale

Retour au sommaire

Imagerie médicale

L'Imagerie Médicale est l'un des domaines de la médecine qui a le plus progressé ces vingt dernières années. Elle regroupe les techniques de radiologie et médecine nucléaire. Elle est particulièrement importante dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi thérapeutique des cancers, mais aussi dans le diagnostic et le traitement des maladies neuro cardio vasculaires. Les recommandations de radioprotection actuelles préconisent de limiter dans la mesure du possible, l'irradiation liée aux examens de radiodiagnostic et particulièrement chez les enfants, conformément aux référentiels de bonnes pratiques de la HAS.

L'HAS a publié en 2005 un guide de bon usage résultant d'un consensus formalisé avec les professionnels qui a quatre grands objectifs dans les domaines de la radioprotection des patients, de la rationalisation des pratiques, des échanges interdisciplinaires et de l'organisation d'audits cliniques :

- Réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés
- Réduire l'exposition des patients par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes (imagerie ultrasonore et imagerie par résonance magnétique)
- Améliorer les pratiques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie
- Servir de référentiels pour des audits cliniques

Ce guide retient donc, en fonction des problèmes cliniques rencontrés, les examens d'imagerie les plus appropriés. Il s'adresse à tous les médecins, généralistes comme spécialistes, quel que soit leur mode d'exercice. Il doit être périodiquement mis à jour en fonction de l'évolution des

techniques et des pratiques.

Ces préconisations ont servi de fil conducteur à ce schéma.

Dans le SROS PRS, l'Imagerie Médicale regroupe les équipements lourds d'imagerie soumis à autorisation suivants (article R6122-26 du CSP) :

- Caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence, tomographes à émissions de positons
- Scanographes à utilisation médicale
- Appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique.

Les techniques interventionnelles (cardiologie, neuroradiologie,...) sont exclues de ce champ et seront traitées en propre.

Une enquête a été menée fin 2010 auprès des structures autorisées en scanner et/ou IRM et TEP dans la région. Les résultats de cette enquête et les recommandations de bonnes pratiques ont servi de base à l'évaluation du besoin pour la région, dont les objectifs principaux d'organisation sont les suivants :

- Ø Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès
- Ø Améliorer l'efficacité
- Ø Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Imagerie médicale

Orientations

Imagerie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- de réduire les délais d'attente trop longs en IRM, de mettre en place une organisation pour l'astreinte IRM dans tous les territoires
- d'inverser la prédominance nette des scanners au sein des examens d'imagerie en coupe pour le crâne et la colonne vertébrale (référentiel de bon usage des examens d'imagerie)
- de réduire la saturation des appareils TEP (évolution des indications, prévalence des cancers)

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

Accessibilité :

Rendre accessible l'exploration par IRM sur tout le territoire régional dans des délais < à 15 jours

Positionner les nouveaux sites d'IRM en priorité là où les délais d'attente actuels sont les plus longs, auprès des établissements ayant une activité prépondérante en cancérologie et/ou affections neurovasculaires et cardiologiques

Ouvrir l'accès IRM 24/24 à tous les AVC récents en mettant en place la permanence H24 sur le site des Unités Neuro Vasculaires de la région et en déployant un réseau de télé-imagerie qui sera étendu à d'autres situations cliniques afin de répondre à l'enjeu de la permanence des soins.

Performance :

Diversifier le parc d'IRM par l'implantation d'IRM spécialisées (ostéo articulaires pour les examens hanche, épaule, rachis sans injection) auprès d'IRM polyvalentes ayant une activité ostéoarticulaire suffisante (5000 examens annuels)

Compléter le parc des scanographe auprès des structures d'urgence et en particulier s'assurer de la possibilité pérenne d'exploitation d'1 scanner auprès des nouvelles structures potentielles

Doubler le scanner sur les sites ayant plus de 40 000 passages aux urgences et/ou 20 000 entrées en fonction du plateau technique et du case mix des actes d'imagerie en coupe

Mettre en place un observatoire des délais d'attente IRM portant sur 2 actes ciblés (crâne et colonne vertébrale), les délais d'attente pour la cancérologie étant suivis par des enquêtes nationales annuelles (INCa et Imagerie Santé Avenir)

Qualité- pertinence :

Résorber les délais d'attente pour la cancérologie et permettre l'accès à l'imagerie en coupe non irradiante en particulier des enfants et des pathologies cardiaques.

Assurer la substitution des examens du crâne et son contenu vers l'IRM dans le respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie

Favoriser le remplacement des scanographe après 7 ans d'exploitation

Doubler le nombre de TEP pour mieux prendre en charge les cancers dans le respect des Standards Options Recommandations et expérimenter la TEP IRM moins irradiante

Diffuser le guide de recommandations de bon usage des examens d'imagerie auprès du grand public, des prescripteurs, des réalisateurs d'examen

Engager tous les établissements concernés dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS: conformité des demandes d'examen d'imagerie

Imagerie médicale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Principes d'organisation :

Le Parcours de santé en imagerie médicale suppose des articulations avec le secteur hospitalier, la prévention, les soins de premiers recours et le médico-social. Il s'agit de :

1- Prévention :

- limiter l'exposition aux rayonnements ionisants, en réalisant à indication égale un examen IRM au lieu d'un examen scanographique, et particulièrement chez l'enfant
- Ne pas réaliser d'examens non justifiés (Guide de bonnes pratiques, exemple radiographies crâne, abdomen et thorax)

2- Premiers recours & Médico-social : faciliter l'accès des patients à l'imagerie en coupe

3- faciliter l'orientation du patient (Inter-hospitalier) :

Améliorer l'accès des patients hospitalisés aux examens IRM par l'implantation d'appareils auprès d'établissements de court séjour qui en sont aujourd'hui dépourvus dans le respect des principes d'organisation générale.

Liaisons principales avec d'autres volets :
SROS ambulatoire et PDSES

Imagerie médicale – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Mettre en œuvre 36 implantations d'IRM sur 23 sites, en considérant le CHU de Montpellier pour 1 seul site	Délai d'attente (<15j)
Garantir un accès 24h/24 pour AVC récents	Existence d'un accès organisé à l'IRM 24/24 sur le site d'une UNV reconnue/ nombre de sites UNV reconnus: 100%
Reporter les examens d'imagerie en coupe du crâne et son contenu du scanner vers l'IRM en respect des recommandations de bon usage des examens d'imagerie	Indicateur régional : nombre d'examens du crâne et son contenu par IRM (ACQJ002 et ACQN001)/nombre d'examens du crâne et son contenu par IRM ou scanner (ACQH003 et ACQK001)>75% lorsque 2/3 des nouvelles implantations seront en activité Indicateur à décliner dans le CPOM de chaque structure.
Mettre en place un observatoire des délais d'attente pour actes ciblés en IRM	Crâne et colonne vertébrale, (recueil des délais de rendez vous dans toutes les structures en activité 1 mois par an)
Coupler les autorisations de structure d'urgence avec celle d'un scanner 24h/24 dans le même établissement ou dans une structure adossée	100%
Diversifier au maximum le parc d'IRM	Nombre d'appareils spécialisés ostéoarticulaires/ nombre total d'appareils
Mettre en œuvre 8 TEP dont au moins une TEP IRM	
Prévoir les nouvelles implantations TEP en partenariat public/privé	75% des nouvelles autorisations en partenariat public/privé
Engager les établissements dans le recueil annuel de l'indicateur IPAQSS : conformité des demandes d'examens en imagerie et en analyser les résultats.	100% des établissements avec scanner et/ou IRM sur le site ou adossé

Imagerie médicale – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoire de santé	Type d'EML	Implantations	Appareils	Créations / suppressions
LR	TEP	3 à l'Est de la Région	5	+ 2 appareils Est
		2 à l'Ouest de la Région	3	+ 1 implantation et + 2 appareils Ouest
Aude	IRM	4	5	+ 1 implantation (Narbonne) et +2 appareils (Narbonne, Carcassonne)
	Scanner	6	6	
	Gamma Caméra	1	2	
Gard	IRM	7	9	+ 2 implantations (Alès, Bagnols) +3 appareils (Alès, Bagnols, Nimes) - 1 implantation(mobile) - 1 appareil (mobile)
	Scanner	7	8	
	Gamma Caméra	2	4	
Hérault <small>Le CHU est considéré comme un seul site</small>	IRM	10	15	+ 3 appareils (2 à Montpellier, 1 à Béziers)
	Scanner	19	26	
	Gamma Caméra	5	12	
Lozère	IRM	1	1	Implantation de l'IRM mobile à Mende
	Scanner	2	2	
	Gamma Caméra			
PO	IRM	4	6	+ 2 appareils (Perpignan)
	Scanner	8	9	
	Gamma Caméra	1	2	

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

Les TEP seront préférentiellement autorisées en partenariat public/privé

L'implantation lozérienne de l'IRM sera en partenariat public/privé

ANNEXE

Imagerie médicale

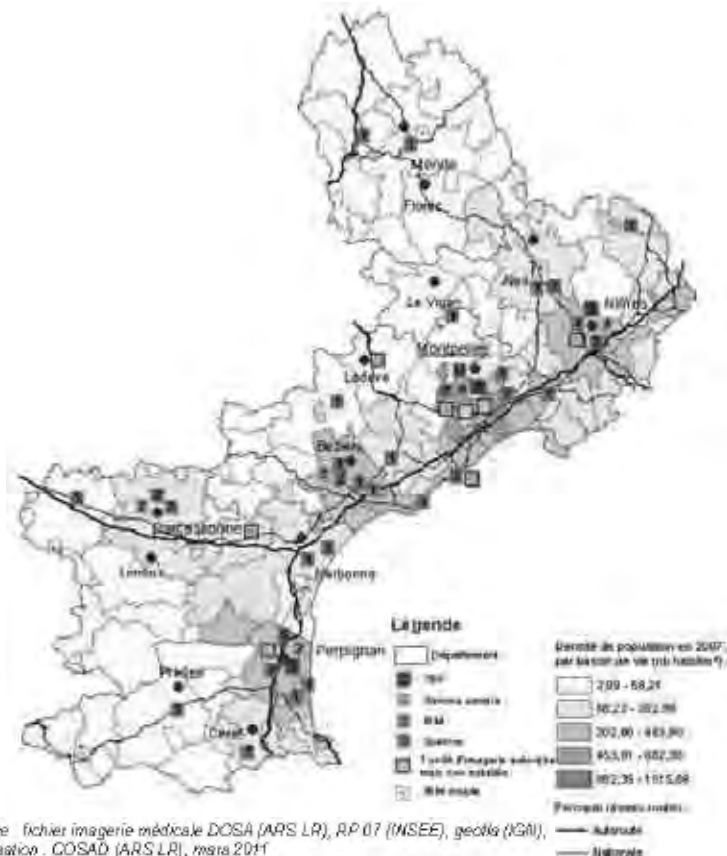
Diagnostic

Retour au sommaire

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Éléments de diagnostic régional

	SCANNERS	IRM	TEP
Densité autorisée Région :	1/52 000 h	1/100 000 h	1/650 000 h
France :	1/71 000 h	1/118 000 h	
Nombre d'examen /1000 h /an	182	48,8	3,2
Délai moyen examen urgent en jours	0,5	6	2
Délai moyen examen programmé en jours	8	28/36*	11
Productivité moyenne	9900	6400	2800

- Pour cancer/hors cancer
- Données déclaratives issues de l'enquête LR 2010 auprès des structures autorisées
- 20 gamma caméras autorisées dont les données d'activité n'ont pas été investiguées

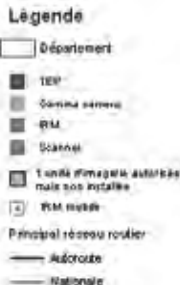
Points de vigilance

- Une évolution de l'activité d'imagerie en coupe contrastée : particulièrement dynamique pour le scanner (> + 10% par an), stationnaire pour l'IRM
- Des territoires dépourvus d'astreinte IRM en 2010 (Aude, Lozère)
- Des territoires contrastés concernant l'accès à l'imagerie en coupe (Gard, Lozère)
- Des délais d'attente pour le scanner satisfaisants sauf cas particuliers
- Des délais d'attente IRM trop longs malgré une bonne productivité globale (mais amélioration possible sur quelques sites). Des autorisations mises en œuvre récemment n'ont pu être prises en compte
- Une prédominance nette des examens scanners pour l'imagerie du crâne et son contenu et celle de la colonne vertébrale à analyser en regard du référentiel imagerie HAS
- Une évolution dynamique des examens TEP qui nécessite une analyse approfondie pour approcher le besoin de la région.

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), géoris (IGM).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moy par appareil
Aude	1/58 000	166	0,5 j	11,5 j	11600*
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Aude	1/115000	43	21 j	42,5 j	7600
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

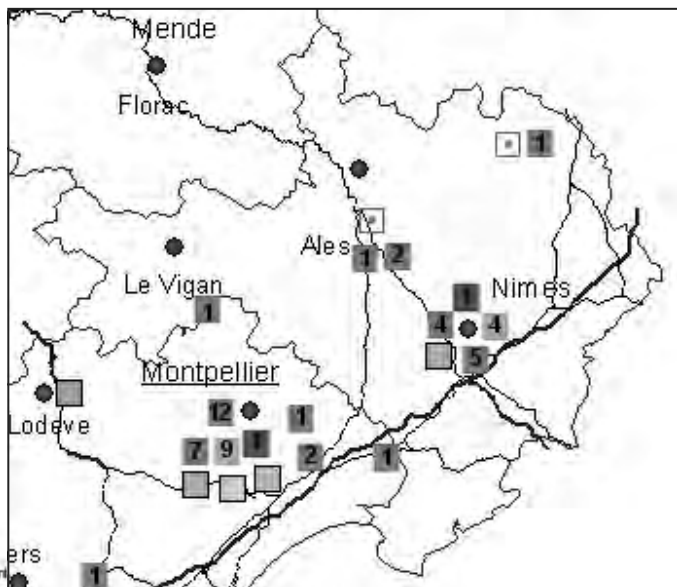
Points de vigilance

- 1 IRM et 1 scanner autorisés mais non installés lors de l'enquête
- Pas d'astreinte IRM 24/24 en 2010
- Des délais moyens pour les examens de scanner programmés longs sur 1 site

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Gard	1/87 500	132	1 j	15 j	11500
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Gard	1/100000	38	27 j	35 j	5300
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

	Densité TEP autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
Gard	/	/	2 j	15 j	2750
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

Points de vigilance

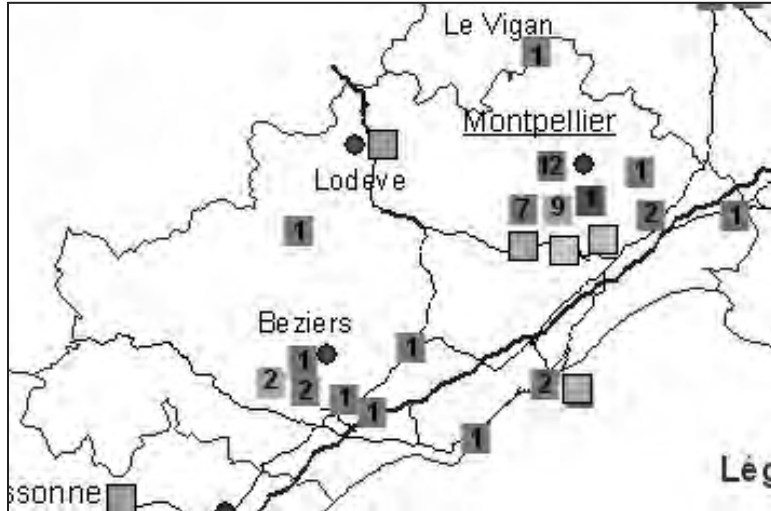
- Une IRM autorisée mais non installée au moment de l'enquête
- Des délais moyens pour les examens scanner les plus longs de la région, des délais moyens pour l'IRM comme ceux de la région
- Une IRM mobile desservant à temps partiel 2 villes du territoire
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence sur Alès et Bagnols

Imagerie médicale

HERAULT

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), geofis (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'exams pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Hérault	1/40 000	228	0,5 j	5 j	10000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900
	Densité IRM autorisés	Nombre d'exams pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Hérault	1/85 000	57	22,7 j	31 j	7100
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400
	Densité TEP autorisés	Nombre d'exams pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
Hérault	/	/	2 j	7 j	3500
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

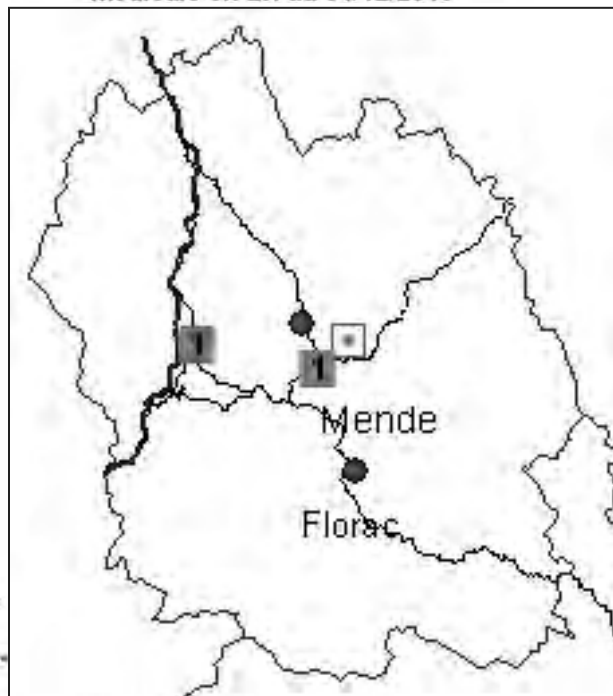
Points de vigilance

- 2 IRM autorisées mais non installées au moment de l'enquête, 1 scanner autorisé mais non installé
- Prédominance de l'offre sur Montpellier
- Des délais moyens pour les examens IRM hors cancer les plus courts de la région
- Organisation en réseau de la neuroradiologie à conforter
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence sur Sète

Imagerie médicale

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



- Légende**
- Département
 - TEP
 - Gamma caméra
 - IRM
 - Scanner
 - Unités d'imagerie autorisées mais non installées
 - IRM mobile
 - Principal réseau routier
 - Autoroute
 - Nationale

Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), géofils (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
Lozère	1/37 500	129	0,5 j	3,5 j	5000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examens pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
Lozère	IRM mobile 1j par sem	18	90 j	90 j	/
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

Points de vigilance

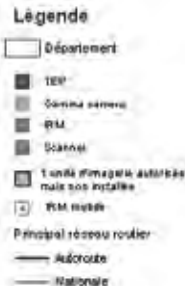
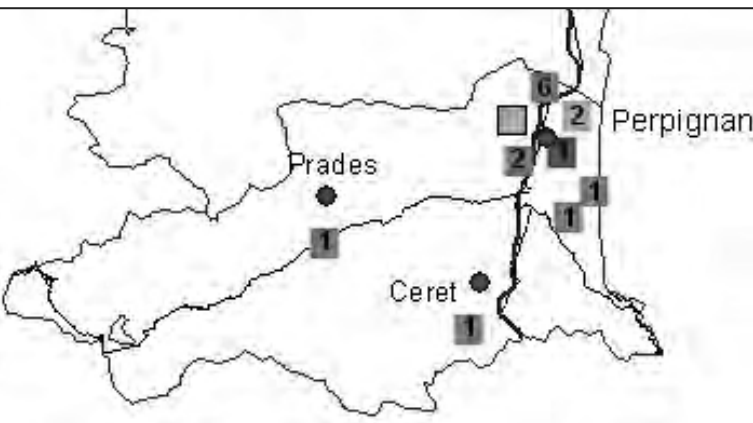
- Des délais très importants pour les examens IRM car le temps imparti est saturé
- Un nombre de radiologues pour 100 000 habitants très inférieur à la moyenne régionale
- Pas de permanence IRM 24/24
- Organisation pour l'accès des AVC à l'IRM en urgence

Imagerie médicale

PYRENEES ORIENTALES

Offre de soins sur le territoire de santé

Répartition des équipements d'imagerie médicale en LR au 31/12/2010



Source : fichier imagerie médicale DOSA (ARS LR), géofis (IGN).
Réalisation : COSAD (ARS LR), février 2011

Données d'activité

	Densité scanners autorisés	Nombre d'examen pour 1000 h par an	Délai moyen scanner urgent	Délai moyen scanner programmé	Productivité moyenne par appareil
PO	1/48 000	182	<0,5 j	7,5 j	10000
LR	1/52 000	182	0,5 j	8 j	9900

	Densité IRM autorisés	Nombre d'examen pour 1000 h par an	Délai moyen IRM programmé pour cancer	Délai moyen IRM programmé hors cancer	Productivité moyenne par appareil
PO	1/107500	61,6	28,8 j	35,5 j	9000
LR	1/100000	48,8	28 j	36 j	6400

	Densité TEP autorisés	Nombre d'examen pour 1000 h par an	Délai moyen TEP urgent	Délai moyen TEP programmé	Productivité moyenne par appareil
PO	/	/	2 j	10 j	2250
LR	1/650000	3,2	2 j	11 j	2800

Points de vigilance

- Une IRM autorisée mais non installée au moment de l'enquête
- Malgré une productivité importante des IRM, le délai d'attente n'est pas inférieur à celui de la région

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

Retour au sommaire

Génétique

Définitions, éléments de cadrage et introduction 1/3

Définition :

Analyse des caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. (Article R 131-1 et 2 du Code de la Santé Publique). La génétique dite post-natale ou constitutionnelle intervient dans trois situations différentes : le diagnostic de maladies génétiques (géniques, chromosomiques), l'identification de facteurs de risque génétique ayant un impact soit sur la santé soit sur la prise en charge thérapeutique de la personne, et la détection de porteurs sains dans le cadre du conseil génétique sur les risques de transmission à la descendance.

Objet :

- Poser , confirmer ou infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- Rechercher les caractéristiques d'un ou de plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- Adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques

Sont exclues de ce volet du SROS :

Les activités d'analyse génétique en lien avec le diagnostic prénatal, le dépistage néonatal, l'oncogénétique somatique (tumeurs), les analyses pratiquées dans un but médico-légal, la génétique des populations ainsi que la recherche des marqueurs sur les tumeurs.

Dans ce schéma, le cadre des autorisations concerne exclusivement les activités d'analyse des laboratoires, (ces autorisations étaient antérieurement délivrées par le Préfet de Région et le seront par les Directeurs Généraux des ARS après la publication du SROS). Au point de vue technique, on distingue deux « spécialités » dans ces activités d'analyse, qui font l'objet d'autorisations distinctes. Il faut souligner ici que les innovations technologiques actuellement émergentes dissipent la frontière entre ces deux domaines, de nouveaux outils diagnostiques étant utilisées par les deux types de laboratoires (comme par exemple les puces à ADN) :

1) Analyses de cytogénétique : étude des chromosomes ;

2) Analyses de génétique moléculaire : étude de l'ADN et de l'ARN. Ces analyses comprennent le diagnostic de maladies héréditaires à transmission mendélienne, le dépistage des hétérozygotes dans les familles de sujet atteints, les analyses HLA hors greffe, la pharmacogénétique (susceptibilité génétique aux effets indésirables ou à la toxicité des médicaments, notamment des anticancéreux) et l'oncogénétique constitutionnelle (recherche de prédispositions génétiques à certains cancers)

- Pour la génétique moléculaire il convient également de distinguer les analyses de niveau 1 et de niveau 2 selon le niveau d'expertise (niveau 1 : examens pouvant être inscrits à la NABM et pour lesquels il peut exister des dispositifs de diagnostic in vitro dédiés, niveau 2 : toute analyse de réalisation complexe avec une stratégie diagnostique faisant appel à la recherche exhaustive de l'ensemble des anomalies moléculaires possibles et à un travail d'expertise pour l'interprétation des données brutes obtenues.

- Par ailleurs, en génétique moléculaire, certains laboratoires ont une autorisation limitée (laboratoires n'effectuant qu'un nombre restreint de types d'examen, de niveau 1 ou 2).

Génétique

Définitions, éléments de cadrage et introduction 2/3

Nonobstant le cadre des autorisations, la génétique est une discipline mixte clinico-biologique, le lien entre la clinique et la biologie est essentiel : la prescription et la restitution d'une analyse de génétique s'inscrivent dans un contexte très précis (Loi de Bioéthique) et relèvent d'une expertise confirmée : mise en œuvre d'un conseil génétique qui répond à des exigences législatives en matière d'information, de consentement et de bénéfice attendu pour la personne, nécessité d'établir un lien de causalité entre anomalies génétiques et symptomatologie clinique. L'interaction entre l'activité biologique et les consultations cliniques est indispensable et indissociable. Les avancées techniques renforcent cette considération : résultats d'examens de plus en plus complexes à interpréter pour le laboratoire, et à expliquer au patient par les médecins prescripteurs compétents en génétique.

L'organisation des activités d'analyses génétiques ne se conçoit qu'au sein de filières de soins structurées.

Un centre de génétique clinique, en référence au guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, est défini comme étant une structure à vocation régionale couvrant un bassin de 2 à 6 millions de personnes, regroupant l'ensemble des compétences ; ces centres, au besoin multi sites, assurant un maillage territorial, sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche. Cette organisation vise à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.

Les évolutions déjà amorcées et prévisibles de la cytogénétique postnatale doivent faire l'objet d'une attention toute particulière dans ce schéma. Les indications diagnostiques dans ce domaine représentent une part importante de l'activité de génétique postnatale, tant en termes d'analyses que de consultations. Le diagnostic étiologique des déficiences intellectuelles (DI), isolées ou syndromiques et des syndromes malformatifs, actuellement révolutionné par les évolutions technologiques, représente un enjeu particulièrement critique pour les enfants et les familles, (errance diagnostique, prise en charge adaptée) et justifie une vigilance à plusieurs titres : en termes d'analyses, sur les équipements et les effectifs des professionnels compétents, en termes d'organisation au sens large, le centre de génétique étant un élément à part entière d'un réseau de prise en charge de ces pathologies.

Génétique

Définitions, éléments de cadrage et introduction 3/3

Les activités de génétique post-natale, tant au niveau des analyses proprement dites (autorisations, certains équipements), qu'au niveau clinico-biologique au sens large sont fortement impactées et doivent s'articuler de façon cohérente avec trois grands domaines : la génétique prénatale, le cancer et les maladies rares :

- Le domaine de la génétique prénatale (AMP/DPN/CPDPN) : bien que le présent volet du SROS concerne le post-natal, il convient de rappeler que la discipline génétique a la spécificité de s'occuper du patient, (cas index), de sa famille (cas apparentés) et de la prévention des couples à risques. Les généticiens sont sollicités à tous les âges de la vie et il est difficile de séparer les activités de diagnostic prénatal, des activités de diagnostic postnatal. En termes d'analyses, le matériel étudié (chromosomes et ADN) et les techniques mises en œuvre sont identiques, une cohérence s'impose et les laboratoires autorisés pour la cytogénétique postnatale le sont pour la plupart également pour les activités prénatales.
- Le domaine du cancer et le plan cancer, pour l'oncogénétique : mise en place par l'INCa de plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers. À ce jour, on recense 29 plates-formes réparties sur l'ensemble du territoire national, dont une à Montpellier.
- Le domaine des maladies rares et le Plan National Maladies Rares (PNMR) : 80 % des maladies rares sont en effet des maladies génétiques. Une grande partie de l'activité de génétique post natale consiste en des tests génétiques de diagnostic de maladies rares (Mucoviscidose, Steinert, Syndrome de l'X fragile, Myopathies, Surdité..) Le PNMR 2 prévoit l'identification d'un certain nombre de « plateformes nationales de diagnostic approfondi des maladies rares » comprenant des laboratoires autorisés pour des examens de génétique particuliers, utiles au diagnostic de certaines pathologies.

La politique régionale, de ce fait, est en grande partie directement déterminée par le niveau national à travers :

- les stratégies conduites par l'Agence de Biomédecine (ABM) et l'Institut National du Cancer (INCa), en ce qui concerne l'oncogénétique,
- des financements sur appel à projet de la DGOS directement vers les établissements, seules quelques analyses de niveau 1 sont inscrites à la nomenclature des actes et font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

La graduation de l'offre en région Languedoc-Roussillon, compte tenu de ces articulations et des spécialisations indispensables au diagnostic de certaines pathologies, s'inscrit dans une réflexion interrégionale, voire nationale ou internationale.

Le présent SROS doit en conséquence également prendre en compte dans ses perspectives, celles des SROS périnatalité et cancérologie.

Deux documents renseignent ce volet :

ÿ Le premier concerne la description de l'organisation actuelle de la génétique post natale avec :

- Les objectifs à mettre en œuvre durant la période du schéma.
- Un diagnostic régional des activités de laboratoires : atouts et points qui doivent progresser
- Un diagnostic régional des compétences mobilisées dans le champ de la génétique clinique : atouts et points qui doivent progresser

ÿ Le second, construit de façon identique, développe spécifiquement le domaine de l'oncogénétique.

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

Orientations

Génétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- **améliorer l'accès aux soins** : organiser au sein de filières structurées, les moyens de prévention, de diagnostic, de prise en charge, de surveillance et de suivi des patients concernés ;
- **améliorer l'efficacité et la qualité** : mettre en place une offre graduée, structurer l'offre entre les laboratoires et les liens avec les filières de prise en charge, améliorer l'accompagnement des patients et des familles.

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

• Accessibilité :

- Mieux faire connaître l'existence des consultations de génétique avec leur spécificité (centres de référence, centres de compétence)
- Donner les moyens aux services de génétique des CHU de répondre à la demande clinique de conseil génétique
- En oncogénétique, consolider les consultations avancées existantes et mettre en place, là où des besoins seront établis, des consultations sur les territoires non couverts

Une attention particulière doit être apportée aux attentes et aux besoins des patientes et des familles en termes :

- de lisibilité et accessibilité de l'offre de soins spécialisés
- d'accompagnement global, soutien psychologique, insertion sociale...

• Évitable :

- Eviter l'errance diagnostique (maladies rares), le sous-diagnostic (oncogénétique)
- Développer la prévention, la surveillance et le suivi des patients
- Développer certains tests génétiques

• Pertinence :

- Juste prescription de conseil génétique,
- Consultation clinique de conseil génétique, (prise en compte du temps dédié, et de la valeur ajoutée),
- Prescription d'analyses, (nécessité d'expertise médicale pour une prescription appropriée),
- Interprétation des résultats d'analyses : expertise génétique biologique et clinique.

• Performance :

- Articulation/cohésion indissociable de la biologie et de la clinique,
- Donner les moyens aux services de génétique des CHU de développer et valider des tests génétiques performants intégrant les nouvelles approches technologiques
- Complémentarité et mutualisation des moyens et des compétences,
- Coordination des prises en charge médicale et paramédicale, filières et réseaux de prise en charge, compétences périphériques,
- Articulation prénatal/postnatal,
- Articulation avec le secteur médico social : coordination entre prise en charge de proximité et de spécialité pour les maladies génétiques entraînant une situation de handicap.

• Préparation et adaptation à la transition technologique et à l'innovation :

- Développement du caryotype moléculaire (ACPA : analyses chromosomiques par puce à ADN),
- Perspective du séquençage haut débit,
- Clarification des passerelles entre activités de soins et de recherche.

Génétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Développer les synergies entre les acteurs régionaux, en :

- organisant de façon concertée les consultations cliniques sur l'ensemble des territoires en considérant que pour la région il n'y a qu'un seul centre de génétique
- favorisant la coopération et les complémentarités entre les laboratoires
- organisant un dispositif performant de collecte des prélèvements entre les établissements et les laboratoires de la région (objectif non spécifique à la génétique post-natale)

Reconduire les autorisations antérieurement octroyées, en tenant compte pour celles concernant la cytogénétique des recommandations par rapport à l'accès à la technique CGH Array

Regrouper, au niveau du CHU de Montpellier, les laboratoires de cytogénétique et de génétique moléculaire en un plateau technique unique et dédié avec une proximité étroite avec les consultations de génétique,

Dans l'attente, des améliorations indispensables, aisément réalisables, peuvent et doivent être mises en œuvre sans délai.

Renforcer les articulations entre service de génétique, centres de référence maladies rares et services cliniques au niveau du CHU de Montpellier : rapprocher les structures d'expertise clinique pour mieux organiser le diagnostic, la prise en charge globale, les évaluations périodiques, le soutien psychologique, social et éducatif des familles et la promotion de la recherche dans un objectif d'amélioration de la lisibilité du dispositif et de mutualisation des compétences.

Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladies rares.

Renforcer les liens entre services de génétique (et autres structures d'expertise) et secteur médicosocial : concilier prise en charge spécialisée et de proximité, améliorer l'accès à un diagnostic précoce, à des évaluations périodiques, à la définition d'une prise en charge globale, améliorer le transfert des savoirs entre professionnels : **déploiement d'un projet de télémédecine entre les CHU et les CAMSP en particulier**

Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladie rare

Etre attentif à l'évolution des effectifs de généticiens, conseillers en génétique, techniciens de laboratoire, ingénieurs bio informaticiens, psychologues et assistantes sociales, secrétaires en fonction des besoins et des ressources disponibles

Clarifier les sources de financement et s'assurer de leur bonne utilisation dans de bonnes conditions

Parcours de santé

- Organiser l'information des usagers et améliorer la lisibilité de l'offre en génétique pour les professionnels de premier recours
- Améliorer la prise en charge globale sur le plan psychologique et social (autour des questions d'insertion sociale et professionnelle) Cet objectif participe à la déclinaison du plan maladie rare
- Veiller à l'articulation entre réseau maladies rares et centre de génétique

ANNEXE

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

Diagnostic

Retour au sommaire

Génétique

Diagnostic régional des activités d'analyses biologiques : les atouts

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur la région Languedoc Roussillon :

Elle s'organise principalement autour des plateaux techniques des deux CHU .

Sur le plan biologique, sont autorisés :

Ø Au CHU de Montpellier :

- 5 laboratoires de génétique moléculaire, dont un a une autorisation et une activité limitées aux maladies inflammatoires, et pratique exclusivement des analyses de niveau 2 dans ce domaine)

- un laboratoire de cytogénétique

Ø Au CHU de Nîmes :

- 2 laboratoires de génétique moléculaire

- 1 laboratoire de cytogénétique

(en France, sont autorisés 188 laboratoires de génétique moléculaire et 75 laboratoires de cytogénétique)

Ø Hors CHU, cette offre de laboratoire est complétée de la façon suivante:

- Un laboratoire privé de cytogénétique à Montpellier,

- Un laboratoire de cytogénétique à Carcassonne géré par l'EFS. Ce laboratoire a fait connaitre qu'il cessait son activité et n'a pas sollicité de renouvellement d'autorisation en 2010. III n'est plus comptabilisé par l'Agence de Biomédecine au titre de cette activité.

Éléments de diagnostic régional

Deux pôles de biologie pour une région de 2.5 millions d'habitants,

1 - En génétique moléculaire :

- **en ce qui concerne certaines analyses fortement représentées au niveau national (40 % de l'activité) :** la thrombophilie non rare et l'hémochromatose, une typologie de l'offre calquée sur celle de l'ensemble des laboratoires nationaux ;

- **parallèlement, une offre à dominante « spécialisée » sur les deux CHU avec une offre d'analyses de niveau 2 développée, et une expertise de reconnaissance nationale, voire internationale,** en particulier pour le laboratoire de génétique de maladies rares de l'IURC du CHU de Montpellier : gènes impliqués dans les dystrophies musculaires, le syndrome de Usher, le syndrome de Marfan, d'Ehlers- Danlos...

- **en ce qui concerne la pharmacogénétique :** une offre historiquement plus développée sur le CHU de Nîmes (76 tests pour 26 au CHU de Montpellier en 2010) : cette activité sera amenée à se développer sur les deux pôles compte tenu du développement des thérapies ciblées en oncologie (tests encadrés par l'AMM).

- **en ce qui concerne l'oncogénétique :** ce domaine d'analyses est porté exclusivement par le CHU de Montpellier (25 laboratoires en France en connexion avec les consultations d'oncogénétique) et fait l'objet d'une présentation spécifique.

2 - En cytogénétique : en termes d'analyses, ce domaine est fortement impacté par les évolutions technologiques. Ces analyses s'appliquent à un domaine d'indications fortement représenté en génétique post-natale, celui des déficiences intellectuelles (DI) isolées ou syndromiques et des syndromes malformatifs. Si le caryotype « standard », inscrit à la NABM représente actuellement l'activité majoritaire, la CGH Array (comparative genomic hybridation sur Array-scanner ou « puces à ADN ») modifie radicalement la stratégie diagnostique devant une malformation ou un retard mental et prend le pas en tant qu'analyse de première intention dans ces indications (amélioration nette du taux de diagnostic d'anomalies de 8 à 10 % à 20 - 25 %).

Les deux CHU disposent à ce jour d'une plateforme Agilent. Compte tenu des besoins évalués dans l'avenir (soit 20 000 indications potentielles à l'échelon national) ces plateformes doivent être soutenues dans leur développement et une attention particulière devra être portée aux effectifs de professionnels compétents qui conditionnent d'ores et déjà le déploiement de certaines activités : techniciens de laboratoire et ingénieur bio informaticiens.

Tout laboratoire devra être en mesure de proposer cette technique soit lui-même soit dans le cadre d'une organisation « en réseau ».

Génétique

Diagnostic régional des activités d'analyses biologiques : les points à améliorer

LANGUEDOC-ROUSSILLON

- Deux centres d'inégale importance en termes de volume d'activité, avec à la fois, des champs d'activités identiques, et des externalisations d'analyses qui pourraient être traitées en intra régional,
- Une exigence de complémentarité qui se heurte à l'autonomie de chaque CHU,
- A Montpellier, une organisation des activités biologiques qui doit clarifier ses relations avec la recherche : des activités d'analyses de cytogénétique ont été ainsi momentanément confiées à une unité de recherche.
- À Montpellier, les laboratoires de génétique moléculaire et de cytogénétique sont géographiquement dispersés avec des locaux inadaptés et des contraintes de personnel (techniciens, ingénieurs bio-informaticiens) :
 - qui limitent d'ores et déjà la capacité d'adaptation à des demandes croissantes d'analyses
 - qui feront obstacle à l'obtention de l'accréditation Cofrac.
 - qui rendent difficile la mise en œuvre d'une stratégie efficiente d'investissements en équipements (séquençage haut débit, notamment)
- Des lenteurs sont constatées dans la mise en œuvre des évolutions nécessaires.
- Il n'existe pas de circuit de collecte performant entre établissements et laboratoires de la région.
- On relève des difficultés en ce qui concerne la facturation des analyses confiées en sous-traitance d'un laboratoire ou d'un établissement à l'autre.
- Ces difficultés sont perçues par les équipes comme un frein au déploiement d'activités et au développement de coopérations (ce constat est également identifié dans d'autres champs, comme celui du diagnostic prénatal, du dépistage néonatal...)

Génétique

Diagnostic régional des activités cliniques : offre de soins

Sur le plan clinique (hors champ des autorisations)

- Le CHU de Montpellier dispose d'une équipe de médecins généticiens (hors oncogénétique) intervenant dans les domaines d'activité suivants:

- Service de génétique, consultation hospitalière de génétique
- DPN
- Diagnostic préimplantatoire
- Centre de référence des anomalies du développement.

- Le CHU de Nîmes comprend depuis peu des médecins généticiens qui assurent à la fois des activités cliniques et biologiques ainsi que des activités de diagnostic prénatal.

-Les deux CHU réalisent aussi bien des consultations de génétique polyvalente (consultation où les enfants sont très représentés) que des consultations d'oncogénétique.

Sur le plan clinique (hors champs d'une autorisation)

L'expertise régionale en génétique est complétée par des centres de référence et de compétence Maladies rares : le LR compte 3 centres de référence labellisés, dont le centre des anomalies du développement et des syndromes malformatifs), 12 sites de consultations des centres de référence, et 24 centres de compétences.

Par rapport à la fréquence particulière des motifs de consultation d'enfants présentant des anomalies du développement, il convient de citer également

- le centre régional autisme, (recommandation de réaliser de façon systématique un bilan génétique)
- le service de neuro pédiatrie, ORL, ...)
- et en proximité la place des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Il existe un réseau régional Maladies rares

Génétique

Organisation des activités cliniques

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les atouts

- Une démographie régionale de médecins généticiens conforme aux recommandations du Conseil National de l'Ordre des médecins et du collège des enseignants et praticiens de génétique clinique (3 ETP de généticiens par million d'habitants) mais dont le fonctionnement est rendu difficile en raison de la répartition des activités sur les deux CHU.
- Une offre de services diversifiée, très spécialisée, regroupée principalement sur le CHU de Montpellier.
- Une politique de développement affichée au niveau du CHU de Nîmes.
- Une prise de conscience au niveau du CHU de Montpellier de la dispersion des pôles cliniques d'expertise avec par exemple :
 - une dynamique de rapprochement entre équipes de centres de référence (projet de fédération).
 - une volonté de créer une stratégie mieux coordonnée de suivi de certaines pathologies comme l'autisme par exemple.

Les points à améliorer

- Une attention particulière doit être portée à la démographie des professions concernées qui conditionnent d'ores et déjà le déploiement de certaines activités: médecins généticiens, conseillers en génétique, assistantes sociales et psychologues
- La concertation entre les deux CHU est insuffisamment formalisée.
- Au sein du CHU de Nîmes, il existe un sous encadrement en généticien et conseiller en génétique pour l'ensemble des activités de génétique (y compris génétique prénatale hors champ de ce volet SROS).
- Au niveau du CHU de Montpellier,
 - Une stratégie de développement insuffisamment partagée entre équipes d'une part et entre équipes et direction d'autre part
 - Une offre de service régionale spécialisée importante, dispersée géographiquement et avec des liens peu formalisés et insuffisamment coordonnés, manquant de lisibilité pour les usagers, les professionnels de santé de premier recours et les équipes du médico-social,
- Dans le domaine de l'exploration au sens large des troubles du développement chez l'enfant en particulier, sont observés des liens insuffisamment formalisés entre service de génétique, centres de référence, services de neuropédiatrie, centre ressource autisme,...
- Un réseau régional maladies rares avec des missions qui recoupent pour partie celles du service de génétique sur des lieux dispersés, avec des financements de provenance différente.
- Avec le Médico-social : des services spécialisés (CAMSP, SESSAD, IME) périodiquement en difficulté sur l'évaluation et l'ajustement des prises en charge d'enfants présentant des situations de handicap consécutives à des maladies génétiques

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

Oncogénétique

Orientations

Retour au sommaire

Les enjeux principaux sont :

- Consolider en lien avec l'INCa, les filières de prises en charge et le maillage des consultations avancées, de façon à s'adapter au développement prévisionnel de l'activité liée à une meilleure diffusion des recommandations, à l'élargissement des recommandations pour l'identification de mutations, à la généralisation du dépistage du cancer colorectal
- Veiller à ce que tous les personnes atteintes d'un cancer et les personnes prédisposées bénéficient effectivement d'une consultation d'oncogénétique en fonction des recommandations d'un conseil génétique

Les principes d'organisation retenus sont les suivants :

- **Accessibilité :**

Elargir et régionaliser l'offre de soins

Renforcer, rationaliser et optimiser l'organisation d'amont et d'aval des consultations avancées existantes,

- **Performance:**

Favoriser la mutualisation des compétences cliniques des équipes du CHU de Montpellier et du CLCC et optimiser la coordination entre les deux CHU

Mettre en place des consultations dédiées au suivi et à la surveillance des patients porteurs de mutations

Oncogénétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs Schémas

Indicateurs Schéma

Améliorer le nombre de personnes porteuses d'une prédisposition génétique bénéficiant d'un conseil génétique (cancer et recherche familiale) en respectant le cadre des recommandations validées par l'INCA. Évaluation à faire en priorité sur les cancers coliques (renforcer la formation des spécialistes - formaliser/développer les relations avec le privé - organiser des échanges interdisciplinaires avec le privé - renforcer le temps médical des consultations - renforcer le temps de conseiller en génétique. *Dans le rapport de l'INCA, l'accès à l'oncogénétique est clairement lié aux nombres de consultations avancées mises en place dans une région et aux temps de généticiens et de conseillers en génétique qui y sont consacrés*)

Nombre de personnes prise en charges dans les consultations d'oncogénétique, par type de cancer (source rapport d'activité type de l'INCA), et par territoire
Comparaison avec le nombre de cas attendu, en fonction de l'épidémiologie des cancers

- Consolider l'organisation mutualisée des consultations sur Montpellier
- Etudier la pertinence de consultations avancées sur les territoires de l'Aude (soit à Narbonne, soit à Carcassonne), de la Lozère (Mende ?), du Gard (à Alès ou Bagnols sur Cèze)
- Consolider l'organisation des consultations avancées existantes sur Béziers, Perpignan,

Réalisation d'une évaluation des besoins,
Nombre de consultations,
nombre de demi-journée par mois et par site
Temps de généticien et de conseiller en génétique dédiés par sites

Consolider immédiatement l'organisation du fonctionnement du laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Montpellier : recrutement et pérennité des effectifs de techniciens et ingénieur nécessaires, extension de surface de locaux, acquisition/maintien d'un équipement adapté et performant du laboratoire, organisation d'un circuit de ramassage des prélèvements avec les partenaires régionaux.

Objectifs opérationnels concernant le fonctionnement du laboratoire
Tendre vers un délai de restitution conforme à celui jugé acceptable par l'INCA,
Augmentation d'activité et analyse des fuites d'activité hors région
Formalisation d'un circuit pour les indications d'urgence

Augmenter l'effectif médical et évaluer les besoins de conseillers en génétique pour les 5 ans à venir

Parcours de Santé

Mettre en place « une plate forme mutualisée » public privé permettant d'organiser le suivi et la surveillance spécifiques des patients à risque génétique accru (cas index et apparentés, garantissant la mise en œuvre effective dans la durée des recommandations de suivi, la prévention des perdus de vue, et créant les conditions d'une évaluation et de développement d'axes de recherche... *plate forme ou mission dans le cahier des charges du réseau Onco-LR ?*

Nombre de patients dont le statut de surveillance est connu sur le nombre de patients éligibles passés en consultation d'oncogénétique

ANNEXE

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

Oncogénétique

Diagnostic

Retour au sommaire

Oncogénétique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Offre de soins sur le territoire de santé existante et reconnue par l'INCa :

- Le CHU de Montpellier et le CRLC organisent des consultations d'oncogénétique, sur Montpellier, avec une mutualisation partielle des moyens
- L'équipe de généticiens et de conseillers en génétique de CHU de Montpellier organise des consultations avancées sur les CH de Perpignan et de Béziers
- Le CHU de Nîmes organise une consultation d'oncogénétique à Nîmes
- 1 seul laboratoire de génétique moléculaire autorisé au CHU de Montpellier réalise des recherches de mutation pour les gènes BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, RET
- L'oncopédiatrie est centralisée au CHU de Montpellier qui accueille tous les enfants de la région.

Éléments de diagnostic régional

Depuis 2003 on observe en France une augmentation constante du nombre de consultations d'oncogénétique (cf rapport INCA 2010). Cette progression est très inégale selon le type de cancers.

Les recommandations sont en constante réévaluation. Actuellement 80 % des indications concernent la recherche des mutations génétiques pour les cancers du sein et du colon.

- En Languedoc-Roussillon, en 2009, 1646 consultations ont été réalisées quel que soit le type de cancer, en 2010, 1749.
- Les délais d'accès à une première consultation varient de 2 à 3 mois au CHU de Montpellier et au CRLC
- Il est relevé une bonne coordination entre les 2 CHU dans le domaine de l'onco-hématologie

Points de vigilance:

- Il convient de veiller à la capacité du dispositif clinique et biologique actuel à absorber une augmentation attendue de l'activité, en particulier.
- L'accès aux consultations d'oncogénétique pour les patients dans les territoires non desservis par les consultations existantes suscitent des interrogations, l'Aude en particulier mais aussi la Lozère, et le Nord Ouest et Est du Gard (Alès, Bagnols)
- Les aspects structurels et organisationnels de la mutualisation CHU/CRLC sont à rationaliser et renforcer.
- Le sous encadrement en généticien et conseiller en génétique pour l'ensemble des activités de génétique au sein du CHU de Nîmes impacte l'oncogénétique
- Une coordination est à formaliser entre les 2 CHU dans l'organisation de l'accès à l'oncogénétique sur le Gard et la Lozère
- Les Conditions de fonctionnement du laboratoire sont non satisfaisantes et incompatibles avec l'obtention de l'accréditation du COFRAC ;
- Les délais de restitution des résultats, excessifs en 2009, sont en cours d'amélioration mais la capacité du laboratoire à faire face à l'évolution d'activité est à consolider
- Il convient de veiller dans tous les territoires à une égale diffusion et à un respect homogène des recommandations en matière de consultations et de tests génétiques pour la recherche de prédispositions pour tous les types de cancers.
- Il convient d'organiser la mise en œuvre des recommandations de prises en charge préventive des personnes cancéreuses ou non porteuses de mutation leur conférant un risque élevé de développer un cancer, veiller en particulier à développer la surveillance et le suivi des patients dans la durée, en prévenant les perdus de vue et en veillant à promouvoir la recherche et créer les conditions de son évaluation

Missions de service public

Retour au sommaire

Missions de service public

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a clarifié la définition des missions de service public qui recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements.

En application de l'article L 1434-9 du code de la santé publique, le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public, par territoire de santé.

Le présent volet recense les établissements de santé qui, à la date de la publication de la loi HPST, contribuaient à assurer une ou plusieurs missions de service public (art 1er de la loi HPST) sauf dispositions réglementaires intervenues depuis. L'accomplissement de ces missions doit répondre à des obligations de service public définies à l'article L 6112-3 du code précité.

Dans le cadre de l'attribution d'une mission de service public, il n'y a pas d'obligation de contrepartie financière conformément aux dispositions de l'article L 6112-2 du code de la santé publique.

Missions ayant vocation à être exercées par tout établissement de santé faisant l'objet de procédures d'attribution prévues par ailleurs (agrément, appel à projet national ou régional, politique nationale de santé publique...)

- La recherche.
- L'enseignement universitaire et post-universitaire.
- Le développement professionnel continu des médecins.
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical.
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination.
- Les actions de santé publique.
- Les soins dispensés aux personnes retenues .

Mission faisant l'objet d'une attribution dans le cadre du droit des autorisations :

- L'aide médicale urgente.

Missions pour lesquelles une procédure d'octroi n'existe pas, susceptibles de relever d'une reconnaissance prioritaire en application de l'article L 6112-2 du code de la santé publique sous réserve du contenu de dispositions réglementaires à venir :

- La permanence des soins en établissements de santé.
- La prise en charge des soins palliatifs.
- La lutte contre l'exclusion.
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier.
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté.
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Les éléments remarquables et les enjeux principaux sont :

- Définir les besoins à couvrir
- Rationnaliser l'organisation territoriale dans une logique de responsabilité partagée entre les acteurs de santé

Principes d'organisation

Accessibilité - qualité

- Garantir à tous l'accès aux missions de service public à partir d'une analyse de la couverture des besoins graduée en fonction des missions. L'analyse sera différente selon le fait que la mission : a vocation à être assumée par tous les établissements de santé ou soit liée à une autorisation d'activités de soins, relève du niveau régional ou du niveau territorial.
- Assurer l'égal accès à tous à des soins de qualité
- Assurer la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution.
- Assurer l'accessibilité à une prise en charge aux tarifs opposables.

Performance :

- Combler l'offre existante au vu des besoins.
- Rationnaliser l'offre de soins par une répartition adaptée des missions de service public.
- Développer le parcours de santé en articulation avec la prévention et les soins de premier recours.

Mission de service public : La recherche

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement, mais s'articule autour des établissements reconnus au titre des MERRI.

Toutefois, il est important que l'ensemble des établissements puissent participer à des protocoles de recherche clinique.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
La recherche	CHU de Montpellier CHU de Nimes CRLC Val d'Aurelle	Le SROS n'est pas le vecteur pertinent du développement de la recherche en France.	Le financement est déterminé au niveau national par l'intermédiaire de la dotation MERRI incluant les appels à projets. Il existe d'autres sources de financement nationales, internationales et européennes.

Mission de service public : L'enseignement universitaire et post-universitaire

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission	Besoins	Commentaires
AUDE	<p>Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les établissements de santé privés comme les publics peuvent accueillir des internes en formation dans la mesure où la valeur formatrice des stages proposés est reconnue.</p> <p>A ce titre, le nombre de lieux de stages agréés par le DGARS, sur proposition de la commission de subdivision en formation en vue de l'agrément, est appelé à évoluer chaque année sur la période du SROS.</p>	<p>Le nombre d'internes à former d'ici 2014 en médecine (toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues) est fixé à 1516 par l'arrêté ministériel en date du 20 juillet 2010. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 534.</p> <p>L'arrêté ministériel du 4 janvier 2010 fixe à 79 le nombre d'internes d'ici 2012 en pharmacie. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 80.</p> <p>L'arrêté ministériel du 26 février 2010 fixe à 2 le nombre d'internes à former en odontologie. Le nombre d'internes en formation en 2011/2012 est de 2.</p>	<p>Les modalités d'agrément 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 DGARS procède à l'agrément des lieux de stage après avis de la Commission de subdivision (dont la composition est fixée par l'arrêté du 4 février 2011 et qui est présidée par le directeur de l'UFR). Dans le cadre de la réforme de l'organisation du 3. cycle des études de médecine, la procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est intervenue pour l'année universitaire 2011-2012. La Commission d'évaluation des besoins en formation du 3. cycle des études médicales, présidée par le Doyen, définit les spécialités concernées par les besoins en formation.</p>
GARD			
HERAULT			
LOZERE			
PYRENEES-ORIENTALES			

Mission de service public : Le développement professionnel continu des médecins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

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, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Mission de service public	Exécution de la mission	Commentaires
<p>Le développement professionnel continu des médecins</p>	<p>Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de mettre en œuvre le développement professionnel continu.</p> <p>Les CHU et autres établissements de santé consacrent au financement des actions de DPC des médecins, pharmaciens, odontologistes, qu'ils emploient un pourcentage minimum fixé par décret, du montant des rémunérations versées.</p> <p>En secteur privé, tout employeur concourt au développement de la formation professionnelle continue en participant, chaque année, au financement des actions mentionnées à l'article L6313-1 du code du travail</p>	<p>L'obligation de mettre en œuvre le développement professionnel continu prend effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au développement professionnel continu. Les décrets n. 2011-2115,2116, 2118 du 30 décembre 2011 ont été publiés le 1er janvier 2012. Cette mission de service public ne peut donc pas être prise en compte au présent stade du SROS.</p>

continu des sages femmes et du personnel paramédical

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences pour 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 des professionnels hospitaliers et de ceux qui exercent dans d'autres établissements de santé.

Mission de service public	Exécution de la mission	Commentaires
La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical	Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de contribuer à la formation initiale et à la mise en œuvre du développement professionnel continu. La formation initiale est dispensée au sein et d'instituts agréés à cet effet pour le personnel paramédical et en université pour les sages femmes. Les établissements publics et privés contribuent à la formation initiale par l'accueil de stagiaires et une participation financière, en qualité d'employeurs, auprès respectivement de la FNEH et de l'AEHP. Les établissements de santé des secteurs public et privé financent les actions de DPC des sages femmes et des professionnels de santé paramédicaux. Ils élaborent une politique concertée de développement professionnel	L'obligation de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au développement professionnel continu. Les décrets n. 2011-2114 et 2117 du 30 décembre 2001 ont été publiés le 1er janvier 2012. Cette mission de service public ne peut donc pas être prise en compte au présent stade du SROS.

Mission de service public : Les actions d'éducation et de prévention pour la santé (en lien avec le schéma de prévention)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le présent volet porte uniquement sur les programmes d'éducation thérapeutique. Cette mission de service public a pour objectif de permettre aux patients et à leur entourage de mieux prendre en charge leur pathologie et d'améliorer leur autonomie et leur qualité de vie. Les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre sont soumis à autorisation.

Territoire de santé	Inventaire des promoteurs autorisés à exécuter la mission	Besoins	Commentaires
AUDE	<p>La mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique concernent aussi bien l'hôpital que la ville.</p> <p>Les programmes mis en œuvre après la publication de la loi HPST, conformes au cahier des charges national, ont fait l'objet d'une autorisation, en priorité.</p> <p>La procédure d'autorisation des programmes ETP présentés par les promoteurs est appelée à se poursuivre sur la période du présent SROS</p>	<p>Cette mission a vocation à être développée et assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés mais aussi dans tous les secteurs et lieux de soins en sorte de concerner le plus grand nombre de personnes en proximité maximale.</p>	<p>L'autorisation délivrée par le DGARS, qualifie la qualité méthodologique et technique des programmes ainsi que le respect des obligations fixées par la loi en termes de formation, coordination, association des patients, règles éthiques. Cette autorisation n'est pas associée à un financement.</p> <p>Le schéma prévention évalue les besoins des populations dans ce domaine.</p>
GARD			
HERAULT			
LOZERE			
PYRENEES ORIENTALES			

Mission de service public : Les actions de santé publique

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission d'action de santé publique consiste à la contribution à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi numéro 2004-806 du 9 août 2004. Elle a pour objectif de promouvoir, protéger et améliorer et, le cas échéant, rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Commentaires
Les actions de santé publique	Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés.	La définition des priorités régionales, des populations cibles et des territoires prioritaires relèvent du schéma prévention.

Mission de service public : Les soins dispensés aux personnes retenues

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de soins dispensés aux personnes étrangères retenues consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux personnes retenues avant une expulsion, une reconduite à la frontière.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE		Pas d'implantation nécessaire	Pas de centre de rétention administrative existant sur le territoire de l'Aude. Il n'est pas nécessaire d'en implanter un par département. Ceux existant peuvent couvrir le besoin de plusieurs départements.
GARD	CHU de Nimes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Nimes (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)
HERAULT	CHI du Bassin de Thau	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Sète (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)
LOZERE		Pas d'implantation nécessaire	Pas de centre de rétention administrative existant sur le territoire de la Lozère. Il n'est pas nécessaire d'en implanter un par département. Ceux existant peuvent couvrir le besoin de plusieurs départements
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Convention signée avec le centre de rétention administrative de Perpignan (convention signée entre l'établissement de santé et l'Etat représenté par le Préfet)

Mission de service public : L'aide médicale urgente - SAMU

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le Centre de Réception et Régulation des Appels Médicaux d'urgence, dit Centre 15, est le lieu où sont réceptionnés les appels départementaux d'urgence. La mission d'aide médicale urgente consiste en la réponse, par des moyens exclusivement médicaux, aux situations d'urgence en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours aux fins d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission SAMU à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Le volet SROS médecine d'urgence cible la coordination intra et interrégionale des SAMU. Les médecins d'exercice libéral participent à la mission de service public dans le cadre de la régulation.
GARD	CHU de Nimes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	CHU de Montpellier	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	CH de Mende	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

Mission de service public : L'aide médicale urgente - SMUR

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission du service mobile d'urgence et de réanimation est de dépêcher sur les lieux d'une détresse une équipe hospitalière médicalisée pour traitement et transport vers un établissement de soins qui aura été, au préalable, prévenu. Cette mission s'effectue à la demande du SAMU départemental.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission SMUR à la date du 22/07/09	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne avec antennes implantées au CH Castelnaudary et CH Limoux Quillan CH Narbonne	Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation. Le volet SROS médecine d'urgence vise à une meilleure coordination des transports sanitaires terrestres et hélicoptés
GARD	CHU de Nîmes CH Alès CH Bagnols sur Cèze	
HERAULT	CHU de Montpellier avec antennes implantées à la clinique de Ganges et au CH Lunel CHIBT Sète avec antenne estivale implantée à Agde CH Béziers	
LOZERE	CH de Mende	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan avec antenne implantée à la maison de santé à Err	

Mission de service public : La permanence des soins en établissements de santé - PDES

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de PDES consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés . La PDES englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Les besoins sont déterminés par territoire en application de la réglementation et en prenant en compte les propositions des différents experts, et vise une couverture homogène de la permanence des soins garantissant un égal accès aux soins pour tous. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permettra de contractualiser avec les établissements de santé participant à la PDES, en cohérence avec l'organisation régionale.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins : recensement des implantations par territoire	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne.CH de Narbonne. Polyclinique Montréal. Polyclinique Le Languedoc.	4 implantations	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 des ressources médicales existantes. Les médecins libéraux participent à la mission de service public.
GARD	CH d'Alès. CHU de Nimes . CH de Bagnols sur Cèze. Clinique Bonnefon . HP Les Franciscaines . PGS	7 implantations	
HERAULT	CH de Béziers. CHI du Bassin de Thau. CHU de Montpellier Polyclinique Saint-Jean. Polyclinique Saint Roch. Polyclinique des 3 Vallées. Polyclinique Saint Privat. Clinique Clementville. Polyclinique Champeau. Clinique Saint Louis . CMC Le Parc . Clinique du Millénaire.	15 implantations	
LOZERE	CH de Mende	1 implantation (coopération avec la clinique du Gévaudan)	
PYRENEES-ORIENTALES	CH Perpignan. Clinique Saint Michel. Clinique Notre Dame d'Espérance. Polyclinique Saint Roch. Clinique Saint Pierre. Clinique du Vallespir	7 implantations	

Mission de service public : La prise en charge des soins palliatifs (en lien avec le volet SROS Soins Palliatifs)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

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) Ce périmètre n'englobe pas les réseaux de maintien à domicile, les unités d'hospitalisation à domicile ou les lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service ni les unités de médecine, SSR ou de soins de longue durée qui, sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette mission.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Centre hospitalier de Narbonne Clinique Montréal Clinique Les Genets	Le volet SROS Soins Palliatifs a vocation à assurer l'existence d'une offre de soins graduée sur le territoire.	Il existe trois équipes mobiles de soins palliatifs et une unité de soins palliatifs sur le territoire de l'Aude.
GARD	Centre hospitalier d'Alès Centre hospitalier de Bagnols sur Cèze CHU de Nîmes		Il existe trois équipes mobiles de soins palliatifs et une unité de soins palliatifs sur le territoire du Gard.
HERAULT	Centre hospitalier de Béziers CHU de Montpellier CHI du Bassin de Thau CRLC Val d'Aurelle Clinique Mas de Rochet		Il existe cinq équipes mobiles de soins palliatifs et deux unités de soins palliatifs dont une régionale sur le territoire de l'Hérault
LOZERE	Centre hospitalier de Mende		Il existe une équipe mobile de soins palliatifs sur le territoire de la Lozère
PYRENEES-ORIENTALES	Centre hospitalier de Perpignan Clinique St Pierre à supprimer de la colonne		Il existe deux équipes mobiles de soins palliatifs sur le territoire des Pyrénées-Orientales dont une à la clinique St Pierre mise en œuvre à/c mars 2011

Mission de service public : La lutte contre l'exclusion

LANGUEDOC-ROUSSILLON

La mission de lutte contre l'exclusion correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou de l'autre organisation suivante :

- Une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement (PASS)
- Une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en cas d'exclusion dans leurs lieux de vie
- L'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	CH de Carcassonne. CH de Narbonne. CH de Castelnaudary. Polyclinique Le Languedoc . CH Limoux	La loi d'orientation de lutte contre l'exclusion a instauré les PASS dans les établissements publics de santé. Les PASS visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les établissements de santé identifiés comme prenant en charge un nombre important de patients en situation de précarité sont éligibles à la reconnaissance de la mission de service public.	Sur la base d'un diagnostic sur l'état de santé de la population dans la région, le schéma prévention, au travers du PRAPS, définit les priorités régionales en faveur des populations en situation de précarité et les territoires prioritaires. Il convient d'évaluer les dispositifs de lutte contre l'exclusion (PASS, équipes mobiles et accueil des personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité).
GARD	CH d'Alès. CH de Bagnols sur Cèze. CHU de Nîmes. Clinique Bonnefon. Clinique Kennedy. Polyclinique Grand Sud. CH Uzès . CH Le Vigan		
HERAULT	CH de Béziers. CHU de Montpellier. CHI du Bassin de Thau. Polyclinique Champeau. Clinique Saint Jean. Clinique Clementville. Clinique Sainte Thérèse . CH Lunel		
LOZERE	CH de Mende		
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Perpignan. Clinique Notre Dame d'Espérance. CH Prades . CH Thuir		

Mission de service public : La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Il existe deux modalités de prise en charge pour les soins sans consentement :

- L'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent
- L'admission sur décision du représentant de l'Etat

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Association audoise sociale et médicale	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Corrélation à réaliser entre les implantations autorisées et les missions de service public afférentes
GARD	CHS d'Uzès CH d'Alès CHU de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	CH de Béziers CHU de Montpellier CHI du Bassin de Thau	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	CH de Saint Alban	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	CH de Thuir	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

et, si nécessaire, en milieu hospitalier

La mission de soins dispensés aux détenus consiste à assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalente à celles dont dispose l'ensemble de la population, au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier.

Territoire de santé	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
AUDE	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Carcassonne	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	Pour chaque établissement pénitentiaire, le DGARS désigne un établissement de santé de proximité chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques.
GARD	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier universitaire de Nîmes	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
HERAULT	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Béziers Unité de consultations et de soins du centre hospitalier universitaire de Montpellier	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
LOZERE	Unité de consultations et de soins du centre hospitalier de Mende	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	
PYRENEES-ORIENTALES	Unité de consultations et de soins et service médico-psychologique régional du centre hospitalier de Perpignan	Pas d'implantation supplémentaire nécessaire	

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à réduire la dangerosité des personnes placées en rétention de sûreté. La mission est du ressort national.

Mission de service public	Inventaire des établissements assurant l'exécution de la mission à la date du 22/07/09	Besoins	Commentaires
Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté	Il existe actuellement un centre expérimental, basé à Fresnes, dont l'évaluation est prévue après cinq ans de fonctionnement.	-	Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans le présent SROS.

Glossaire

Retour au sommaire

Glossaire

3 C : Centres de Coordination en Cancérologie

AASM ou ASM : Association audoise sociale et médicale

ABM : Agence de biomédecine

ACPA : Analyses chromosomiques par puce à ADN

ACQJ002 et ACQN001 ACQH003 et ACQK001 : Codages de la Classification Commune des Actes Médicaux

ADN : Acide désoxyribonucléique

AIDER : Association pour l'installation à domicile des épurations rénales

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMP : Assistance médicale à la procréation

ANTARES : Adaptation nationale des transmissions aux risques et aux secours

APT : Appartement thérapeutique

ARN : Acide ribonucléique

ASIP : Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

BCG : Bacille de Calmette et Guérin - vaccin destiné à protéger contre la tuberculose

C2RMP : Consultation régionale de reconnaissance des maladies professionnelles

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

Case mix : Eventail des actes d'imagerie en coupe

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCRA : Centre de réception et de régulation des appels

Centre 15, C15 : Centre de réception et de régulation des appels du SAMU

CGH Array : Technique par puce d'hybridation génomique comparative

CH : Centre Hospitalier

CHIBT : Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Contre indication

CIRE : Cellules interrégionales d'épidémiologie

CI : Clinique

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CMD : Catégorie majeure de diagnostic

CMP : Centre médico-psychologique

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COFRAC : Comité français d'accréditation

COSAD : Cellule d'observation statistique et d'aide à la décision de l'ARS LR

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

CPI : Centre de protection infantile

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPP : Centre périnatal de proximité

CRLC : Centre régional de lutte contre le cancer

CROP : Cellule régionale d'orientation périnatale

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la santé publique

DA : Dispositif d'annonce

DCC : Dossier communiquant en cancérologie

DGARS : Directeur Général de l'Agence régionale de santé

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, remplacée par la DGOS

DI : Déficience intellectuelle

DMS : Durée moyenne de séjour

Glossaire

DOSA : Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie de l'ARS LR

DP : Dialyse péritonéale

DPC : Développement personnel continu

DPC des SF : Développement professionnel continu des sages-femmes

DPI : Dossier patient informatisé

DPN : Diagnostic prénatal

DQGR : Direction de la qualité et de la gestion des risques de l'ARS LR

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

DRM : Dossier de régulation médicale

DT : Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé - DT 11 : Aude, DT 30 : Gard, etc.

EFS : Etablissement français du sang

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EML : Equipement matériel lourd

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

ESC : Société Européenne de Cardiologie

ESMS : Etablissement sociaux et médico-sociaux

ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

ETP : Education thérapeutique

ETP : Equivalent temps plein

ETS : Etablissement

EVC-EPR : état végétatif chronique - état pauci-relationnel

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

FIBROSCAN : Equipement permettant de quantifier la fibrose du foie

FIV : Fécondation in vitro

GAIA : Réseau de soins palliatifs de Sète (Hérault) - Groupe associatif interdisciplinaire d'accompagnement

GCN : Réseau médico-psycho-social de soutien en soins palliatifs à domicile Garrigues-Costières de Nîmes

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GCSMS : Groupement de coopération sanitaire et médico-social

GECT : Groupement européen de coopération territoriale

GEM : Groupes d'entraide mutuelle

Gènes BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, RET : Gènes de prédisposition à la maladie cancéreuse

GHM : Groupe homogène de malades

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HC : Hospitalisation complète

HCT : Hôpital commun transfrontalier

HD : Hémodialyse

HDD : Hémodialyse à domicile

HDJ : Hospitalisation de jour

HLA : Antigène des leucocytes humains

HN : Hospitalisation de nuit

HPST : Loi Hôpital patients santé et territoires

HTP : Hospitalisation à temps partiel

IAS : Infections associées aux soins

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral

IGN : Institut géographique national

Imagerie en coupe : Actes d'imagerie réalisés à partir des appareils scanner ou de résonance magnétique

IME : Institut médico éducatif

INCA : Institut national du cancer

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Glossaire

INVS : Institut national de veille sanitaire

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IRC : Insuffisance rénale chronique

IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IURC : Institut universitaire de recherche clinique de la faculté de médecine de Montpellier

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LISP : Lits identifiés de soins palliatifs

LR : Languedoc Roussillon

MAO : Module d'Accueil et d'orientation

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MC : Médecine Chirurgie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MCS : Médecins Correspondants SAMU

MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées

MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MG : Médecin généraliste

MIG : Mission d'intérêt général

MMG : Maison médicale de garde

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

MASAP : Mise sous accord préalable

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles

MSP : Mission de service public

MT : Médecin traitant

NABM : Nomenclature des actes de biologie médicale

NRBC : Risques Nucléaires Radiologiques Biologiques Chimiques

ONCODOC : Centre libéral de Radiothérapie et Oncologie de Béziers Narbonne

ONCO-LR : Réseau de cancérologie du Languedoc Roussillon

ONCO-PO : Centre de coordination en cancérologie des Pyrénées Orientales

OQN : Objectif quantifié national

OQOS : Objectif quantifié de l'offre de soins

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PA : Personnes âgées

PAEJ : Point accueil écoute jeunes

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PATHOS : Outil pour évaluer les niveaux de soins nécessaires

PDS : Permanence des soins

PDSSES : Permanence des soins en établissement de santé

PFT : Placement familial thérapeutique

Plan blanc : Plan spécifique destiné à faire face à une situation exceptionnelle ou à organiser l'accueil hospitalier d'un grand nombre de victimes en établissement de santé

Plateforme Agilent : Plateforme permettant de mettre en œuvre les techniques par puce à ADN

PMI : Protection maternelle et infantile

PMIS : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNMR : Plan National Maladies Rares

PO : Pyrénées Orientales

PPS : Projet personnalisé de soins

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

PSRS : Plan stratégique régional de santé

RAISIN : Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

Réa : Réanimation

Reco : reconnaissances, ou reconnus

REIN : Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie

Glossaire

REPRELAR : Réseau de prélèvement du Languedoc Roussillon

RMM : Revue de morbi-mortalité

ROADS : Réseau Ouest Audois pour la Douleur et les Soins Palliatifs

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SC : Surveillance continue

SCA : Syndromes coronariens aigus

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SF : Sage femme

SFC : Société Française de Cardiologie

SI : Soins intensifs

SIC : Soins Intensifs en Cardiologie

SIG LR : Système d'information géographique du Languedoc Roussillon

SIOS : Schéma interrégional d'organisation sanitaire

SIU-LR : Système d'information des urgences Languedoc Roussillon

SLD : Soins de Longue durée

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SP : Soins palliatifs

SPHERES : Réseau de SP Montpellier (Hérault) - Soins Palliatifs Hospitaliers Et Réseaux Externes de Santé

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SROMS : schéma régional d'organisation du médico-social

SRP : Schéma régional de la prévention

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SU : Structure des urgences

Sup (Réa, SI ou SC) : Supplément tarifaire

SURVISO : Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire

T2A : Tarification à l'activité

TED : Troubles envahissants du développement

TEP : Tomographie par Emission de Positons

TEP IRM : Appareil couplant la technologie IRM à la technologie TEP

TO : Taux d'occupation

TRAJECTOIRES : logiciel d'aide à l'orientation des patients du MCO vers le SSR

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UAD : Unité d'autodialyse

UCC : Unité cognitivo-comportementale

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UDM : Unité de dialyse médicalisée

UFR : Unité de formation et de recherche

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UNV : Unité NeuroVasculaire

USLD : Unité de soins de longue durée

USP : Unité de soins palliatifs

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Organisation des soins
-ambulatoire

Volet ambulatoire du SROS-PRS

SOMMAIRE

PROLÉGOMÈNES

- I - LES PRINCIPES D'ACTION
- II - LES MOTIFS DU CIBLAGE RURAL
- III - LA PERMANENCE DES SOINS
- IV - LA BIOLOGIE MEDICALE
- V - LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)
- VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS
 - 1 - Adapter l'accompagnement et la prise en charge de la population à l'évolution des besoins de santé
 - 2 - Encourager le regroupement des professionnels de santé
 - 3 - Attirer et fidéliser les professionnels de santé sur un territoire ciblé pour lutter contre le risque de désertification médicale
 - 4 - Développer les articulations ville - hôpital
 - 5 - Améliorer le transport des usagers su système de soins
 - 6 - Développer les technologies de l'information et de la communication
 - 7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé
 - 8 - Promouvoir la coordination du parcours de santé
- VII - LES TERRITOIRES VULNERABLES
- VIII - AU SEIN DES TERRITOIRES VULNERABLES : LE ZONAGE
- IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON
- X - LES PRECONISATIONS OPERATIONNELLES DU PSRS
- XI - EVALUATION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS
- XII - GLOSSAIRE

Volet ambulatoire du SROS-PRS

SOMMAIRE (Suite):

XIII – BIOLOGIE MEDICALE

PREAMBULE

- OBJECTIF 1 :L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME

- 1 - La réforme de la biologie médicale : principaux objectifs poursuivis
- 2 - Mise en place de l'accréditation
- 3 - L'efficience : diagnostic portant sur la consommation
- 3 - L'efficience : perspectives et préconisations

- OBJECTIF 2 : FIXATION DES REGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVES

- 1 – L'accessibilité : diagnostic régional
- 2 - L'accessibilité : contraintes et préconisations pour améliorer l'accessibilité et la qualité
- 3 - L'estimation par territoire de santé des besoins de la population en nombre total d'exams prélevés
- 4 - Besoins en implantations en sites de LBM ouverts au public

- OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE

- 1 - Règles d'implantation territoriale : dérogation pour les LBM de l'Etablissement Français du Sang
- 2 - Les coopérations existantes : diagnostic et préconisations

- LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS) ET INDICATEURS DE SUIVI

- POINTS DE VIGILANCE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS

ANNEXE :

- DIAGNOSTIC TERRITORIAL REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Volet ambulatoire du SROS-PRS

PROLEGOMENES

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions (Art. L. 1411-11 du Code de Santé Publique) :

- l'entrée dans le système de soins : le diagnostic, l'orientation dans le système de soins et le traitement.
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé.

Le volet ambulatoire du SROS a trois ambitions :

- il définit les priorités d'action en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours
- il constitue un outil pour mobiliser les professionnels de santé libéraux autour des priorités régionales en matière de santé publique et les impliquer dans la construction de l'offre de soins ambulatoire régionale.
- il contribue à l'évolution de l'offre, notamment par le développement de structures ou des modalités d'exercice coordonné.

La loi confère aux médecins généralistes ainsi qu'aux pharmaciens un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre de ces fonctions. Mais ces missions sont partagées par tous les autres professionnels de santé libéraux notamment infirmiers. L'orientation du patient dans le système de soins et la coordination des soins sont de la responsabilité du médecin généraliste de premier recours.

La liberté d'installation du médecin et le libre choix du professionnel de santé par le patient restent garantis par la loi.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

I - LES PRINCIPES D'ACTION

L'objectif du volet ambulatoire du SROS-PRS en Languedoc-Roussillon est de dégager des priorités d'actions ciblées sur certains territoires de santé reconnus comme à risque majeur de désertification médicale dans les cinq années à venir : c'est-à-dire en premier lieu les territoires ruraux puis ensuite les zones urbaines sensibles. L'action sera resserrée sur quelques projets structurants pour le premier recours en définissant les organisations cibles permettant d'améliorer l'accès aux soins, de maintenir les professionnels de santé qui y exercent et d'attirer de nouveaux confrères.

Il s'agit d'impulser la mise en œuvre d'un exercice coordonné soit par la création d'une structure, notamment de type Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), soit par la reconnaissance de modalités d'exercice de type Pôle de Santé.

Le ciblage des actions proposées par l'ARS dans ce premier volet est conditionné par deux pré-requis incontournables :

- l'existence d'un financement mobilisable pour la réalisation du projet,
- l'émergence d'une volonté des professionnels de santé du territoire de faire évoluer, notamment pour les médecins généralistes, leur organisation vers un exercice regroupé avec l'intention d'élaborer un projet de santé pour répondre aux besoins de leur population.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

I - LES PRINCIPES D'ACTION

L'accessibilité à ces aides financières est conditionnée à une reconnaissance territoriale par l'ARS :

Les territoires vulnérables

où les aides peuvent être accordées à la structure par le biais du Comité Régional de sélection des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) en milieu rural qui permet la convergence de la totalité des aides disponibles sur le projet lorsqu'il a été reconnu comme éligible par ce comité.

Ces aides financières se composent :

- de subventions de l'Etat, des collectivités territoriales, du Conseil Régional et du Fonds Européen (FEADER) pour l'immobilier.
- d'une subvention de l'ARS pour le fonctionnement à l'ouverture de la MSP.

Les zones fragiles (ou zonage) au sein des territoires vulnérables

où des aides financières individuelles peuvent être accordées aux médecins généralistes. Les aides sont liées :

soit aux avantages conventionnels

- pour aider à l'installation et/ou au maintien du professionnel dans la zone (à risque de désertification) identifiée dans le zonage du SROS. L'aide est conditionnée à l'exercice professionnel regroupé (cabinet, maison de santé) ou en pôle de santé.

soit dans le cadre du contrat santé Solidarité territoriale

- pour les médecins exerçant en zones sur-dotées et acceptant de dégager une partie de leur temps médical (28 jours minimum/an) pour venir exercer dans les zones fragiles. Ces médecins pourront bénéficier d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge de leurs frais de déplacement.

soit dans le cadre du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

- sous forme d'aides aux étudiants en médecine ou internes sous réserve d'une installation obligatoire pendant au moins 2 ans dans une zone fragile.

soit des aides financières directement par les collectivités territoriales.

Dans ce contexte sera aussi inclus dans ce volet le zonage infirmier issu des accords conventionnels entre les syndicats et l'Assurance Maladie, relatif à l'installation des infirmiers dans les zones sur dotées ou très sous dotées.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

I - LES PRINCIPES D'ACTION

Pour le volet ambulatoire du SROS, seul le zonage a une valeur juridique. Pour le reste, les préconisations du SROS n'ont pas de valeur opposable.

Les territoires de PDS (Permanence Des Soins) ont aussi une valeur juridique et font l'objet **d'un Cahier des Charges Régional (CCR) qui doit être en cohérence avec les objectifs du SROS-PRS.**

La partie ambulatoire pourra être complétée au cours de la durée réglementaire du SROS.

Ce délai permettra de travailler avec toutes les instances concernées sur les autres chantiers prioritaires à mettre en œuvre en matière de lutte contre la désertification médicale et notamment :

l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes défavorisées ou précaires notamment dans « les zones urbaines sensibles » dans le cadre du développement de la « politique de la ville » ou dans les territoires vulnérables ruraux, toujours en lien avec le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). L'ARS accompagnera toutes les actions permettant d'améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de 1er recours, notamment en matière de dépassements d'honoraires.

- l'évolution de l'offre de soins de premier recours en exercice urbain en priorité dans les villes autour des trois grands centres urbains de la région pour les médecins mais aussi pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes pour autant que l'évolution démographique fasse émerger des besoins.
- l'accessibilité aux professionnels de santé de second recours.

Les organisations cibles qui répondent à l'ensemble des fonctions identifiées pour les soins de premier recours seront privilégiées, que ce soit sous forme :

- de Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou Pôle de Santé
- d'organisation de médecins libéraux autour d'un établissement de santé de proximité....

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

II - LES MOTIFS DU CIBLAGE RURAL

Le choix volontairement restrictif sur une priorité rurale avec un nombre limité d'objectifs finançables s'explique par la volonté de l'ARS d'une mise en œuvre effective des projets dans un délai relativement court. Ce choix pragmatique est conforté par l'état des lieux, réalisé préalablement et partagé avec les instances de démocratie sanitaire, qui a identifié les points de fragilité suivants :

Une baisse de la démographie médicale associée à un vieillissement des professionnels de santé particulièrement en milieu rurale (près de 50 % des médecins généralistes ont 55 ans ou plus en Languedoc-Roussillon).

Dans 37 bassins de vie de la région (INSEE) sur 100, la moitié des médecins généralistes ont 55 ans ou plus. Cela concerne 19 % de la population régionale et jusqu'à 44 % de la population dans le département de l'Aude.

Une ruralité du territoire, avec 74 % du territoire régional qui est situés en milieu rural hébergeant 508 300 habitants, soit presque 20 % de sa population (données INSEE 2010).

Une augmentation continue de la population régionale (taux de croissance annuel moyen de 1,3 % depuis 1999). Les projections pour 2030 prévoient une baisse de 8 % de la démographie médicale et une augmentation de la population de 30 %.

Un vieillissement important de cette population avec un taux supérieur de 3,4 points par rapport au niveau national. Plus d'un quart de la population a 60 ans ou plus (2008). La population des personnes âgées de 75 ans ou plus avec un taux régional de 10,1 % est supérieure à la moyenne des régions françaises (8,6 %). Or, cette population âgée porteuse de maladies chroniques est la population la plus consommatrice de soins réguliers et nécessite un suivi avec une prise en charge coordonnée pluriprofessionnelle pour être efficiente.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

III - LA PERMANENCE DES SOINS

Le dispositif de permanence des soins est défini dans le cahier des charges régional arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS). Il ne relève pas de la partie ambulatoire du SROS.

Pour autant l'article R. 6315-6 du Code de la Santé Publique (CSP) indique que les principes d'organisation de la Permanence Des Soins sont établis dans le respect des objectifs fixés par le SROS-PRS (Schéma Régional d'Organisation des Soins – Programme Régional de Santé). Dans le domaine de l'efficacité des soins, il convient d'orienter les patients CCMU1 ou CCMU2 qui ne relèvent pas des services d'urgences hospitalières vers les structures ou dispositifs de permanence de soins (Maison Médicale de Garde, ...) par la promotion de la régulation médicale et la présence d'infirmiers d'accueil et d'orientation sur les sites d'urgence dans les établissements de santé.

Le cahier des charges régional sera arrêté lors de la publication du SROS-PRS.

IV : LA BIOLOGIE MEDICALE

S'agissant d'accompagner la mise en œuvre de la réforme en application de l'ordonnance n. 2010-49 du 13 janvier 2010, la biologie médicale fait l'objet d'un chapitre spécifique (XIV) à la fin de ce volet.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

V - LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS)

Ce premier volet ambulatoire du SROS s'inscrit dans au moins 4 des 5 exigences opérationnelles du PSRS, à savoir :

- l'**accessibilité** aux soins et à la santé, notamment en milieu rural en luttant contre le risque de désertification médicale.
- la **qualité, l'efficacité** en favorisant la réponse aux enjeux de chronicité des maladies et de la dépendance par la promotion de l'organisation de l'offre de soins en exercice coordonné pluriprofessionnel. Cette organisation facilite l'amélioration du suivi du parcours du patient et doit permettre l'**évitabilité** (de certaines pathologies, de l'hospitalisation), ce qui est un facteur d'**efficience** et de **pertinence**.

Pour favoriser ce lien, un certain nombre de perspectives et de préconisations sont identifiées avant d'envisager le ciblage des territoires vulnérables et du zonage retenus dans ce volet

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

1 - Adapter l'accompagnement et la prise en charge de la population à l'évolution des besoins de santé.

Les patients en Affection Longue Durée (ALD) ou souffrant de maladies chroniques (hors ALD) ont des besoins de soins techniques, de soins d'entretien liés à leur pathologie et d'aide à la vie quotidienne, comme le préconise le schéma de prise en charge défini par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

L'allongement de la durée de vie se traduit par un véritable transfert épidémiologique de la maladie aigue vers la maladie chronique.

Une réponse correcte à ces besoins ne saurait se mettre en place sans développer un exercice coordonné pluriprofessionnel dans l'ensemble du territoire régional, en milieu rural comme en milieu urbain, dans les prochaines années.

Les actions à mettre en place devront :

- favoriser la prise en charge et le soutien à domicile le plus longtemps possible dans de bonnes conditions,
- anticiper l'entrée en structure d'accueil (type EHPAD) lorsqu'elle sera nécessaire,
- développer les plates-formes de service quelles qu'en soient les modalités, mais toujours dans un objectif d'améliorer la coordination des acteurs pour rendre plus efficiente la prise en charge,
- repérer les situations de fragilité pour les personnes âgées à domicile par une démarche pro-active de la part des professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, biologistes et autres) en lien avec les travailleurs sociaux. Il s'agit d'alerter sur les situations de rupture, d'isolement social ou d'analyser l'émergence des limites au maintien à domicile.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

2 – Encourager le regroupement des professionnels de santé

Quelles qu'en soient les modalités, il faudra rechercher la mise en œuvre d'un exercice pluriprofessionnel coordonné de la médecine et développer l'évolution des pratiques professionnelles des infirmiers et des pharmaciens d'officine prévue par les nouveaux outils réglementaires (coopération interprofessionnelle : art. 51 – loi Hôpital Patients Santé Territoire HPST du 21 juillet 2009 ; missions des pharmaciens d'officine correspondants art. R. 5125-33-5 CSP).

Le regroupement des officines, notamment en milieu rural, lors de la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), ou en zone urbaine en cas de surnombre, devra être recommandé en lien avec les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) concernées.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI -LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

3 – Attirer et fidéliser les professionnels de santé sur un territoire ciblé pour lutter contre le risque de désertification médicale

Par les incitations financières conventionnelles et non conventionnelles.

Par la promotion du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) aux étudiants ou internes en médecine (Art. 46 - loi HPST du 21 juillet 2009, décret 2010-735 du 29 juin 2010).

Par une politique concertée avec les élus pour développer les terrains de stage pour les étudiants en médecine, en lien avec le département de Médecine Générale de la faculté, le Collège Régional des Généralistes Enseignants (CRGE) et l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux (URPS-Médecins) par la promotion de la « maîtrise de stage » chez les médecins généralistes, notamment en territoire rural défavorisé, voire en zone urbaine sensible.

Grace à la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) mise en place au sein de l'ARS le 1er juillet 2011 (Art. L. 1431-2 du CSP).

Par une aide aux médecins généralistes ruraux pour maintenir la continuité des soins et/ou la permanence des soins à partir des médecins exerçant en zone urbaine ou périurbaine et par la promotion du Contrat Santé Solidarité Territoriale. Ce dispositif devra être géré par des structures de coordination professionnelles.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

4 – Développer les articulations ville – hôpital (1)

L'évolution vers une plus grande organisation des soins de proximité doit permettre de décentrer en partie le système de soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, de la médecine vers la prévention.

Cette évolution devra s'exprimer au travers d'un certain nombre d'actions particulièrement prioritaires et emblématiques, notamment dans encourageant la **coopération formalisée entre tous les acteurs**.

Ainsi le **Cahier des Charges Régional de la Permanence Des Soins** (décret n. 2010-809 du 13 juillet 2010) devra consolider la régulation libérale au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) des SAMU par une collaboration plus étroite entre les médecins libéraux et hospitaliers ciblés sur les horaires les plus pertinents de la Permanence Des Soins.

Les professionnels de santé de proximité devront être sensibilisés au développement de **l'Hospitalisation à Domicile (HAD)**, traduisant une réponse graduée aux besoins du patient dans son parcours de soins. Elle est délivrée à domicile, en lien étroit avec le médecin traitant (prescription de la prestation) et les autres professionnels de santé, notamment infirmiers et kinésithérapeutes, en collaboration avec les structures sociales, les dispositifs d'aide de vie à domicile et l'implication des aidants familiaux ou autres. Cette réponse graduée donne toute sa pertinence et sa place à la prise en charge médico-sociale par les Services Infirmiers de Soins à Domicile (SSIAD).

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficiencie du système de soins, il faudra :

4 - Développer les articulations ville - hôpital (2)

Une réflexion approfondie doit aboutir à une **évolution majeure de la structuration des réseaux de santé** et du contenu de leurs missions pour optimiser la relation Ville - Hôpital.

L'évolution devra se faire vers 2 types de réseaux de santé :

- les réseaux thématiques experts régionaux dont le rôle de coordination sera centré sur les structures et dispositifs concernés et qui auront en charge des missions de formation et d'information, notamment par la diffusion des référentiels de bonnes pratiques et d'avis éventuellement experts en lien avec les structures hospitalières universitaires ou non.
- les réseaux polyvalents de proximité mutualisant le savoir-faire des réseaux gérontologiques, soins palliatifs, cancérologie, maladies chroniques et autres. Ils devront coordonner autour du patient l'ensemble des acteurs de proximité médicaux, paramédicaux, sociaux et également apporter la compétence non mobilisable localement. Dans le cadre du parcours de santé, ils devront apporter une dimension de coordination et d'accompagnement à partir du répertoire opérationnel des ressources local.

Les **nouvelles technologies de l'information et de la communication** doivent entrer aujourd'hui dans la pratique de chacun des acteurs de la santé participant aux réseaux en lien avec les conclusions attendues en 2012 des travaux en cours entre l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé) et l'Union Nationale des Réseaux de santé (UNR) autour du Dossier Médical Personnel (DMP).

Le développement de ces systèmes d'information et leur utilisation seront des vecteurs d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la relation Ville - Hôpital en matière d'anticipation des situations à risque, des sorties d'hospitalisation en lien avec le secteur ambulatoire, médico-social ou social.

Ces réseaux, notamment de proximité, peuvent participer aux plateformes de service en coopération avec les autres dispositifs de proximité (CLIC, MDA, MDPH) afin de mieux organiser les sorties d'hospitalisation voire d'éviter les séjours hospitaliers notamment pour les personnes âgées avec les risques de rupture dans leur parcours de vie inhérents à ces situations de crise.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

4 – Développer les articulations ville – hôpital (3)

Développer un **Projet Médical de Territoire (PMT)** est un moyen aussi pour assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital en permettant d'offrir à la population de ce territoire un véritable parcours de soins gradué. Ce projet devra s'intégrer dans un projet de santé territorial plus large et plus global.

Ce projet nécessite l'implication et la nécessaire collaboration entre tous les acteurs de proximité quel que soit leur domaine d'intervention, afin de prévenir la perte d'autonomie et d'améliorer l'efficience de la prise en charge. Il doit optimiser le parcours de soins des personnes âgées, en favorisant le maintien à domicile, en évitant les transferts non justifiés entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment aux horaires de Permanence Des Soins (PDS).

L'aide aux aidants doit être une priorité pour les acteurs de proximité, avec le développement des séjours de répit et par la mise en œuvre d'une coordination Ville – Hôpital efficiente.

Toutes les initiatives qui viseront à améliorer la relation, dans le cadre de la dispensation du médicament, entre les pharmacies à usage intérieur, les prescripteurs hospitaliers et les pharmacies d'officine devront être encouragées et accompagnées.

Cela peut concerner notamment la promotion du Dossier Pharmaceutique au sein de l'hôpital ou tout autre dispositif qui serait en capacité d'améliorer la coopération entre les deux secteurs lorsque les patients sortent des établissements de santé.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficiencce du système de soins, il faudra :

5 - Améliorer le transport des usagers du système de soin (1)

La mobilité des professionnels de santé ne peut plus être la seule réponse à l'accès aux soins dans les territoires isolés et défavorisés ou dans les situations sociales et familiales difficiles. La mise en œuvre d'une politique des transports cohérente est une priorité pour permettre l'accessibilité aux soins notamment de premier recours quelque soit la situation géographique et personnelle des patients sur le territoire et à tout moment (horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de la permanence des soins (PDS)).

La pression de la démographie médicale, la restructuration de la permanence des soins, la croissance de la demande, la concentration des plateaux techniques imposent d'améliorer l'efficiencce du dispositif et d'innover en matière de transports dans le respect des contraintes économiques actuelles dans le domaine de la santé.

Cette politique sera mise en œuvre en lien avec les partenaires susceptibles d'intervenir dans le cadre du **programme régional de la gestion du risque sur les transports sanitaires ou dans le contexte des contrats locaux de santé.**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS :

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

5 – Améliorer le transport des usagers du système de soin (2)

3 axes d'actions seront à l'explorer :

Réorganiser l'offre de transports sanitaires.

Une évolution du fonctionnement des entreprises de transports sanitaires est nécessaire au regard du contexte économique du système de santé.

Cette réforme devra associer autant les entreprises d'ambulances que les taxis, les établissements de santé publics et privés et les caisses d'Assurance Maladie notamment dans le cadre de l'urgence pré hospitalière, les sorties d'hospitalisation et les transports partagés.

Déplacer le patient plutôt que l'acteur de soins.

En lien avec les collectivités territoriales, en milieu rural comme urbain, il s'agira de promouvoir des modes de transports collectifs ou individuels optimisés aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux réservés à une population identifiée sur des critères médico-sociaux et d'isolement afin de favoriser l'accessibilité aux soins des ces personnes et d'économiser le temps médical.

Aux horaires de permanence de soins (PDS) : il s'agira :

1) **d'expérimenter le transport aller / retour du patient vers le point fixe de consultation** sur certain territoire en lien avec différents partenaires (Conseil Général, collectivité locale, CPAM, professionnels de transport).

Ce dispositif devra être obligatoirement régulé par le centre 15 et s'adresser prioritairement aux patients qui sont démunis de moyens de transport. La population ciblée sera éligible pour des problèmes de santé et/ou de dépendances, associés à des raisons sociales ou familiales.

2) **de promouvoir à titre expérimental les transports de l'effecteur vers le patient pour les visites dites « incompressibles »** après régulation par le centre 15 dans les territoires particulièrement étendus notamment en nuit profonde.

Les modalités de ces 2 expérimentations devront être définies dans le **cahier des charges régional de la PDS.**

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficiencce du système de soins, il faudra :

6 - Développer les technologies de l'information et de la communication (1)

Forme de pratique médicale à distance dans un processus dématérialisé, la télémédecine (art 78 de la loi HPST modifiant l'article L 6316-1 du CSP et décret n. 2010-1229 du 19 octobre 2010) identifie cinq types d'actes médicaux :

la télé consultation

la télé expertise

la télé surveillance médicale

la télé assistance médicale

et la réponse médicale apportée dans le cadre de la **régulation médicale**. C'est un des outils essentiel pour développer un projet médical de territoire.

Il faudra identifier sa place en définissant pour les patients :

- un parcours de soins gradués entre les établissements de proximité et de recours, entre les professionnels de santé exerçant au sein des structures ou dispositifs de premier recours et les professionnels médicaux spécialistes libéraux ou d'exercice public.
- une continuité des soins entre le domicile et les structures de soins de premier, comme de second recours.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficacité du système de soins, il faudra :

6 - Développer les technologies de l'information et de la communication (2)

La télémédecine est un outil au service d'objectifs généraux de santé que sont la réduction des inégalités, l'amélioration de la qualité des pratiques et l'efficacité du système de santé, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques.

Deux types de télémédecine doivent être développés

- la **télémédecine d'accessibilité aux soins qui est une réponse de proximité,**
- la **télémédecine de recours qui est une réponse de type expertale.**

Par ailleurs, le développement des systèmes d'informations permettra :

- d'assurer la synthèse médicale du dossier patient (Art 36 de la loi HPST),
- de partager l'information et mieux assurer la coordination des soins (loi du 10 août 2011),
- de produire des données cliniques et épidémiologiques utiles pour l'évaluation des pratiques professionnelles, les audits, la recherche clinique en lien avec les avantages conventionnels des médecins tel que le paiement à la performance,
- d'améliorer l'accessibilité aux soins par le recours systématique à la télétransmission dans la relation avec les caisses d'assurance maladie.

Au-delà de la télémédecine, d'autres axes de la « e-santé » seront à développer, notamment le « e-learning » avec en particulier la formation et le développement des pratiques professionnelles, l'information et l'éducation thérapeutique du patient ainsi que les technologies concourant à prolonger le maintien à domicile et retarder le passage en établissement.

Le développement de la télémédecine reste cependant aujourd'hui dépendant de la mise en place d'un modèle économique pour pouvoir le déployer.

Le développement de la télémédecine et ses priorités seront arrêtés dans le programme télémédecine du projet régional de santé (PRS) en fonction des caractéristiques régionales et des particularités locales, sachant que les priorités nationales sont d'abord axées sur l'imagerie notamment dans le cadre de la PDS, de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de la santé des détenus.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficiencence du système de soins, il faudra :

7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (1)

La féminisation du corps (70 % chez les moins de 35 ans), la non-attractivité de la médecine générale (moins de 10 % des choix), l'attractivité du salariat pour les jeunes générations imposent un changement dans l'organisation de la médecine générale pour mieux répondre aux besoins de la population dans une prise en charge plus globale du patient.

La promotion des structures ou des modalités d'exercice coordonné pluriprofessionnel de la médecine, par l'ensemble des professionnels de santé et leurs représentants notamment les universitaires, constitue une des réponses possibles à ces nouveaux enjeux notamment en milieu rural dès aujourd'hui, mais aussi probablement en milieu urbain dès demain.

Ce type d'organisation et de partenariat permet d'optimiser et de maîtriser le temps de travail, de mieux répondre à l'évolution des missions de la médecine générale vers la coordination du parcours du patient et le relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé).

La nouvelle convention nationale des médecins priorise d'ailleurs l'exercice en groupe (cabinet de groupe et MSP,...) ou en pôle de santé en accordant des incitations financières à l'installation et au maintien des médecins dans les territoires reconnus à risque de désertification médicale afin de maintenir une accessibilité aux soins.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficience du système de soins, il faudra :

7 - Impliquer la médecine générale universitaire en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (2)

Le rôle du Département de Médecine Générale de la Faculté et du Collège Régional des Généralistes Enseignants est de :

- développer les stages d'internes en médecine générale, notamment en milieu rural, et de les superviser,
- informer les étudiants et les internes en médecine de l'existence du CESP (Contrat d'Engagement de Service Public),
- démarcher les médecins généralistes pour les inciter à devenir maître de stage,
- promouvoir auprès des médecins l'évaluation des bonnes pratiques.

La médecine générale universitaire a pour vocation de promouvoir auprès des étudiants et autres confrères l'utilisation de la **Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)** mise en ligne sur le site de l'ARS.

Enfin, il est dans leurs missions d'impulser la **recherche clinique en médecine générale** par le recueil et l'exploitation des données cliniques issues du premier recours à des fins épidémiologiques ou bien dans le cadre de l'évaluation des pratiques ou de l'efficience organisationnelle pour en dégager des marges d'amélioration.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

VI - LES PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Afin d'améliorer l'efficacité du système de soins, il faudra :

8 - Promouvoir la coordination du parcours de santé

En créant de nouvelles formes d'organisation de l'offre de soins et en innovant de manière durable sur les nouveaux modes de rémunérations, sur les **coopérations interprofessionnelles**, sur les actions de santé publique et de prévention, sur les nouveaux métiers émergeant notamment pour les pharmacies d'officine dans le suivi du patient à la sortie de l'hospitalisation (Art L. 1111-2 du CSP) ou dans le suivi de la maladie chronique.(art. R. 5125-33-5 du CSP).

En favorisant l'accès aux soins et l'ouverture des droits aux populations les plus défavorisées en lien avec les structures sociales ou médico-sociales comme prévu dans le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) du Languedoc-Roussillon.

En développant la filière transversale de prise en charge centrée sur une approche populationnelle en lien avec le Schéma Régional de la Prévention :

- chez les enfants :
 - par la politique de vaccination et de lutte contre l'obésité
- chez les adolescents et les adultes jeunes :
 - par la promotion de la contraception et la prévention de l'IVG
 - par la lutte contre les addictions
- chez les personnes âgées :
 - par la prévention et le suivi des maladies chroniques
 - par le développement d'une politique d'aide aux aidants en lien avec toutes les institutions intervenants (collectivités territoriales, CARSAT)

en lien avec tous les acteurs de santé de proximité et les réseaux de santé restructurés.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

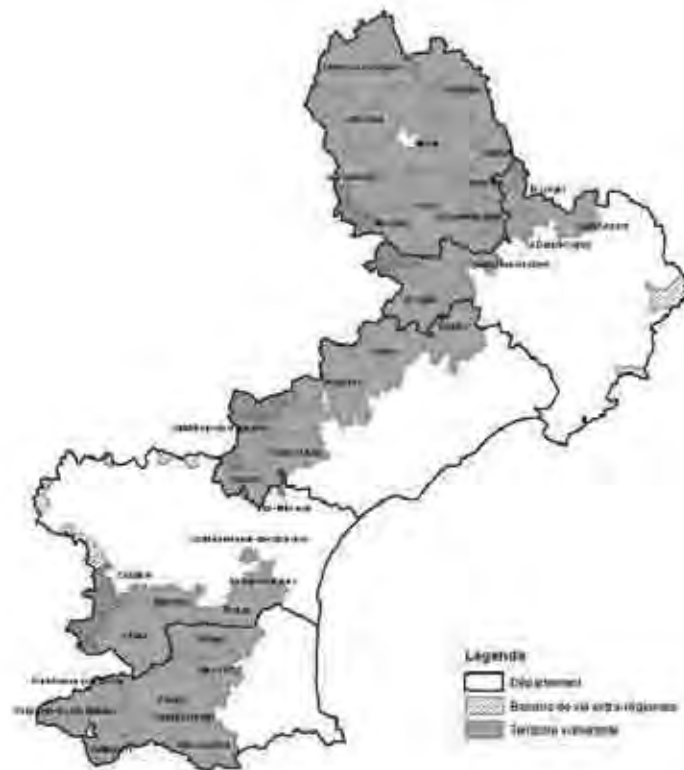
LANGUEDOC-ROUSSILLON

VII - LES TERRITOIRES VULNERABLES

Les territoires ont été sélectionnés à partir d'une classification ascendante hiérarchique basée sur des critères liés à la démographie, des critères liés à l'offre de soins et des critères socio-économiques (cf. méthodologie d'analyse en annexe).

Ils ont également été sélectionnés sur des critères qualitatifs notamment sur la base de l'émergence de projets de santé portés par les professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné pluri-professionnel.

Ces territoires sont éligibles aux aides financières éventuelles à la structure (MSP) en cas d'exercice coordonné. Il s'agit des financements ARS, Etat, Région, Collectivités territoriales en lien avec le Comité régional de sélection des projets de MSP en milieu rural.



LISTE DES TERRITOIRES VULNÉRABLES

- Aude

BV d'Espérazza
 BV de Quillan
 BSI de Tuchan
 BSI de Belcaire
 BSI de Chalabre
 BSI de Durban-Corbières
 Commune de Bize-Minervois
 Commune de Comus
 Commune de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse
 -> soit 24 244 habitants

- Gard

BV de Bessèges
 BV de Génolhac
 BV de La-Grand-Combe
 BV de Saint-Ambroix
 BV de Saint-Jean-du-Gard
 BV du Vigan
 Communes de Revens, Lanuéjols, Trèves, St Sauveur Camprieu, Causse-Bégon et Malons et Elze
 -> soit 53 890 habitants

- Hérault

BV de Bédarieux
 BV de Ganges
 BV de Lodève
 BV d'Olonzac
 BV de Saint-Chinian
 BV de Saint-Pons-de-Thomières
 Communes de Ferrals-les-montagnes, La Salvetat-sur-Agout, Fraisse-sur-Agout et Cambon-et-Salvergues
 -> soit 73 405 habitants

- Lozère

BV de la Canourgue
 BV de Florac
 BV de Langogne
 BV de Marvejols
 BV de Mende (hors commune de Mende)
 BV de Meyrueis
 BV de Saint-Chély-D'Apcher
 BV de Villefort
 BSI du Collet-de-Dèze
 Communes de Saint-Martin-de-Boubaux, Vialas, Saint-Maurice-de-Ventalon, Saint-André-de-Lancize et Saint-Germain-de-Calberte
 Communes de Saint-Pierre-des-Tripiers, Rozier, Vignes, Saint-Rome-de-Dolan, Masegros et Recous
 -> soit 64 026 habitants

- Pyrénées-Orientales

BV d'Arles-sur-Tech
 BV de Bourg-Madame
 BV d'Estagel
 BV de Font-Romeu-Odeillo-Via
 BV Ille-sur-Têt
 BV de Prades
 BV de Saillagouse
 BV de Vernet-les-Bains
 -> soit 59 791 habitants

TOTAL habitants en TV = 275 356 habitants
 soit 10.64 % LR (2 587 500 habitants)
 soit 54,17 % de la population rurale LR (508 300 habitants)

(Données INSEE 2008)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

VIII – AU SEIN DES TERRITOIRES VULNERABLES : LE ZONAGE

Afin de tenir compte des inégalités de répartition des médecins et de garantir une équité entre les régions, il a fallu limiter le volume de la population vivant dans les zones retenues. En effet, ce volume ne peut excéder un pourcentage de la population régionale calculé en référence à l'indicateur de densité relevé dans le CPOM Etat ARS (part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure à au moins 30 % de la moyenne nationale soit 1.6% de la population régionale).

En Languedoc-Roussillon, compte tenu d'autres facteurs (notamment l'âge des médecins) ce taux est de 2,19 % (cf. arrêté à venir prévu à l'article L. 1434-7 CSP) ce qui s'est traduit par une valeur pour l'indicateur de zonage de 56 597 habitants au maximum.

Le périmètre géographique tient compte d'un découpage reconnu par l'INSEE. En Languedoc-Roussillon compte tenu de la contrainte explicitée ci-dessus, ce sont la **commune** ou le **bassin de service** intermédiaire (BSI) qui ont été retenus.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LE ZONAGE : LES 30 COMMUNES RETENUES EN 2011

Les 30 communes sont déterminées par l'ARS autour des points d'implantation prioritairement identifiés pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural au sein des territoires vulnérables.



© Insee - INSEE 1995, 2002, 2006, Direction Médicale (2006), Studio 2441, Insee
 République - COSEB (AR) CR, version 2011
 Données collectées : Réseau COSEB / DDEA

LISTE DES 30 COMMUNES CONCERNÉES PAR LE ZONAGE

Aude

Axat (BV de Quillan)

Belcaire (BSI de Belcaire)

Bize-Minervois (Commune)

Chalabre (BSI de Chalabre)

Durban-Corbières (BSI de Durban-Corbières)

Pépieux (BV d'Olonzac)

Quillan (BV de Quillan)

Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse (Commune)

Tuchan (BSI de Tuchan)

-> soit 9 953 habitants

Gard

Bessèges (BV de Bessèges)

Le Vigan (BV du Vigan)

Saint-Ambroix (BV de Saint-Ambroix)

Saint-Jean-du-Gard (BV de Saint-Jean-du-Gard)

-> soit 13 297 habitants

Hérault

Le Bousquet-d'Orb (BV de Bédarieux)

Olonzac (BV d'Olonzac)

Saint-Chinian (BV de Saint-Chinian)

Saint-Pons-de-Thomières (BV de Saint-Pons-de-Thomières)

-> soit 7 201 habitants

Lozère

La Canourgue (BV de la Canourgue)

Le Collet-de-Dèze (BSI du Collet-de-Dèze)

Florac (BV de Florac)

Langogne (BV de Langogne)

Meyrueis (BV de Meyrueis)

Saint-Chély-D'Apcher (BV de Saint-Chély-D'Apcher)

-> soit 13 165 habitants

Pyrénées-Orientales

Arles-sur-Tech (BV d'Arles-sur-Tech)

Bourg Madame (BV de Bourg Madame)

Estagel (BV d'Estagel)

Font-Romeu-Odeillo-Via (BV de Font-Romeu-Odeillo-Via)

Latour-de-France (BV d'Estagel)

Les Angles (BV de Font-Romeu-Odeillo-Via)

Saint-Paul-de-Fenouillet (BV d'Estagel)

-> soit 11 390 habitants

Total régional : 55 006 habitants
(Données INSEE 2008)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

Démographie : Une région bien pourvue notamment en exercice libéral

Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), l'effectif des infirmiers (ères) s'élevait, en France au 1er janvier 2010, à 520 000 personnes (source Adeli), avec une densité de 800 infirmiers pour 100 000 habitants. C'est la population des professionnels de santé la plus nombreuse par rapport aux médecins (212 000), aux pharmaciens (75 000) et aux masseurs kinésithérapeutes (71 000).

La population des infirmiers a presque doublé en 20 ans (x1,7) avec un taux moyen de croissance de 2.6% par an, qui s'est accéléré à 3.1% depuis 2000 avec une forte augmentation des diplômés (52%) entre 2000 et 2005. Les prévisions de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) évaluent à 658 000 le nombre d'infirmiers en 2030, avec un ralentissement du taux de croissance qui passerait de 1.6% en 2010/2011 à 1% en 2026.

C'est une population de professionnels de santé :
très majoritairement féminine (88% des effectifs)
travaillant principalement à l'hôpital public (49% des effectifs)
relativement jeune (âge moyen 40,2 ans).

La répartition se fait de manière suivante :
15% de libéraux ;
71% de salariés hospitaliers (privé / public)
14% de salariés non hospitaliers.

Mais on constate une répartition inter-régionale libérale très inégale avec une densité régionale variant d'un facteur de 1 à 5 en 2010, attendue de 1 à 2 en 2030.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

IX - LES INFIRMIER(E)S EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

Les points forts

Le Languedoc Roussillon en 2010 dispose d'une **densité supérieure à la moyenne nationale** soit 826 infirmiers pour 100 000 habitants.

La densité du département de l'Aude est inférieure à la moyenne régionale avec 732 infirmiers / 100 000 habitants.

Les infirmiers libéraux en LR (plus de 6000 professionnels avec une moyenne d'âge de 44 ans) représentent 28 % de la profession (contre 15 % au niveau national) avec une densité de 243 pour 100 000 habitants, soit le double de la densité nationale.

L'augmentation de l'installation en libéral a été supérieure à 38% de 2005 à 2010.

La DREES prévoit en 2030 que la région restera parmi les mieux dotées comme en 2011.

Les infirmiers libéraux assurent :

un maillage organisé du territoire avec un exercice majoritairement regroupé, pour dispenser les actes de soins, le suivi, la surveillance et l'éducation des patients chroniques à domicile (93 % des actes).

une collaboration avec les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et l'HAD (hospitalisation à domicile).

la continuité des soins 7 jours sur 7, 365 jours par an.

Les Centres de Santé Infirmiers (CSI)

sont au nombre de 9 en Languedoc Roussillon, en majorité en Lozère et absents dans l'Aude.

Les Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

ont un taux d'équipement de 17,9 places pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, légèrement supérieur au taux national (France 17,4 places).

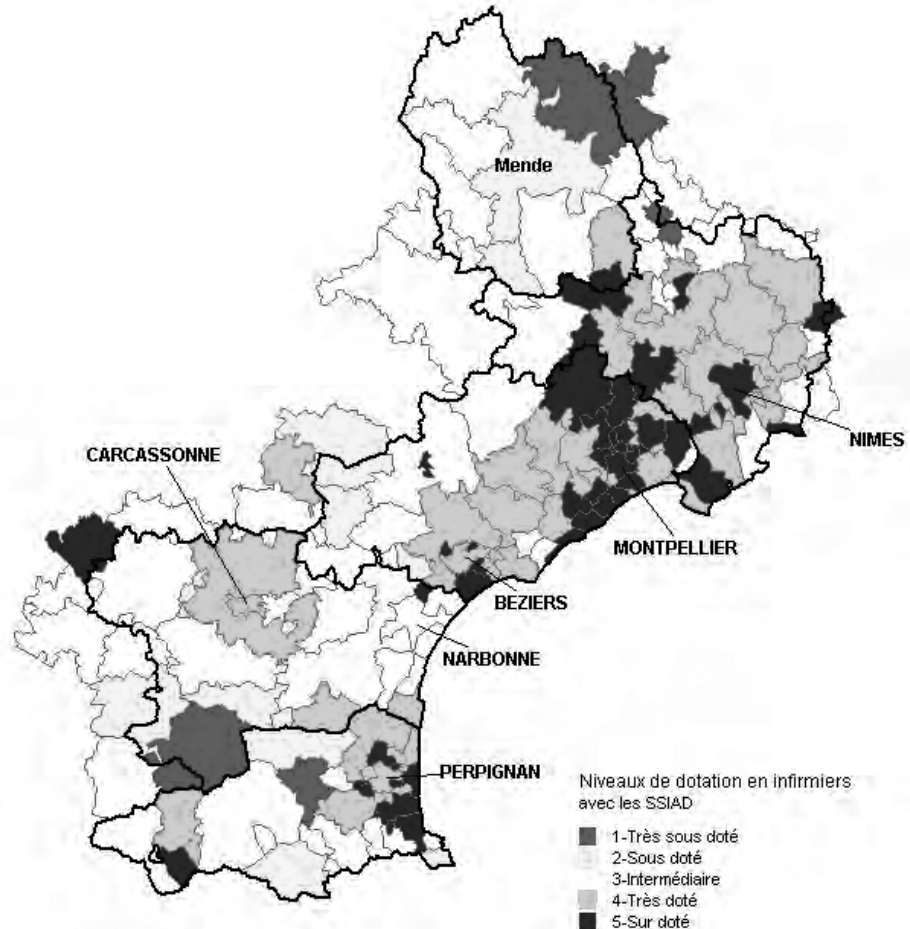
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

Zonage infirmier

En application des dispositions de l'avenant n.3 de la convention nationale des infirmiers libéraux relative à la régulation démographique, le zonage infirmier fera l'objet en temps utiles et après concertation règlementaire, d'un arrêté spécifique qui prendra effet seulement le 26 mai 2012 pour être en conformité avec les accords conventionnels.

Dans l'attente, le zonage infirmier 2008 issu de l'application de l'avenant n.1 de la convention nationale des infirmiers libéraux reste applicable jusqu'au 25 mai 2012.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS



Zonage infirmier 2008
applicable jusqu'au 25
mai 2012

La réflexion devra intégrer rapidement :

- le développement des nouveaux métiers de la santé autour des compétences accrues (rapport Hénart - février 2011) qui devrait impacter les infirmiers.
- la coopération avec l'URPS infirmiers mise en place depuis 2011
- la problématique des Conseils de l'Ordre Infirmiers

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

X - LES PRECONISATIONS OPERATIONNELLES DU PSRS

- Accessibilité aux soins et à la prévention

- o sur la démographie des professionnels : *stages d'internat et subsidiarité des métiers autour du patient* (n.1)
- o sur la désertification médicale : *territoires vulnérables et zones fragiles* (n.2)
- o sur la permanence des soins : *cahier des charges régional* (n.3)
- o sur la médecine d'urgence : *médecins correspondants SAMU* (n.4)
- o sur l'accessibilité financière (n.5)
- o sur l'accessibilité des populations les plus démunies : *lien avec le PRAPS* (n.6)
- o sur la gestion solidaire des territoires : *médecin urbain / médecin rural* (n.20)
- o sur le désenclavement de certains territoires : *transport et télésanté* (n.21)

- Evitabilité

- o parcours de santé, sortie anticipée d'hospitalisation, relation ville-hôpital (n.15)

- Pertinence et performance

- o coordination des acteurs (n.12)
- o plate-forme de services (n.13)
- o coopération des acteurs (n.25)

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

XI - EVALUATION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

La réalisation des projets prioritaires identifiés (développement des Maisons de santé Pluriprofessionnelles ou des pôles de santé) dans les territoires vulnérables ou le zonage est le principal critère d'évaluation sur la durée du SROS.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LANGUEDOC-ROUSSILLON

XII - GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP-Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
BSI : Bassin de Service Intermédiaire
BV : Bassin de Vie
C et V : Consultations et Visites
CARSAT : Caisse Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCR : Cahier des Charges Régional
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CPOM : Contrat Pluriannuel de Moyens
CRRA : Centre de Réceptions et de Régulations des Appels
CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants
CSI : Centre de Soins Infirmiers
CSP : Code de Santé Publique
DMP : Dossier Médical Personnel
DG ARS : Directeur Général de l'ARS
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
FEADER : Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural

HAD : Hospitalisation à Domicile.
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
HPST : Hôpital, Patients, Santé Territoire
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LR : Languedoc-Roussillon
MDA : Maison Départementale des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PAPS : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé
PDS : Permanence Des Soins
PMT : Projet Médical de Territoire
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
PS : Professionnels de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SROS-PRS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé
UNR : Union Nationale des Réseaux de santé
ZUP : Zone Urbaine Prioritaire
ZUS : Zone Urbaine Sensible

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

PREAMBULE :

La biologie médicale constitue un levier incontournable pour améliorer le parcours de soins. Elle a un impact au travers de son organisation et de la prise en charge sur les deux volets du SROS-PRS : **le volet ambulatoire et volet hospitalier**. L'article R. 1434-4 (2.) du code de la santé publique positionne **la biologie médicale dans la partie relative à l'offre sanitaire du SROS***. En outre, comme le précise l'article L. 1434-9, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut s'opposer à l'ouverture d'un **LBM*** ou d'un site de LBM, en fonction des objectifs de l'offre de soins relatif au volet hospitalier.

L'examen de biologie médicale est un acte médical déterminant notamment pour le diagnostic de la majorité des pathologies (environ 60 % des diagnostics) pour leur suivi et celui de leur thérapeutique.

La biologie médicale est intégrée pour la première fois dans cette approche transversale.

* **SROS** : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

* **LBM** : Laboratoire de Biologie Médicale.

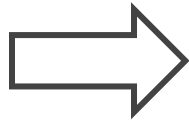
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII – LA BIOLOGIE MEDICALE

Le socle de cette discipline est l'examen de biologie médicale qui concourt aussi par définition à la prévention, au dépistage. Il se déroule en **3 phases** :

La phase pré-analytique

comprenant : le recueil des éléments cliniques pertinents contenus dans la prescription, le prélèvement de l'échantillon (ex : tube de sang, écouvillon,...) sa préparation, son transport, sa conservation jusqu'à l'endroit où il est analysé.



La phase analytique : processus technique permettant l'obtention d'un résultat.



La phase post analytique : validation d'un résultat, interprétation contextuelle, communication au prescripteur et au patient dans un délai compatible avec l'état de l'art.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

XIII - LA BIOLOGIE MEDICALE :

Les objectifs définis dans les orientations sont au nombre de trois, et doivent être déclinés au niveau régional :

Object 1 :

L'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale, avec des objectifs d'efficacité et de qualité des pratiques (accréditation, ...)

Objectif 2 :

La fixation des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

Objectif 3 :

Les évolutions prévisibles de l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

1- LA REFORME DE LA BIOLOGIE MEDICALE : PRINCIPAUX OBJECTIFS POURSUIVIS

La réforme de la biologie médicale a été inscrite dans l'article 69 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST ».

Cette réforme est portée par l'**ordonnance n. 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale**. Ce texte vise notamment à améliorer et à garantir la fiabilité des examens de biologie médicale notamment en mettant en place une **procédure d'accréditation** qui est pour les LBM une nouvelle modalité de preuve de la qualité et des conditions de suivi permanent de cette qualité. Cette accréditation est rendue obligatoire pour tous les LBM et pour tous les examens qu'ils réalisent à échéance du **31 octobre 2016** avec une preuve d'entrée dans la démarche dès le **01 novembre 2013**.

L'**amélioration de l'accessibilité** de ces examens et de **leur efficacité** est également inscrite dans cette loi. Ce texte donne par ailleurs la possibilité aux laboratoires de se regrouper pour devenir des structures multi-sites avec des sites ouverts ou non au public. L'entrée dans le processus d'accréditation est notamment favorisée par la mise en commun de moyens.

L'ordonnance du 13 janvier 2010 a également mis en place des **règles prudentielles** permettant au directeur général de l'agence régionale de santé de s'opposer sous certaines conditions à l'ouverture d'un LBM ou d'un site de LBM à une opération d'acquisition ou à une opération de fusion de LBM.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

2- MISE EN PLACE DE L'ACCREDITATION

A ce jour, en Languedoc-Roussillon, sept laboratoires sont entrés dans la démarche d'accréditation, ou sont accrédités en totalité ou en partie (source COFRAC*) soit environ 6 % des **115** LBM recensés. Ce nombre peut évoluer avec les créations de laboratoires multi-sites dans l'avenir. Dans le cadre du **processus d'accréditation prévu par l'article 8 de l'ordonnance du 13 janvier 2010**, les LBM devront justifier au plus tard au **01 novembre 2013** de leur entrée effective dans la démarche et dans les conditions définies par **l'arrêté du 14 décembre 2010**.

A défaut, le laboratoire ne pourra plus fonctionner.

Les délais relativement courts imposés à ce jour par la réglementation nécessitent que **la démarche complexe de l'accréditation soit initiée et développée le plus tôt possible par les LBM.**

Les actions à mettre en place ont pour objectif de favoriser l'entrée la plus précoce possible des laboratoires de biologie médicale dans la démarche d'accréditation en :

- organisant des rencontres régionales sur l'accréditation afin notamment de faciliter les échanges entre professionnels et capitaliser les retours d'expérience ;
- facilitant l'accès à l'information des professionnels sur ce thème.

Une bilan périodique de l'entrée des structures dans la démarche d'accréditation, en lien avec le COFRAC* et tout autre instance concernée devrait permettre de suivre cette évolution et d'identifier le cas échéant les structures en difficulté.

* COFRAC : COmité FRançais d'ACcréditation

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

3 - L'EFFICIENCE : DIAGNOSTIC PORTANT SUR LA CONSOMMATION

Champ : actes remboursés, hors activité des établissements de santé, Régime général et SLM* (84 % de la population)

	Nombre d'examens		Taux d'évolution 2008/2010		Nombre d'examens/personne		Ecart à la moyenne nationale	
	2008	2010	du nombre d'examens	corrige de l'évolution de la population	2008	2010	brut	après standardisation sur l'âge et le sexe
Aude	2 281 342	2 524 636	10,7%	8,4%	8,7	9,4	25 %	9,1%
Gard	4 609 269	5 000 558	8,5%	6,8%	8,2	8,7	15 %	9,4%
Hérault	7 032 328	7 761 984	10,4%	7,3%	7,9	8,4	12 %	7,0%
Lozère	417 109	479 639	15,0%	14,0%	7,7	8,8	17 %	7,8%
Pyrénées-O.	2 985 129	3 247 656	8,8%	7,3%	8,3	8,9	18 %	7,3%
Languedoc-Roussillon	17 325 177	19 014 473	9,8%	7,5%	8,1	8,7	16 %	8,0%
France	397 295 292	433 053 463	9,0%	7,3%	7,0	7,5		

La région connaît une consommation nettement supérieure à la moyenne nationale pour l'ensemble de ses territoires, expliquée pour moitié par la structure de la population.

Sources : SNIIRAM (TBSB) / RNIAM : champ Régime Général

Exploitation ARS/DG-COSAD - juin 2011

*SLM : Section Locale Mutualiste

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 1 : L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

3 - L'EFFICIENCE : PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS

Une consommation d'actes supérieure à la moyenne nationale peut trouver en partie son origine dans des stratégies de prescription peu adaptées au cas clinique, des doublons etc...

Le partage et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques par les prescripteurs pour une bonne adéquation et la maîtrise des examens de biologie est un objectif régional

Les actions à mettre en place pour favoriser ce partage et cette appropriation sont :

- une identification des examens les plus prescrits et/ou les plus coûteux qui sont supérieurs à la moyenne nationale.
- un ciblage des recommandations pratiques existantes à diffuser en priorité.

Un groupe de travail à constituer sera chargé de ces études.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS* novembre 2011)



	LBM Privés (FINESS 2011)	LBM en établissements de santé publics et privés	Total LBM
Aude	14	2	16
Gard	27	3	30
Hérault	38	4	42
Lozère	3	1	4
PO	21	2	23
Région	103	12	115

On note une prédominance des laboratoires de biologie médicale privés (91%). La majorité des sites ouverts au public est positionnée sur la bande littorale. Les implantations sont plus dispersées en zone rurale.

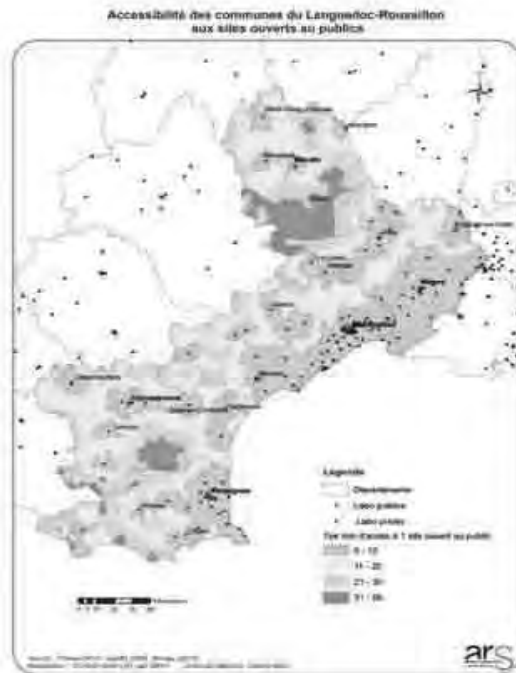
* FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



L'objectif de cette représentation cartographique est de permettre l'identification des zones les plus éloignées des LBM ; les valeurs de référence pour établir les catégories de temps d'accès sont indicatives.

Ont été pris en compte dans cette méthodologie :

- Les sites ouverts au public des départements limitrophes ;
- Le temps d'accès depuis la mairie jusqu'au site ouvert le plus proche ;
- Le nombre de biologistes pharmaciens extrait du répertoire partagé des professionnels de santé ;
- Le nombre de biologistes médecins extrait du répertoire ADELI*.
- Le nombre de médecins et infirmier(e)s issu de Carto santé.

Seul le département de l'Hérault ne comporte pas de secteurs constitués de communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM, ce qui n'est pas le cas des 4 autres départements de la région.

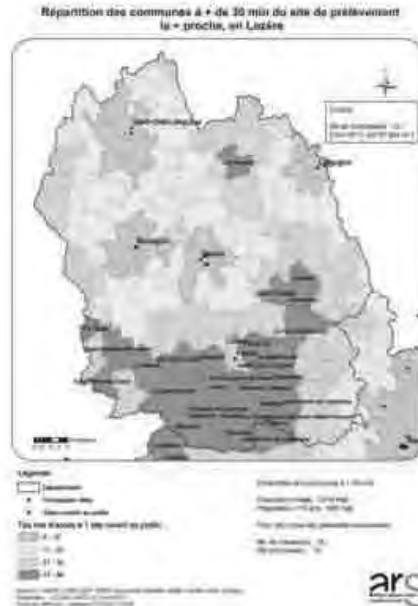
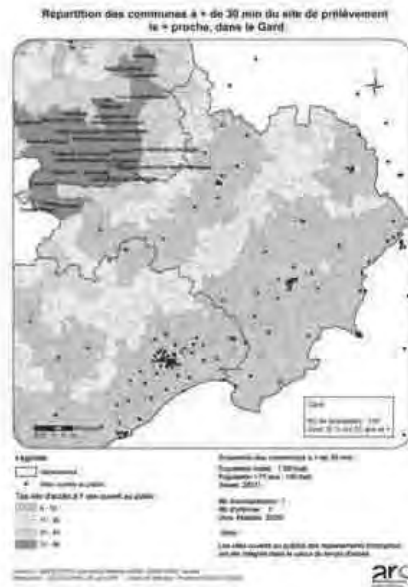
*ADELI : Automatisation DEs Listes de professionnels de santé

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



Les communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM représentent :

Dans le Gard :

4 communes totalisant **1081 habitants** dont **145 (13,4 %)** ont plus de 75 ans.

Dans la Lozère :

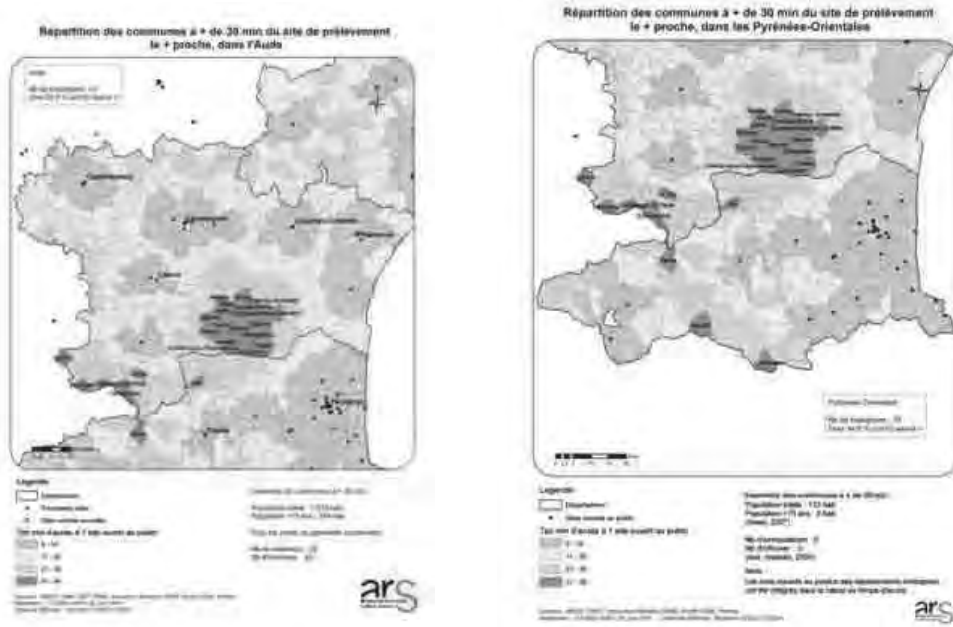
Un nombre important de communes positionnées principalement dans une zone au sud du territoire. La population totale concernée est de **5318 habitants** dont **585 (11 %)** ont plus de 75 ans.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

1 - L'ACCESSIBILITÉ : DIAGNOSTIC RÉGIONAL (source FINESS novembre 2011)



Les communes situées à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM sont :

Dans l'Aude :
implantées essentiellement au sud du territoire. Quelques communes sont localisées en périphérie. La population totale concernée est de **1878 habitants** dont **264 (3,4 %)** ont plus de 75 ans.

Dans les Pyrénées-Orientales :
au nombre 4 communes et totalisent **133 habitants** dont **6 (4.5 %)** ont plus de 75 ans.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

2- L'ACCESSIBILITÉ : CONTRAINTES ET PRECONISATIONS POUR AMELIORER L'ACCESSIBILITE ET LA QUALITE

L'acte de prélèvement d'échantillons, partie intégrante de la phase pré-analytique constitue le point d'accès à l'offre de biologie et peut être effectué au niveau d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site de laboratoire multi sites ouvert au public.

Il peut également être réalisé en d'autres lieux (cabinet médical, domicile etc...). Les échantillons prélevés doivent alors pour certains examens faire l'objet le plus rapidement possible après l'acte de prélèvement d'un traitement intermédiaire telle qu'une **centrifugation** afin de garantir la fiabilité des résultats de l'examen.

Au niveau des secteurs identifiés et constitués de communes à plus de 30 mn d'un LBM ou d'un site de LBM, les délais d'acheminement de l'échantillon vers le LBM où s'opère la phase analytique sont généralement plus ou moins longs. La mise en place **de points de centrifugation** permettant ce traitement contribue à garantir la qualité de l'examen de biologie en levant en tout ou partie la contrainte des délais d'acheminement.

Ces délais d'acheminement impactent également sur les délais d'obtention des résultats. Pour un nombre limité d'examens nécessitant un rendu rapide des résultats, la phase analytique doit alors être réalisée au plus près du lieu de prélèvement.

Pour les secteurs à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM, les actions préconisées pour une amélioration de l'accessibilité et de la qualité sont :

- L'utilisation en tant que relais pour certains types d'examens (exemple : dosage du potassium) et **pour la centrifugation notamment** des maisons pluri professionnelles, des pharmacies d'officine et d'autres structures adaptées ;
- Le recours lorsque cela est pertinent à **la biologie délocalisée** qui permet de réaliser la phase analytique au plus près du lieu de prélèvement et d'obtenir ainsi des résultats dans des délais relativement courts après prélèvement ;

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

3 - L'ESTIMATION PAR TERRITOIRE DE SANTE DES BESOINS DE LA POPULATION EN NOMBRE TOTAL D'EXAMENS PRÉLEVÉS

Champ : Ensemble de la population actes remboursés et activité des établissements de santé publics en Languedoc-Roussillon

Résultats : fréquence des examens de biologie

	Nombre d'examens en 2010			Nombre d'examens par habitant		
	prélevés en laboratoire de ville et remboursés par l'Assurance Maladie (*)	prélevés en établissements de santé publics (données déclaratives)	Total	en laboratoire de ville (*)	en établissements de santé publics	Total
Aude	3 293 163	1 839 275	5 132 438	9,4	5,3	14,7
Gard	6 067 845	3 549 077	9 616 922	8,7	5,1	13,8
Hérault	8 629 985	6 322 099	14 952 084	8,4	6,2	14,6
Lozère	676 960	477 903	1 154 863	8,8	6,2	15,0
Pyrénées-O.	3 938 266	1 788 670	5 726 936	8,9	4,1	13,0
Languedoc-Roussillon	22 561 850	13 977 024	36 538 874	8,7	5,4	14,1

(*) données extrapolées toute population

Sources : SNIIRAM (TBSB) / RNIAM /enquête laboratoire ARS 2010/ Insee - ELP 2008
Exploitation ARS/DG-COSAD - octobre 2011

La consommation moyenne est de 14 examens par an et par habitants, légèrement plus importante en Lozère et moindre dans les Pyrénées-Orientales.

Les écarts de taux de recours sont moindres en ville que pour les examens réalisés au sein des établissements.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 2 : FIXATION DES RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE POUR LES LBM PUBLICS ET PRIVÉS

4 - BESOINS EN IMPLANTATIONS EN SITES DE LBM OUVERTS AU PUBLIC

	Sites de LBM ouverts au public (Source FINESS novembre 2011)				
	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées orientales
Etablissement de santé publics	2	3	4	1	2
Privés	13	55	98	5	41
Total	15	58	101	6	43
Total général	223				
Besoins en implantation	0	0	0	0	0

Un laboratoire de biologie médicale peut comporter un ou plusieurs sites (cas des laboratoires multi-sites) ce qui explique le nombre de sites (**223**) plus élevé que le nombre de laboratoires (**115**). Au niveau régional, le nombre de laboratoires multi-sites est à ce jour de **22** représentant un nombre total de sites ouverts ou non au public de **137** sites.

Les besoins en implantations de sites ouverts au public pourraient s'exprimer en priorité au niveau **des secteurs identifiés et constitués de communes situés à plus de 30 minutes d'un LBM ou d'un site de LBM** (Lozère, Aude, notamment). Subsiste toutefois un frein économique. Des évolutions organisationnelles s'avèrent ainsi nécessaires au niveau de ces secteurs pour préserver et améliorer l'accessibilité à l'offre de biologie. **Les délais pour les prélèvements des échantillons, leurs traitements le cas échéant, leurs collectes, leurs transmissions au laboratoire sont à prendre en compte dans une approche qualitative en lien avec les professionnels de santé concernés et notamment les infirmiers.** Or c'est dans ces secteurs que l'on recense souvent une sous dotation en infirmiers libéraux.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE

1 - RÈGLES D'IMPLANTATION TERRITORIALE : DEROGATION POUR LE LBM DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Les laboratoires de biologie médicale de l'établissement français du sang sont actuellement implantés sur **4 territoires de santé**.

La création à partir des 4 laboratoires existants d'un laboratoire multi-sites est envisagée par cet établissement. Les sites de ce laboratoire multi-sites seraient de facto localisés sur plus de 3 territoires ce qui serait contraire à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique.

Ce texte prévoit que les sites d'un laboratoire sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux ou au maximum trois territoires de santé limitrophes, sauf dérogation prévue par le schéma d'organisation des soins et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie.

Considérant que les laboratoires de biologie médicale de l'établissement français du sang :

§ pratiquent, au niveau régional, pour la transfusion sanguine, **plus de 70 % des examens d'immuno-hématologie courants** (groupage ABO-Rhésus, Phénotypage Rhésus KEL , agglutinines irrégulières) ;

§ sont les seuls au niveau régional en capacité de réaliser l'identification des anticorps irréguliers et autres examens spécialisés d'immuno-hématologie ;

§ sont positionnés au sein ou à proximité immédiate des établissements de santé ce qui permet de répondre en termes de délai et de sécurité aux nécessités de la transfusion sanguine,

La dérogation est accordée à cet établissement pour implanter les sites de son LBM sur plus de trois territoires infrarégionaux.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

OBJECTIF 3 : L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE

2 - LES COOPÉRATIONS EXISTANTES : DIAGNOSTIC ET PRECONISATIONS

Diagnostic :

Un recensement des coopérations effectué en juin 2011 auprès des établissements de santé disposant d'un laboratoire de biologie médicale a montré que les coopérations étaient :

- peu développées et ponctuelles avec les structures privées ;
- modérément établies avec l'Etablissement Français du Sang ;
- assez peu structurées et relativement ponctuelles entre les établissements de santé ;

et qu'une grande majorité des examens spécialisés prescrits dans ces établissements de santé est réalisée par des opérateurs publics ou privés implantés hors région.

Préconisations :

Les orientations régionales pour faciliter, développer les coopérations existantes et créer le cas échéant de nouvelles coopérations sont :

- d'impulser la création de **LBM communs à plusieurs établissements de santé** dans le cadre en particulier de groupement de coopération sanitaire et de leur accréditation ;
- de **lever progressivement les principaux freins identifiés** en fonction des propositions formulées par un groupe d'experts (freins liés notamment à la logistique, au partage informatisé de l'information, à la facturation) ;
- d'accompagner **la démarche de création du LBM multi-sites de l'Etablissement Français du Sang**.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

LE LIEN AVEC LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE (PSRS) ET INDICATEURS DE SUIVI :

Le lien avec le PSRS :

Ce premier volet biologique du SROS s'inscrit dans au moins quatre des exigences opérationnelles du PSRS, à savoir :

- l'**accessibilité géographique** à l'offre de biologie en améliorant, avec la qualité requise, la prise en charge des personnes au cours de la phase pré-analytique notamment au niveau des secteurs situés en milieu rural ;
- la **qualité** en favorisant l'entrée la plus précoce possible dans la démarche d'accréditation ;
- l'**efficacité et la pertinence** en orientant vers une bonne adaptation et la maîtrise des examens de biologie médicale parmi les plus coûteux et/ou les plus prescrits sur la base de référentiels de bonnes pratiques de prescription.

Indicateurs de suivi :

Pour le suivi de la mise en œuvre de ce volet biologique l'indicateur proposé au plan qualitatif est le pourcentage des laboratoires entrés effectivement dans une démarche d'accréditation. Le calcul de ce pourcentage sera effectué annuellement jusqu'à la date butoir fixée par les textes, en lien avec le COFRAC.

La mise en place d'autres indicateurs portant sur l'efficience est envisagée dans le cadre des travaux du groupe d'experts.

VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

LA BIOLOGIE MEDICALE :

POINT DE VIGILANCE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS :

En Languedoc-Roussillon les regroupements des structures au travers notamment des opérations de fusion /acquisition ont abouti à ce jour à la création de **21 LBM multi-sites**. Ce mouvement se poursuivra probablement pour favoriser, entre autre, l'entrée dans la démarche d'accréditation.

Le risque éventuel de cette tendance serait que se constituent des structures en nombre trop restreint et de tailles importantes qui auraient une difficulté en cas de **défaillance** technique à faire suppléer leur activité de manière temporaire ou définitive, notamment en cas de crise managériale toujours possible liée à la collégialité des responsabilités.

En outre, un deuxième risque serait que des considérations d'ordre économique amènent l'ouverture injustifiée de nouveaux sites dans les territoires où l'offre de biologie médicale est suffisante et à l'inverse conduisent à la fermeture de sites ouverts au public notamment dans les secteurs ruraux.

Dans ces deux cas de figures, **l'accessibilité de la population à l'offre de biologie médicale pourrait être compromise**.

L'ARS veillera alors à ce que soit fait une **application pertinente des règles prudentielles** édictées notamment par les articles L . 6222 et L .6222.3 du code de la santé publique, ces articles donnant la possibilité au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de s'opposer sous certaines conditions à l'ouverture d'un LBM ou d'un site, à une opération d'acquisition d'un LBM par un autre ou à une opération de fusion .

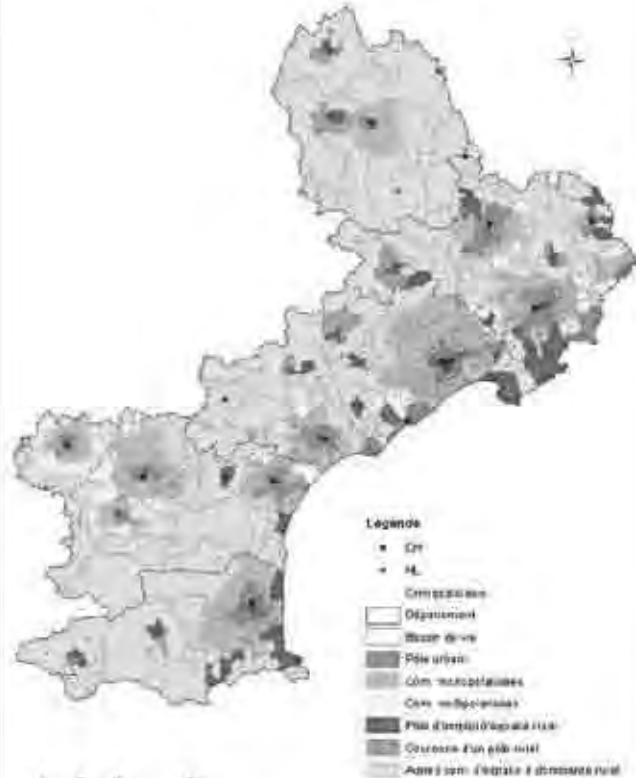
VOLET AMBULATOIRE DU SROS-PRS

ANNEXE :

DIAGNOSTIC TERRITORIAL REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

Soins de premier recours

Typologie urbain/ rural du territoire languedocien



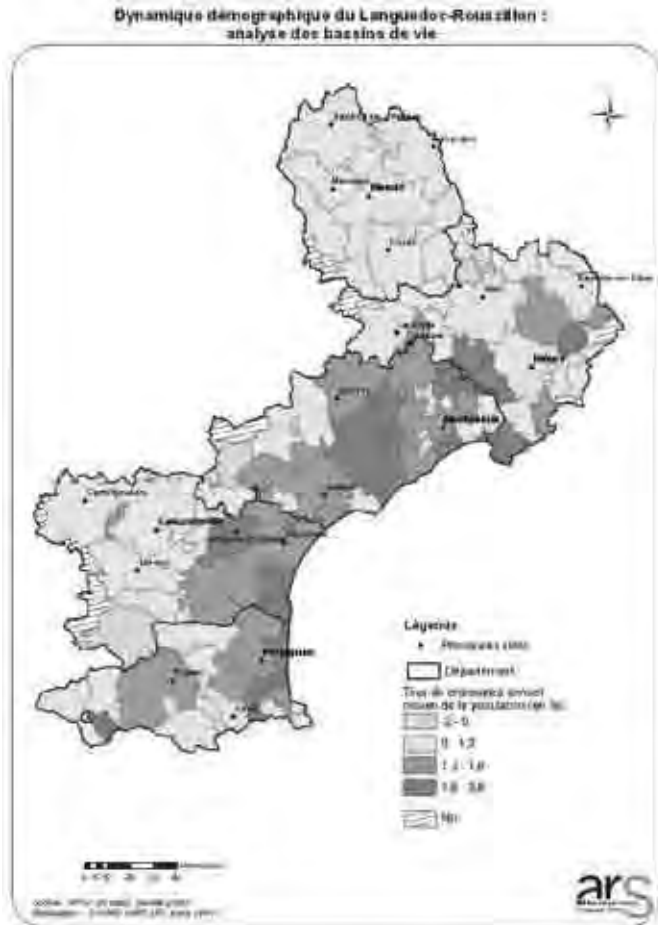
Définition : 3 fonctions

- Entrée dans le système de soins (diagnostic, orientations, traitement)
 - Suivi du patient et coordination de son parcours
 - Relais des politiques de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique et à la santé)
- NB – La permanence des soins (PDS) fera l'objet d'un travail spécifique (cahier des charges régional pour fin 2011)

Méthode : créer une dynamique

- Démarche participative avec les acteurs locaux
- Approche pragmatique
- Priorités d'organisation cible limitées, en intégrant une approche évolutive et adaptée (exercice coordonné de la médecine) notamment en milieu rural.
- Dans un premier temps, méthode ciblée sur les médecins généralistes

Données démographiques : population générale



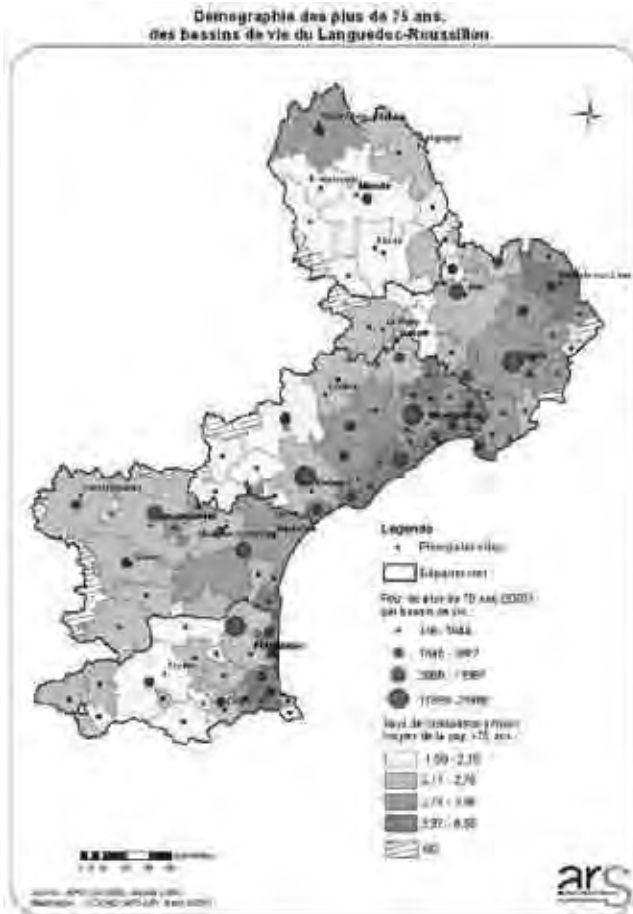
Diagnostic régional

- Au 1^{er} janvier 2008, la région compte 2 587 500 habitants, soit 4,2 % de la population française (métropole) avec un taux d'accroissement annuel moyen depuis 1999 de 1,3 %
- Concentration sur les territoires urbains et péri-urbains : un tiers de la population sur les agglomérations de Montpellier, Nîmes et Perpignan
- Seulement 3 bassins de vie ruraux en diminution : *Quillan (11)*, *La Grand Combe (30)* et *Saint Pons de Thomières (34)*
- L'espace rural, 71 % du territoire et 65 % des communes, ne représente que 30 % de la population.

Points de vigilance

- Veiller à ce que l'installation des professionnels de santé suive l'évolution de la population
- S'assurer que les professionnels de santé restent aussi présents dans les territoires ruraux moins densément peuplés

Données démographiques : population âgée



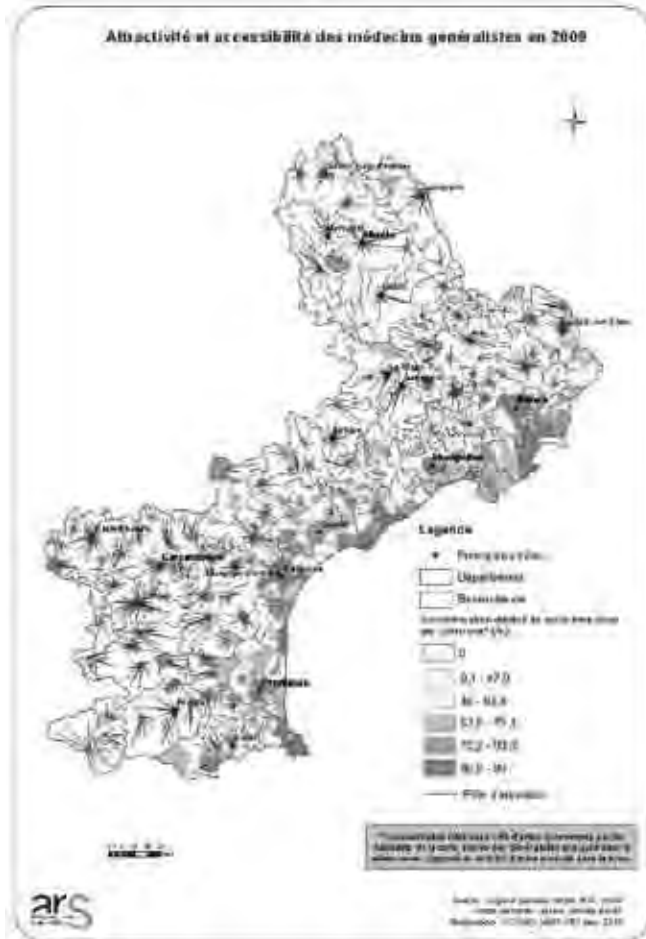
Diagnostic régional

- 25,4 % de la population régionale a 60 ans ou plus (données 2008), taux supérieur de 3,4 points par rapport au niveau national
- Avec une proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus dont le taux régional à 10,1 % est plus important que la moyenne des régions françaises (8,6 %).
- Les personnes âgées de 60 ans et plus sont plus nombreuses dans les Pyrénées-Orientales (28,3 %), dans l'Aude (28 %) et en Lozère (27,5 %)
- Elles sont plus nombreuses dans les grandes villes et sur la bande littorale que dans les communes rurales.

Point de vigilance

Il s'agit d'une population ayant des pathologies chroniques, nécessitant des soins réguliers et une prise en charge pluri-professionnelle coordonnée (infirmier ou SSIAD, médecin, kinésithérapeute...).

Consommation de soins médicaux



Diagnostic régional

Les besoins de la population appréhendés à partir de la consommation de soins montrent que les patients recourent en majorité au médecin généraliste de leur bassin de vie.

Point de vigilance

Maintenir une réponse de soins de proximité notamment en milieu rural.

Temps d'accès au médecin généraliste

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional

- Sur une très large partie du territoire, les habitants ont accès à un médecin dans leur bassin de vie à moins de 20 minutes.
- Moins de 1 000 personnes sont à plus de 20 mn d'un médecin.

Point de vigilance

Veiller à maintenir une accessibilité pour les populations des milieux ruraux et montagneux qui sont aujourd'hui à plus de 20 minutes d'un médecin : Corbières (11), Cévennes, Lozère et Conflent (PO).

Implantation des médecins généralistes libéraux



Diagnostic régional

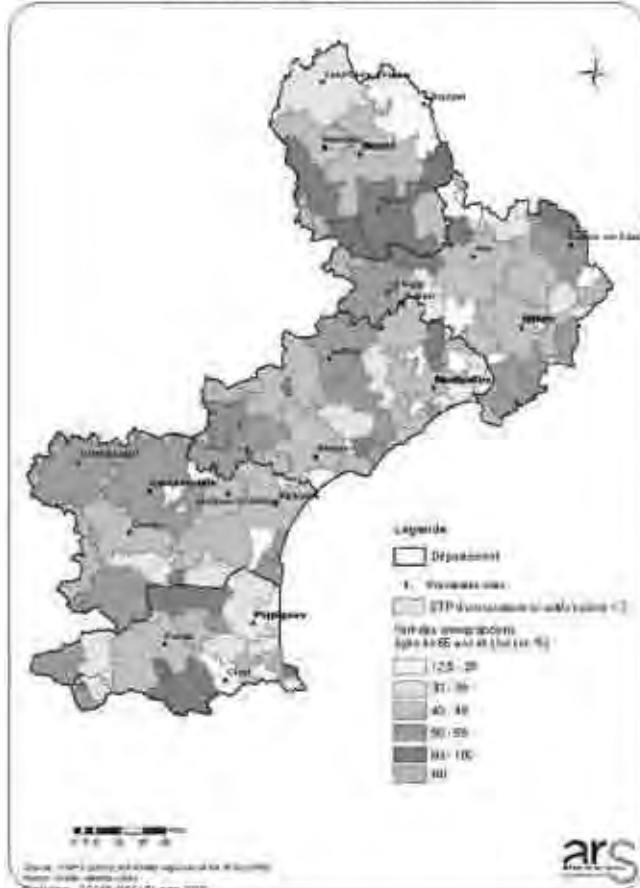
- En 2009, tous les bassins de vie bénéficiaient d'au moins un médecin généraliste en activité.
- L'implantation est plus forte autour et dans les grands pôles urbains (Carcassonne, Narbonne, Alès, Nîmes, Béziers, Montpellier, Sète, Mende et Perpignan), ainsi que le long des axes autoroutiers.

Points de vigilance

- Certains bassins de vie disposent d'une ressource médicale effective mais peu importante
- Moins de 5 médecins généralistes sur les bassins de vie : Aramon, Besseges et Génolhac (30), Capetang et St Pons de Thomières (34), Florac, La Canourgue, Meyrueis, Villefort (48), Mont-Louis, Saillagouse et Vernet les Bains (66),

Age des médecins généralistes

Répartition spatiale de l'offre de soins ambulatoires, du Languedoc-Roussillon



Situation régionale

- Des médecins relativement âgés dans la région : en 2013, près de la moitié des généralistes installés aura plus de 55 ans.
- Nombre de bassins de vie où la moitié ou plus des médecins ont au moins 55 ans.

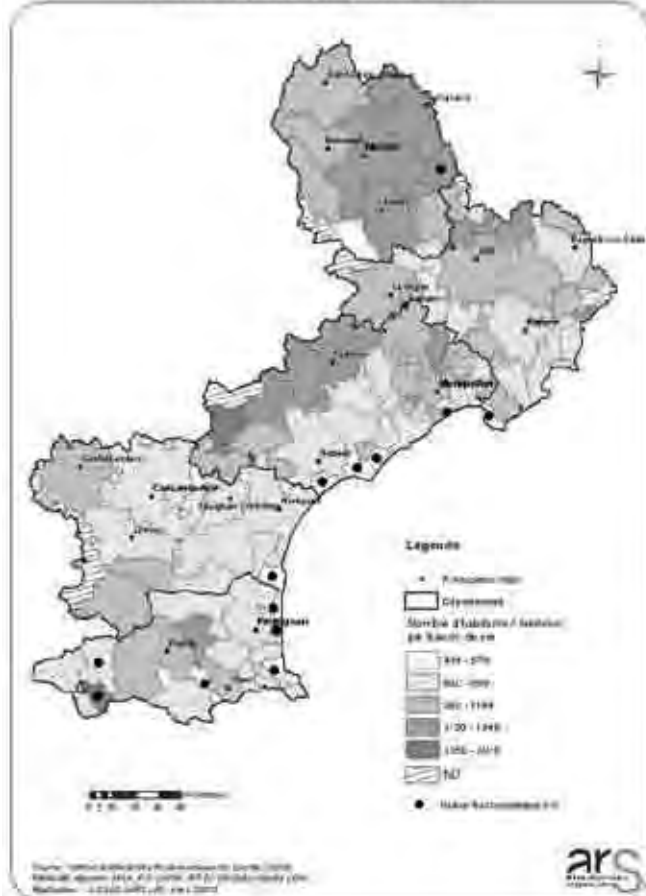
Bassins de vie (BV)	Nombre total de BV	Nombre de BV 50 % MG > ou = à 55 ans	% de la population concernée
Aude	14	5	44 %
Gard	24	9	24 %
Hérault	32	12	12 %
Lozère	8	4	20 %
PO	22	7	10 %
Région	100	37	19 %

Points de vigilance

- Attention aux bassins de vie qui cumulent des médecins « âgés » et un très faible nombre de médecins en exercice (moins de 3 médecins) : Villefort et Meyrueis (48).
- On prévoit pour 2030, une baisse de 8 % du nombre de médecins et une augmentation de la population de 30 %

Desserte médicale * (médecins généralistes)

La desserte de l'offre de soins ambulatoire
des bassins de vie du Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional

- Région : un médecin pour 910 habitants (moyenne nationale : 1 150) dont Aude (920), Gard (913), Hérault (794), Lozère (1 326), Pyrénées Orientales (771)
- De fortes disparités régionales :

∅ Les bassins de vie où la population par médecin est la plus importante sont des bassins ruraux et montagneux : La Grand Combe (30), Saint Pons de Thomières (34), Villefort et Florac (48), Saillagouse (66)

∅ Les bassins de vie où la desserte est la plus faible se situent sur la bande littorale : Leucate (11), Le Grau du Roi (30), Argelès (66)

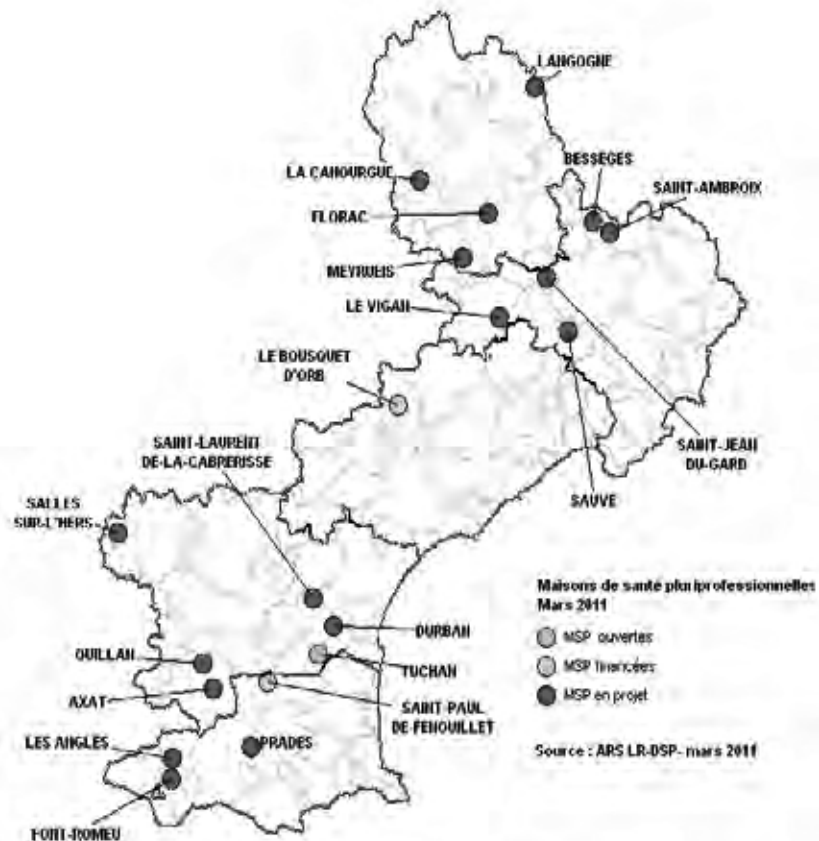
* NB - La desserte = nombre d'habitants par médecin en activité

Points de vigilance

• Dans plusieurs bassins de vie, les flux touristiques peuvent modifier à certaines saisons une situation très favorable le reste de l'année.

• Les bassins de vie qui subissent les plus fortes variations saisonnières : Leucate (11), Le Grau du Roi (30), Agde, Marseillan, Palavas les Flots, Sérignan (34), Villefort (48), Argelès, Font Romeu, St Laurent de la Salanque (66).

Les maisons de santé pluri-professionnelles rurales



Diagnostic régional en 2011

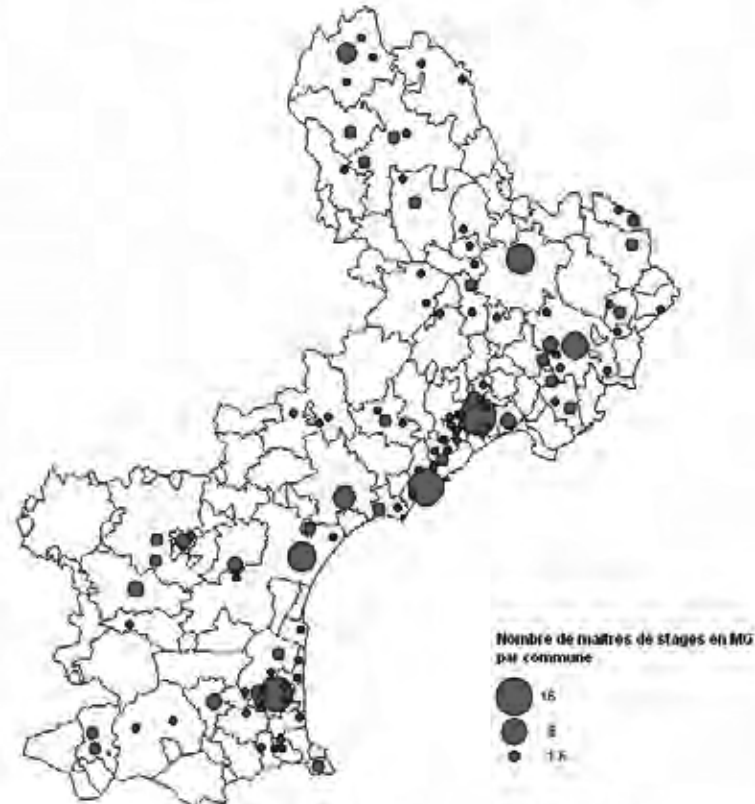
- Une seule maison de santé pluri-professionnelle en exercice à Tuchan (11)
- 3 MSP financées (FIQCS) par l'ARS sur l'année 2010 (Tuchan, St Paul de Fenouillet 66 et Le Bousquet d'Orb 34).
- Plusieurs projets par département devraient voir le jour dans les 2 ans à venir, sauf dans l'Hérault.

Points de vigilance

- Nécessité de faire coïncider les projets de MSP et les territoires fragiles ou critiques.
- Pour qu'un projet soit viable
 - Ø il doit être à l'initiative des professionnels de santé
 - Ø Le fonctionnement de la maison doit s'appuyer sur au moins 2 médecins et un infirmier
 - Ø le territoire de desserte doit réunir au moins 3 000 habitants.

Les médecins généralistes maîtres de stage

Implantation des maîtres de stages en MG
Languedoc-Roussillon - 2011



Diagnostic régional

- 225 médecins maîtres de stage (dont environ 15 % en milieu rural)
- 1 professeur des universités, 4 professeurs associés, 1 maître de conférence associé, 2 chefs de clinique des universités
- Répartition sur l'ensemble du territoire régional mais avec une nette prédominance en milieu urbain et en nombre globalement insuffisant

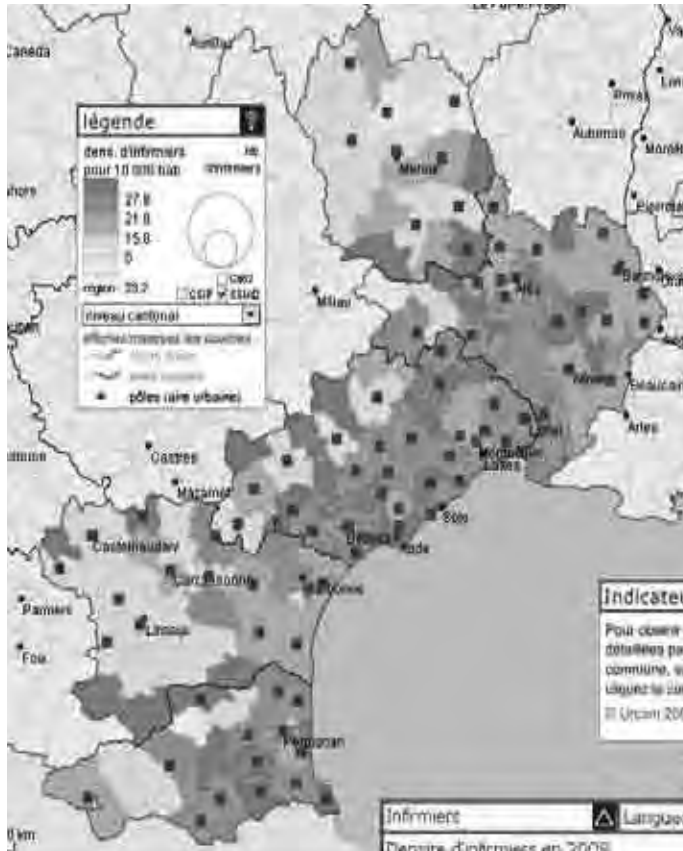
Points de vigilance

§ Augmentation (+ 20 % d'ici fin 2011) et répartition homogène des médecins maîtres de stage sur l'ensemble des territoires de la région notamment en milieu rural pour inciter les internes à s'installer ensuite dans ces territoires fragiles (environ 16 % des médecins ruraux sont maîtres de stage)

§ Nomination d'un nombre d'enseignants généralistes conforme aux prévisions ministérielles

Les infirmiers libéraux

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional

- Ces sont les professionnels de santé les plus nombreux. C'est une profession majoritairement féminine.
- La densité des infirmiers est le double de la densité relevée en France métropolitaine (243 pour 100 000 habitants – *Statiss 2010*). Les Pyrénées Orientales regroupent la plus grande proportion d'infirmiers libéraux.

Points de vigilance

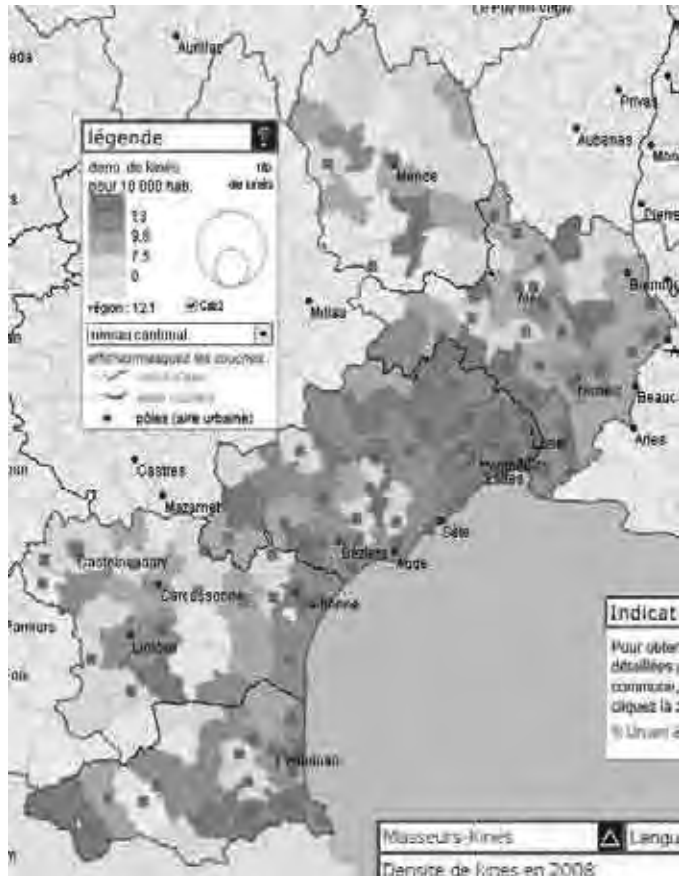
Les règles d'installation pour les infirmiers libéraux et les SSIAD ont changé depuis 2008 (avenant n. 1 de la convention nationale des infirmiers libéraux)

ü Dans les 41 zones sur-dotées, l'installation d'un infirmier est soumis au départ d'un infirmier précédemment installé. Les ouvertures de places de SSIAD sont soumises à autorisation avec des conditions restrictives.

ü Dans les 4 zones très sous-dotées, les infirmiers libéraux bénéficient d'aides annuelles.

Les masseurs kinésithérapeutes

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional

- C'est une profession où l'exercice libéral est majoritaire (79 %)
- En région, leur effectif a augmenté de 22 % entre 2004 et 2009
- Au 1^{er} janvier 2009, leur densité est de 121 pour 100 000 habitants : c'est-à-dire une fois et demi supérieure à la moyenne nationale de 85 pour 100 000 habitants (*Statiss 2010*).
- La Lozère et dans une moindre mesure l'Aude ont la densité la plus faible, avec une augmentation du nombre de masseurs kinésithérapeutes la plus forte entre 2004 et 2009 (+ 28 % Lozère et + 22 % Aude)

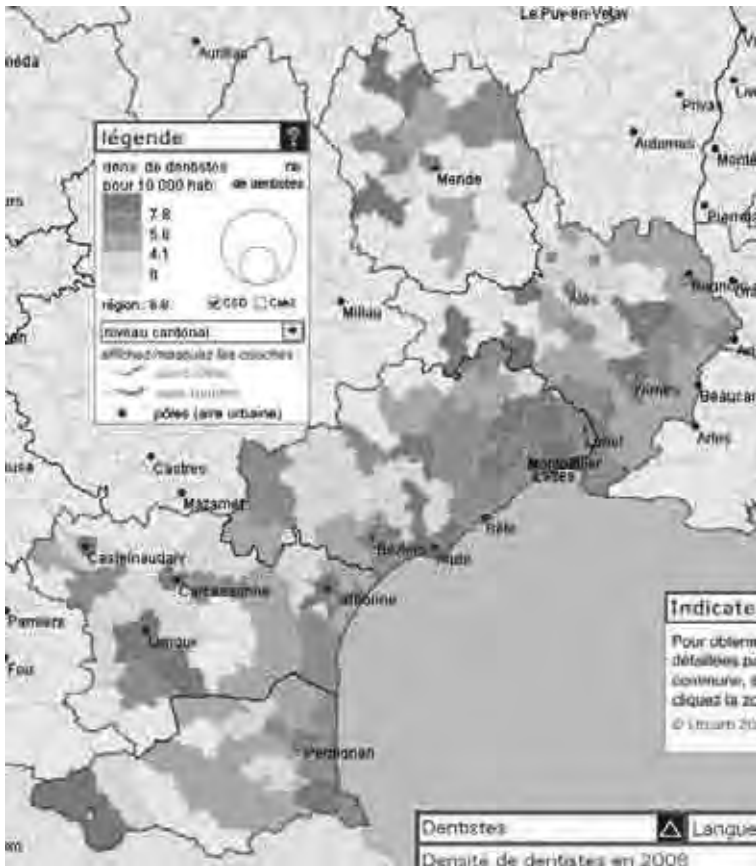
Points de vigilance

- Quelques territoires sous-denses dans la région.
- Veiller au maintien de l'offre dans les territoires ruraux.

Source : cartosanté 2009

Les chirurgiens dentistes

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Diagnostic régional

En Languedoc Roussillon, au 1^{er} janvier 2009, avec une densité de 72 pour 100 000 habitants, ils connaissent une croissance modérée (+ 3 % en 5 ans), mais leur densité est de 20 % supérieure à la densité relevée en France métropolitaine (61 pour 100 000 habitants) (statiss 2010).

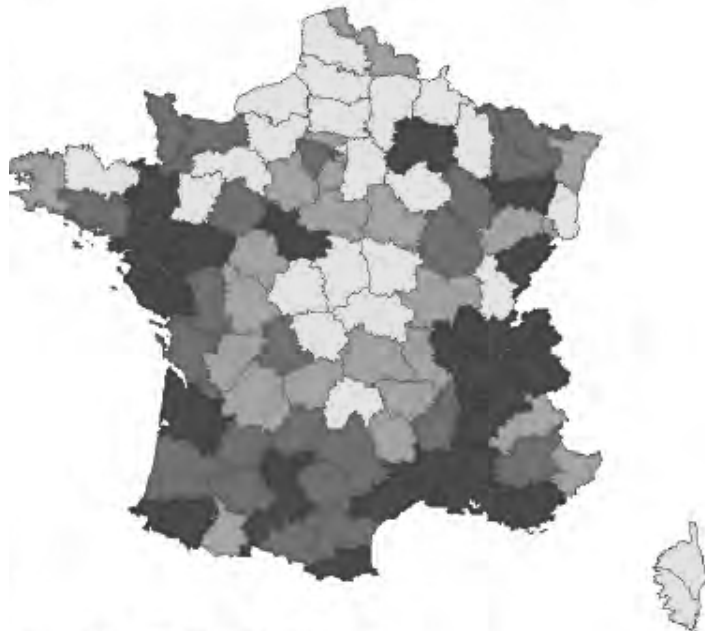
Point de vigilance

Veiller au maintien de l'offre dans les territoires ruraux.

Les sages femmes

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Densité des sages-femmes
libérales au 31 décembre 2008



Densité pour 1 000 000 habitants



Source : Cnamts

Diagnostic régional

Leur effectif a progressé de 35% en 10 ans en France.

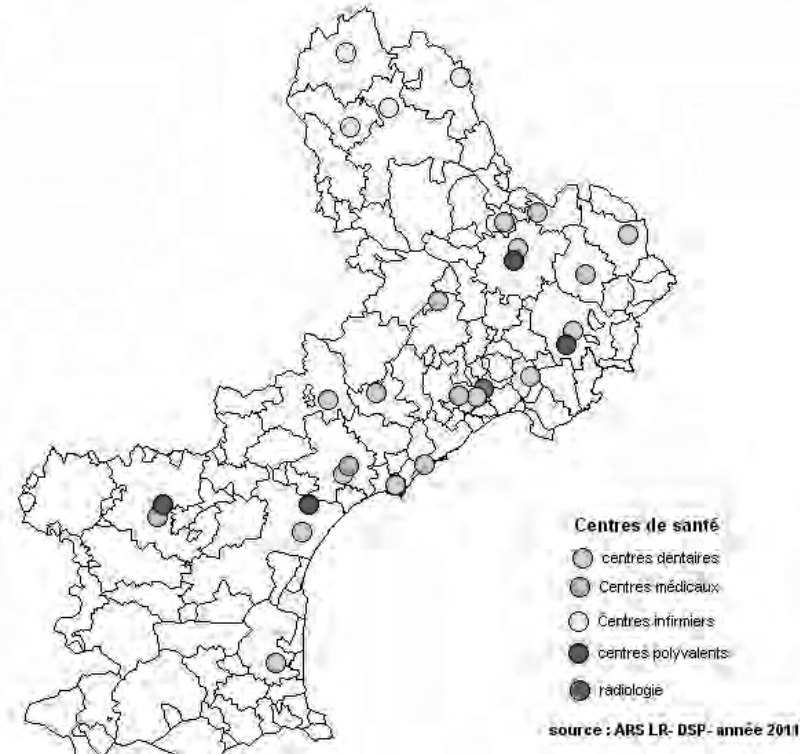
La plupart des sages femmes exercent en mode salarié.

En région cette profession médicale a connu une forte progression avec une croissance de 12 % en 5 ans.

Les centres de santé

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Implantation des centres de santé en Languedoc-Roussillon Mars 2011



Diagnostic régional provisoire

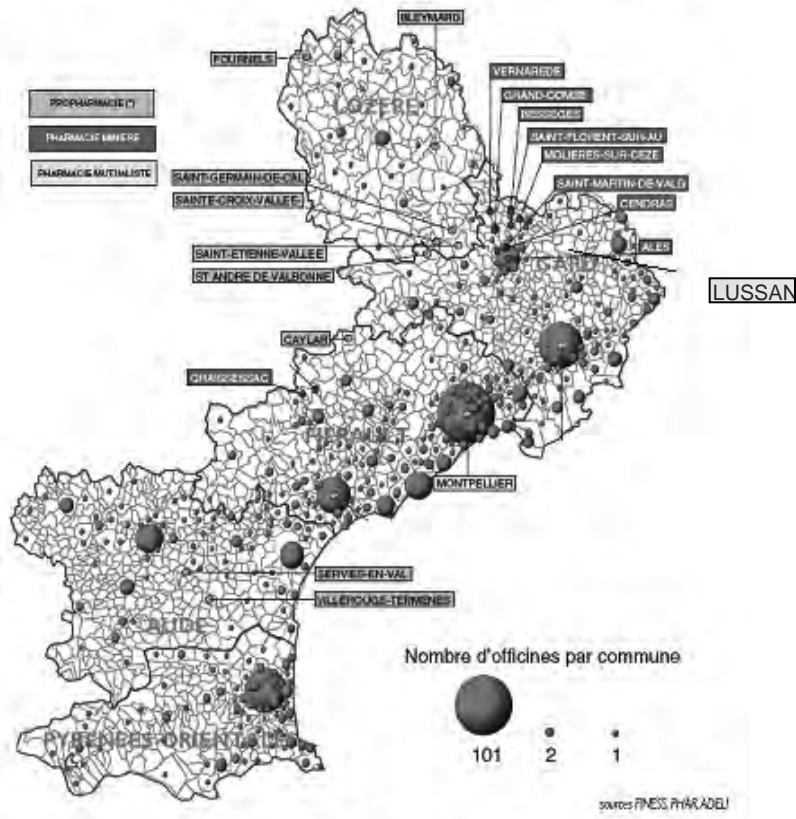
- Une implantation régionale hétérogène
- Les centres dentaires sont les plus nombreux
- Les centres infirmiers sont surtout en Lozère
- Les centres médicaux, radiologiques et polyvalents sont principalement en milieu urbain
- Peu de centres identifiés à ce jour dans les PO

Point de vigilance

- Carte provisoire compte tenu du recensement en cours des centres de santé
- Le décret et l'arrêté du 30 juillet 2010 imposent à chaque centre de santé comme tout établissement
 - ü d'établir un projet de santé
 - ü d'établir un règlement intérieur
 - ü de signaler à l'ARS toute création d'antenne ou nouveau centre

Implantation des pharmacies d'officines

Implantation des pharmacies d'officine en Languedoc-Roussillon au 01/12/2006



Diagnostic régional

- Nombre de pharmacies d'officine : 1020
- La concentration est importante sur la frange littorale.
- Globalement un excès d'implantation par rapport aux besoins
- Pour information, on recense 10 propharmaciens en milieu rural (2 Aude, 2 Gard, 1 Hérault, 5 Lozère)

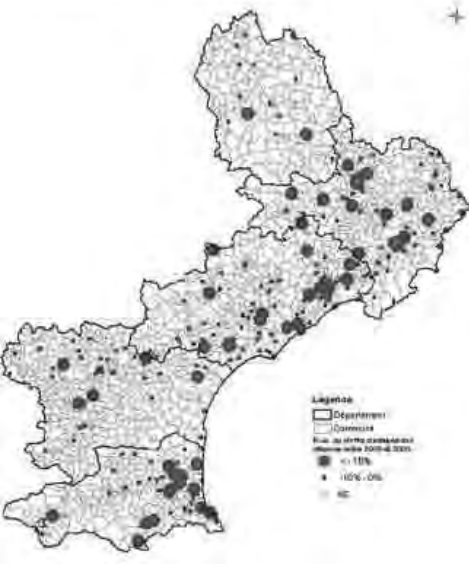
Point de vigilance

Une profession qui se fragilise sur le plan de sa survie économique : depuis 2 à 3 ans, trois pharmacies ont subi une procédure de liquidation judiciaire ; deux en milieu rural (PO et Lozère), une en milieu urbain (Nîmes).

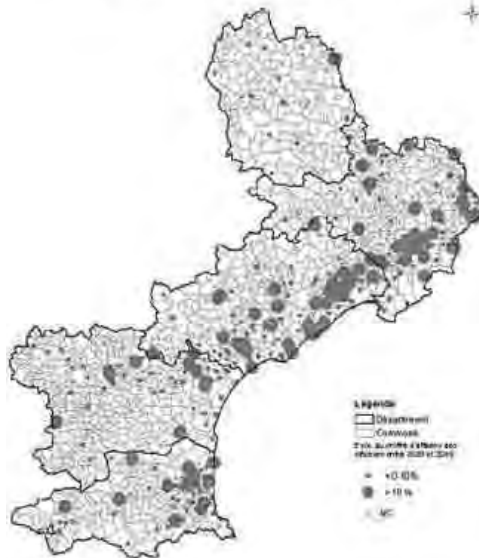
Pharmacies d'officines : chiffres d'affaires

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Évolutions négatives du chiffre d'affaire des pharmacies d'officines entre 2008 et 2009, en Languedoc-Roussillon



Évolutions positives du chiffre d'affaire des pharmacies d'officines entre 2008 et 2009, en Languedoc-Roussillon



Diagnostic régional

- 40 % des pharmacies d'officine ont un CA en régression (*données PHAR*) de 2008 à 2009.
- Le milieu rural apparaît comme plus sensible à une évolution négative du CA.
- Sur la bande littorale, les hausses et les baisses semblent plus s'équilibrer.
- Les augmentations prédominent dans les villes ou en périphérie des grands centres urbains.
- La plupart des EHPAD privés de la région, sont desservis par la (ou les) pharmacie de la commune (*enquête SOLEN - février 2011 ARS*).

Points de vigilance

- Veiller au maintien du maillage territorial des officines dans notre région notamment en milieu rural (voire en milieu urbain dans les quartiers difficiles).
- L'approvisionnement d'un EHPAD est souvent le garant de la viabilité économique de la pharmacie en milieu rural.

Laboratoires de biologie médicale



Diagnostic régional en 2008 (avant la réforme)

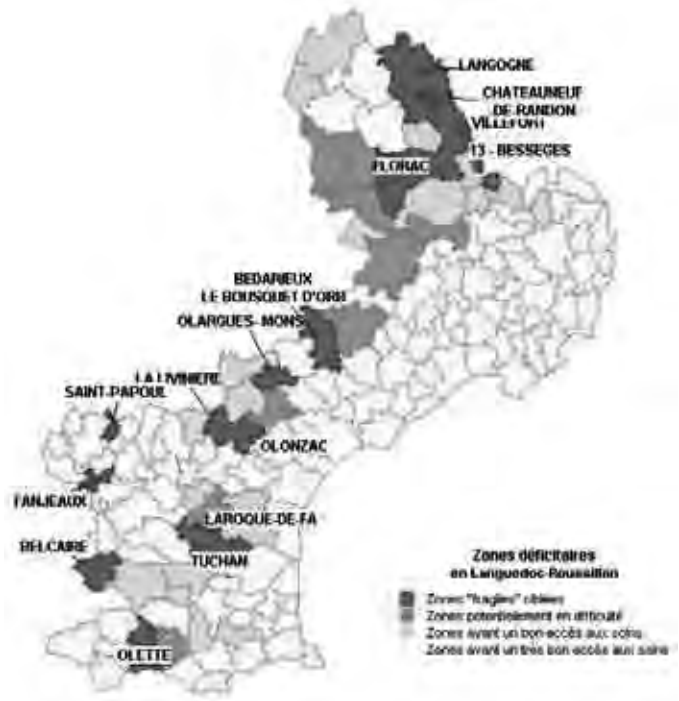
- Prédominance des laboratoires privés
- Implantation surtout sur la bande littorale
- Fragilité en milieu rural ou montagneux

	LBM Privés (Statistis 2009)	LBM en établissement de santé public	Total LBM
Aude	13	2	15
Gard	56	4	60
Hérault	100	4	104
Lozère	5	1	6
PO	40	2	42
Région	214	13	227

Points de vigilance

- S'assurer du maintien des sites de prélèvement et de restitution des résultats en proximité après regroupement des plateaux techniques
- Permanence des soins à assurer
- Limiter les monopoles territoriaux sauf en Lozère où un seul regroupement public/ privé sur Mende et Marvejols est la garantie de maintenir un pôle de biologie pérenne en lozère.

En 2005, définition de zones déficitaires



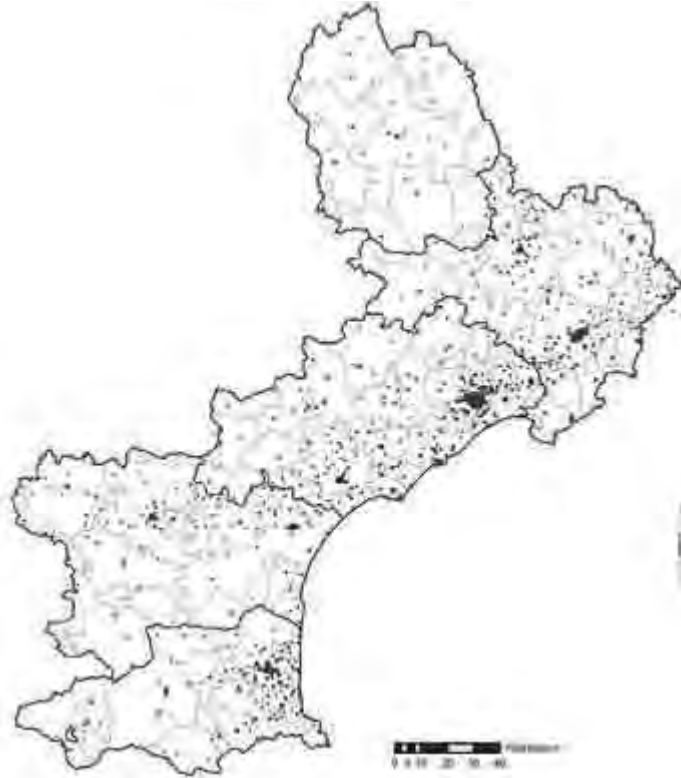
Diagnostic régional

- Un découpage régional issu d'une combinaison de 2 découpages officiels : le pseudo canton et le bassin de vie (Insee)
- 15 zones de patientèles déficitaires en matière d'accès au médecin généraliste ont été définies : 5 dans l'Aude, 1 dans le Gard, 4 dans l'Hérault, 4 en Lozère et 1 dans les Pyrénées Orientales.
- Sur ces zones les médecins exerçant en cabinet de groupe pouvaient bénéficier d'une majoration annuelle de leurs honoraires à hauteur de 20% des actes C+V

Points de vigilance

Pour éviter une rupture brutale et des départs de professionnels, veiller au soutien des actions déjà en cours.

En 2011 repérage des bassins de vie vulnérables



Première approche

- Territoire : choix des bassins de vie de l'INSEE (100 bassins de vie infrarégionaux) pour conserver une cohérence avec le précédent découpage.
- Critères retenus :
 - Ø Critères démographiques : population 2007 et évolution de la population, population de + 75ans et évolution des + 75 ans, flux touristiques, densité démographique (hab/km²)
 - Ø Critères d'offre de soins : nombre de médecins généralistes, estimation du nombre de médecins en ETP, nombre et part des médecins de + 55ans, desserte, temps d'accès
 - Ø Critères socio-économiques : bénéficiaires et ayant droits de la CMUC, évolution du taux d'emploi occupé.
- 2 techniques statistiques en cours de finalisation et de test :
 - Ø Une typologie de bassins de vie (via une classification ascendante hiérarchique)
 - Ø Scoring des bassins de vie

En 2011 définition des zones fragiles: le zonage



C'est la seule partie opposable du volet ambulatoire du SROS-PRS.

Ces zones ouvriront droit aux aides à l'installation des médecins généralistes :

- aides conventionnelles (CNAMTS – Type avenant 20 à renégocier avec nouvelle convention nationale)
- aides non conventionnelles
 - Ø exonérations d'impôts et taxes
 - Ø contrat d'engagement de service public
 - Ø aides des collectivités territoriales

Méthodologie en cours de réflexion dans l'attente de la validation d'un indicateur national basé sur la densité médicale.

La typologie obtenue sera soumise à la concertation.

Organisation
Médico-Sociale

Organisation des soins



Prévention

Arrêté ARS LR / 2012-174
Arrêté préfectoral n° 2012074-0006

**ARRETÉ PORTANT MODIFICATION DE LA COMPOSITION du COMITE
DEPARTEMENTAL de l'AIDE MEDICALE URGENTE, de la PERMANENCE DES SOINS et
des TRANSPORTS SANITAIRES**

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon
Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

- Vu** Le code de la santé publique, et notamment les articles L.1435-5 et les articles L.6313-1 et suivants ;
- Vu** Le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 modifié relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;
- Vu** Le décret 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins ;
- Vu** Le décret n° 2010-810 du 13 Juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires ;
- Vu** Le décret du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- Vu** Le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon ;
- Vu** L'arrêté conjoint ARS LR/2010-1616 et n° 2010-102387 en date du 28 décembre 2010 modifié portant composition du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires ;
- Vu** La désignation par l'association des médecins régulateurs libéraux de l'Hérault (REGULIB 34) en date du 11 octobre 2011, transmis à nos services le 13 février 2012 ;
- Sur** Proposition du Secrétaire Général de la Préfecture de la région Languedoc-Roussillon et de l'Hérault et du Délégué Territorial de l'Hérault ;

ARRÊTENT

Article 1 : Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires, coprésidé par le Préfet ou son représentant et par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant, est composé comme suit :

1°- De représentants des collectivités territoriales :

- a) Un Conseiller Général désigné par le Conseil Général :
- Mme Marie-Christine BOUSQUET, Conseillère Générale du canton de Lodève, titulaire ;
 - Mr José SOROLLA Conseiller Général du canton de Saint Martin de Londres, suppléant.
- b) Deux Maires désignés par l'association départementale des Maires :
- M. Jacques RIGAUD, Maire de Ganges titulaire,
 - M. José SOROLLA, Maire de Saint Martin de Londres, titulaire,
 - M. Frédéric ROIG, Maire de Pégairolles de l'Escalette, suppléant,
 - M. Jean-Luc FALIP, Maire de Saint Gervais sur Mare, suppléant.

2°- Partenaires de l'aide médicale urgente :

- a) Un médecin responsable de service d'aide médicale urgente :
- M. le Professeur Jean Jacques ELEDJAM, responsable du SAMU 34, titulaire ;
 - M. le Docteur Richard DUMONT, suppléant.

Un médecin responsable de structure mobile d'urgence et de réanimation :

- M. le Docteur Yves MANGIN, titulaire ;
- M. le Docteur Emmanuel GASCOU, suppléant.

b) Un directeur d'établissement public de santé doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence :

- M. Jean Luc MARCHAND, titulaire ;
- M. Georges SANABRE, suppléant.

c) Le Président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours ou son représentant,

d) Le Directeur Départemental du service d'incendie et de secours ou son représentant,

e) Le Médecin-Chef départemental du service d'incendie et de secours :

- M. le Docteur Daniel PROST, titulaire ;
- M. le Colonel Bernard SOLER, suppléant.

f) Un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations :

- le Lieutenant colonel RAYNARD, titulaire ;
- le Commandant VERGE, suppléant.

3°- Membres nommés par les organismes qu'ils représentent :

a) Un médecin représentant le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :

- Mme le Docteur Cécile BELIN-SAUGET.

b) Quatre représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les médecins ;

- M. le Docteur Marc EGOUMENIDES.
- M. le Docteur François POULAIN.
- M. le Docteur Christophe LELAIDIER.
- M. Le Docteur Jean-Christophe CALMES.

- c) Un représentant du Conseil de la Délégation Départementale de la Croix Rouge Française :
- M. le Docteur Michel HUGUET.
- d) Deux praticiens hospitaliers proposés chacun respectivement par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures d'urgences hospitalières ;
- Pour l'association des Médecins Urgentistes de France :
- M. le Docteur Bertrand DE PONTUAL (CH de Sète).
- Pour le SAMU Urgences de France :
- Mme le Docteur Isabelle GIRAUD.
- e) Un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé ;
- Pour le Syndicat National des Urgentistes de l'Hospitalisation Privée :
- M. le Docteur Arthuro PEREZ.
- f) Un représentant de chacune des associations de permanence des soins ;
- Pour SOS Médecins :
- M. le Docteur Williams FRAISSINET.
- Pour l'Association médicale de garde rurale :
- M. le Docteur Pierre SEGURET.
- Pour l'Association de la maison médicale de garde de Sète :
- M. le Docteur Philippe LAMBERT.
- Pour l'Association UMLCA :
- M. le Docteur Xavier CHEBROU.
- Pour l'Association COMERBI :
- M. le Docteur Thierry STEFANAGGI.
- Pour l'Association REGULIB 34 :
- Mme le Docteur Marielle MARRON.
- Pour l'Association MAPS :
- M. le Docteur. Victor BASTIDE.
- Pour l'Association de la maison médicale «cœur d'Hérault» PELMECH :
- M. le Docteur. Nouari DRISSI.
- g) Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique ;
- Pour la Fédération Hospitalière de France :
- Mme Marie Agnès ULRICH, Directrice du Centre Hospitalier de Béziers.
- h) Un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental dont un directeur d'établissement privé assurant des transports sanitaires
- Pour la Fédération de l'Hospitalisation Privée :
- M. le Docteur Serge CONSTANTIN (clinique du Parc).
- Pour la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne :
- M. Philippe REMER, Secrétaire Général, Délégué Régional FEHAP LR, AIDER.
- i) Un représentant de chacune des quatre organisations professionnelles nationales de transports sanitaires ;
- Pour la Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires :
- M. David VEDEL.
- Pour la Fédération Nationale des Ambulanciers Privés :
- M. Henry-Paul BONNEAU.
- Pour la Fédération des Artisans Ambulanciers :
- M. Olivier GRENES.
- Pour la Chambre Nationale des Services d'Ambulances :
- M. Christophe BLANC.
- j) Un représentant de l'Association départementale de transports sanitaires d'urgence

Pour l'ADRU 34 :

- M. Patrick CORBEAU.

k) Un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens ;
- Mme Françoise RADIER.

l) Un représentant de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les pharmaciens ;
- M. le Docteur Frédéric ABECASSIS.

m) Un représentant de l'Organisation de Pharmaciens d'officine ;
Pour la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France : M. Marc DEVAUX.

n) Un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes :
- M. le Docteur Olivier DAVRON.

o) Un représentant de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les chirurgiens dentistes :
- M. le Docteur William HEBRARD.

4°) Un représentant des associations d'usagers ;

- M. Arnauld CARPIER, Président de la Fédération Départementale Familles Rurales de l'Hérault.

Article 2 : A l'exception des représentants des collectivités territoriales nommées pour la durée de leur mandat électif, les membres du comité sont nommés pour une durée de 3 ans.

Article 3 : Le Comité établit son règlement intérieur.
Il constitue en son sein un sous-comité médical et un sous-comité des transports sanitaires.

Article 4 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours hiérarchique et/ou contentieux. Le recours hiérarchique peut être formé dans un délai de deux mois suivant la date de la notification de la présente décision auprès du Ministre chargé de la santé.

Le recours contentieux peut être formé devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans un délai de deux mois à compter de la date :

- de notification de la présente décision par l'auteur de la demande,
- de publication de la présente décision au recueil des actes administratifs.

Article 5 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de la Région Languedoc Roussillon et de l'Hérault et le Délégué Territorial de l'Hérault sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 14 Mars 2012

signé

Docteur Martine Aoustin
Directeur Général

signé

Claude Baland
Préfet de la Région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

DECISION ARS LR/2012 - 242

Portant autorisation de modification des locaux de la pharmacie à usage intérieur de la clinique Saint Antoine à Montmaud

**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
du Languedoc-Roussillon**

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 5126-7, L. 6111-1, R. 5126-8, R. 5126-9, R. 5126-11, R. 5126-12, R. 5126-13, R. 5126-15 à R. 5126-18 ;

VU le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU le décret du 01 avril 2010 portant nomination de Madame Martine Aoustin en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ;

VU l'arrêté du Ministre chargé de la santé du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière ;

VU l'arrêté préfectoral en date du 18 février 1972 octroyant la licence N°341 d'une pharmacie à usage particulier intérieur à la clinique Saint Antoine ;

VU la demande présentée le 7 octobre 2011, par Madame Dominique Mallet Carrere, directrice de la clinique, tendant à obtenir l'autorisation de modifier l'emplacement des locaux pharmaceutiques ;

VU le dossier accompagnant la demande précitée ;

VU les constats effectués lors de l'enquête réalisée sur site le 4 janvier 2012 par Madame Hélène Douzal, pharmacien inspecteur de santé publique ;

VU le rapport relatif à l'enquête précitée, ses conclusions et l'avis technique rendus par le pharmacien inspecteur ;

VU l'avis favorable en date du 8 février 2012 de la section H de l'Ordre national des pharmaciens ;

Considérant que l'enquête effectuée le 4 janvier 2012 confirme les éléments exposés dans le dossier de demande ;

Considérant que la modification objet de la demande d'autorisation consiste en une modification totale de l'emplacement de la pharmacie à usage intérieur et des locaux pharmaceutiques ;

Considérant que cette modification répond à une nécessité d'améliorations organisationnelles et de meilleure sécurité de fonctionnement ;

Considérant que cette modification apporte plus particulièrement les améliorations ci-après : augmentation de la surface dédiée aux activités, amélioration de la configuration et de l'ergonomie des locaux, sécurité des stockages, fonctionnalité globale ;

Considérant que la pharmacie dispose des moyens en locaux, personnel, équipements et systèmes d'information nécessaires ;

DECIDE

Article 1 : La modification des locaux de la pharmacie à usage intérieur est autorisée.

Article 2 : La pharmacie à usage intérieur mentionnée à l'article 1^{er} est autorisée à assurer :

- Les activités prévues à l'article R.5126-8 du code de santé publique ;

Article 3 : Toute modification des éléments figurant dans l'autorisation initiale doit faire l'objet d'une nouvelle autorisation préalable.

Article 4 : Si la pharmacie mentionnée à l'article 1 ci-dessus ne fonctionne pas dans un délai d'un an à compter de la notification du présent arrêté, l'autorisation devient caduque. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration de ce délai, celui-ci peut être prorogé.

Article 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique et/ou contentieux.

Le recours hiérarchique peut être formé dans un délai de deux mois suivant la date de la notification du présent arrêté auprès du Ministre chargé de la santé.

Le recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif de Montpellier dans un délai de deux mois à compter de la date de notification du présent arrêté.

Article 6 : Le présent arrêté est notifié à l'auteur de la demande d'autorisation.

Une copie sera notifiée à :

M. le Président de l'Ordre National des Pharmaciens – Conseil central de la section H

Article 7 : Le Directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon est chargé pour ce qui le concerne de l'exécution de la présente décision qui sera enregistrée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de l'Hérault.

Montpellier, le 13/03/2012

signé

Docteur Martine Aoustin
Directeur Général



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0042

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

**ASSOCIATION SPORTIVE ET CULTURELLE
DU SAINT PONAIS**

ayant son siège social :

**Maison des Loisirs – Rue du Barry
34220 SAINT PONS DE THOMIERES**

Numéro d'agrément : S- 10-2012 en date du 27 février 2012

Affiliation : KARATE ET DISCIPLINES ASSOCIEES

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 28 février 2012

LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0043

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

ESSOR « SAVOIR ET PARTAGE »

ayant son siège social :

**Le Petit Bard
Maison pour tous François Villon
55 rue des Araucarias
34080 MONTPELLIER**

Numéro d'agrément : S- 11-2012 en date du 27 Février 2012

Affiliation : UFOLEP

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 28 février 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0047

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

BOWLING CLUB DES SOURDS DE MONTPELLIER

ayant son siège social :

**47 clos de violettes – Bât A
5 rue Professeur Emile Forgue
34070 MONTPELLIER**

Numéro d'agrément : **S- 12-2012 en date du 29 Février 2012**

Affiliation : **FEDERATION FRANCAISE HANDISPORT**

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 6 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0049

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

**MONTPELLIER FOOTBALL AMERICAIN
LES HURRICANES**

ayant son siège social :

**23 rue de las Sorbes Bât A
34070 MONTPELLIER**

Numéro d'agrément : S- 13-2012 en date du 29 Février 2012

Affiliation : FEDERATION FRANCAISE de FOOTBALL AMERICAIN

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 6 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0048

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

RIVES D'ORB XV

ayant son siège social :

**Mairie de CESSENON
Place Jean Moulin
34460 CESSENON**

Numéro d'agrément : S- 14-2012 en date du 29 Février 2012

Affiliation : FEDERATION FRANCAISE de RUGBY

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 6 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0053

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

LOS PETANCAÏRES

ayant son siège social :

**33, rue Le RIO
3470 GRABELS**

Numéro d'agrément : S- 15-2012 en date du 8 mars 2012

Affiliation : **FEDERATION FRANCAISE
de PETANQUE ET JEU PROVENCAL**

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE

PREFECTURE DE L'HERAULT

Direction Départementale de la Cohésion Sociale

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

2012 / 0058

Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

ARRETE PORTANT SUR LA COMPOSITION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES ENFANTS MINEURS DANS LE SPECTACLE

- VU le Code du Travail et notamment ses articles L-7124-1 et suivants et R-4153-1 et suivants,
- VU le Code de l'Action Sociale et de la Famille
- VU le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles
- VU les désignations effectuées par :
- Le Directeur Départemental de l'Unité Territoriale de la DIRECCTE en date du 30 janvier 2012
 - Le Premier Président de la Cour d'Appel de Montpellier en date du 20 janvier 2012
 - La Direction des services départementaux de l'Education Nationale en date du 10 janvier 2012
 - La Directrice Départementale de l'Unité Territoriale de l'A.R.S. en date du 30 janvier 2012
 - Le Directeur Régional des Affaires Cultures Languedoc-Roussillon en date du 12 janvier 2012

Sur proposition du Directeur Départemental de la Cohésion Sociale

ARRETE :

Article 1^{er} :

Sont nommés membres de la Commission Départementale des Enfants Mineurs dans le Spectacle :

Un magistrat chargé des fonctions de **juge des enfants** et désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel, Président de la Commission :

Titulaire : Sylvie VALLET-MOULIN – juge des enfants

Suppléant : Yann BOUCHARE

L'Inspecteur d'Académie ou son représentant :

✓ **Titulaire : Suzanne BULTHEEL**

✓ **Suppléant : Florence BOUCART**

Le DIRECCTE. -Directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant :

Titulaire : Fabienne MIRAMOND-SCARDIA, Inspecteur du Travail de l'Unité Territoriale de l'Hérault

Suppléant : Bernadette Rignac, Contrôleur du Travail

Un médecin inspecteur de santé – Agence Régionale de la Santé:

✓ **Titulaire : Dr. Martine BOURDIOL-RAZES**

✓ **Suppléant : Dr. Patrick BENOIT**

Le Directeur Régional des Affaires Culturelles ou son représentant :

✓ **Titulaire : Didier DESCHAMPS**

✓ **Suppléant : Isabelle TACCONI**

Le Directeur départemental interministériel en charge de la Cohésion Sociale ou son représentant

✓ **Titulaire : Isabelle PANTEBRE**

✓ **Suppléant : Judith HUSSON**

Article 2 :

Le mandat des intéressés prendra effet le jour de la signature du présent arrêté.


Article 3 :

Le présent arrêté peut être contesté dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs devant le Tribunal Administratif de Montpellier.

Article 4 : La Directrice Départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Arrêtés Administratifs de l'Hérault.

Montpellier, le 13 MAR. 2012

Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général de la Préfecture



Alain ROUSSEAU



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 /0054

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

COMPAGNIE LES PETITES CHIPIES

ayant son siège social :

**Rue de la Calade
34700 SOUMONT**

Numéro d'agrément : **S- 16-2012 en date du 8 mars 2012**

Affiliation : **FEDERATION FRANCAISE DE DANSE**

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

signé

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0055

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

BOXING CLUB MARSEILLAN

ayant son siège social :

**28 chemin de la Salvetat
34340 MARSEILLAN**

Numéro d'agrément : S- 17-2012 en date du 8 mars 2012

Affiliation : FEDERATION FRANCAISE DE BOXE ANGLAISE

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0056

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

AEROCLUB DE PEZENAS - NIZAS

ayant son siège social :

**Aérodrome
34120 NIZAS**

Numéro d'agrément : S- 18-2012 en date du 8 mars 2012

Affiliation : **FEDERATION FRANCAISE DE VOL A VOILE
FEDERATION FRANCAISE DE GIRAVIATION**

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0057

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

KITE & WINDSURF MAGUELONE

ayant son siège social :

**10 rue de la Belle Maguelone
34750 VILLENEUVE LES MAGUELONE**

Numéro d'agrément : **S- 19-2012 en date du 8 mars 2012**

Affiliation : **FEDERATION FRANCAISE DE VOL A VOILE**

Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

**LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,**

Isabelle PANTEBRE



PREFET DE L'HERAULT

Direction départementale de la
cohésion sociale

Pôle Jeunesse, Sports et Vie Associative

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

PREFET DE L'HERAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

AGREMENT SPORT 2012 / 0061

Vu la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives ;

Vu le décret n° 2002-488 du 9 avril 2002 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée, et relatif à l'agrément des groupements sportifs ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 2011-I-2492 du 24 novembre 2011 accordant délégation de signature à Madame la Directrice départementale de la cohésion Sociale de l'Hérault ;

Vu la demande d'agrément présentée par l'Association Sportive ;

Vu la proposition de Madame la Directrice de la Cohésion Sociale de l'Hérault ;

ARRETE

Article 1er : L'agrément est délivré au groupement sportif :

ayant son siège social :

ASS. BASKET SAUVIAN SERIGNAN LITTORAL
10 rue Claude Nougaro
34410 SAUVIAN

Numéro d'agrément : S- 20-2012 en date du 13 mars 2012

Affiliation : FEDERATION FRANCAISE DE BASKET BALL

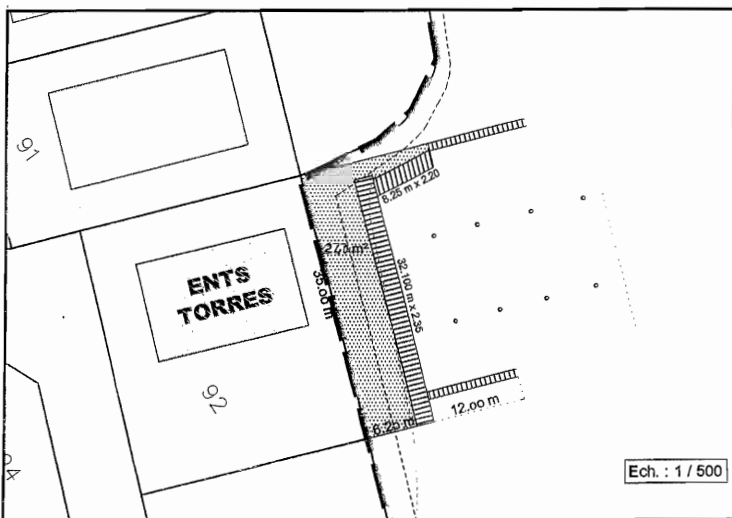
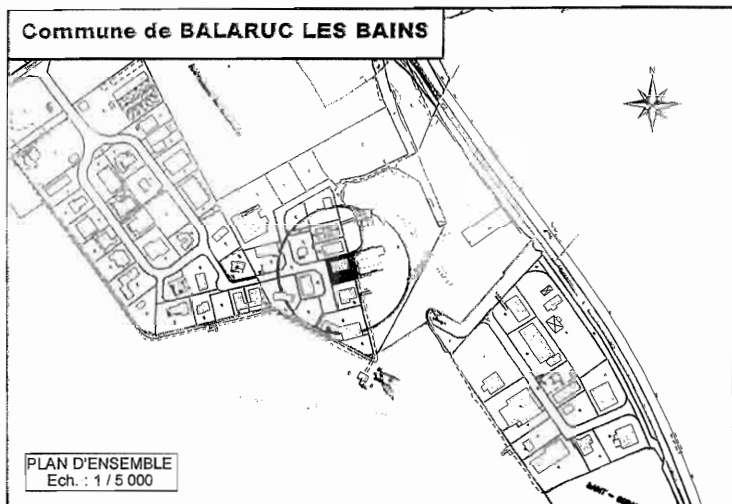
Article 2 : Cet arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault et la Directrice départementale de la Cohésion Sociale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier, le 15 mars 2012

LE PREFET et par délégation,
La directrice départementale
De la cohésion sociale,

Isabelle PANTEBRE



Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de l'Hérault
DDTM 34

Délégation à la mer et au Littoral
Unité DPM

520, allée Henri II
de Montmorency - CS 60 556
34064 Montpellier cedex 02
Tel. 04 34 46 60 00
Fax 04 34 46 61 00

ARRÊTÉ PRÉFECTORAL N° DDTM34 - 2012 - 03 - 02027

portant autorisation d'occupation temporaire d'une parcelle
du Domaine Public Maritime Naturel
située sur la commune de BALARUC LES BAINS

Le Préfet de la Région Languedoc Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

Vu le code général de la propriété des personnes publiques et ses articles L2122-1 à L2122-6
Vu le code du Domaine de l'Etat;
Vu le code de l'Urbanisme;
Vu la loi n° 86-2 du 03 janvier 1986 relatif à l'aménagement, la protection et la mise en valeur du littoral;
Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, relatif aux pouvoirs des Préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les Régions et Départements;
Vu l'arrêté préfectoral n° 2011/1 / 1485 du 5 juillet 2011, donnant délégation de signature à Mme Mireille JOURGET, Directrice de la Direction Départementale des Territoires et de la Mer de l'Hérault,
Vu la demande de l'Intéressé et les plans annexés en date du 05 mai 2011,
Vu l'avis favorable de Mr. Le Maire de la commune de Balaruc les Bains, en date du 21 septembre 2011,
Vu l'avis favorable de la DREAL/Service Biodiversité Eau Paysage/Unité Qualité des Eaux Littorales, en date du 15 février 2012,
Vu la décision du Directeur Régional des Finances Publiques de la Région Languedoc Roussillon et du Département de l'Hérault fixant les conditions financières en date du 17 janvier 2012,
Vu le rapport du Chef de l'Unité DPM en date du 01 mars 2012,

Sur proposition de M. le délégué mer et littoral, Unité DPM, de la DDTM,

ARRÊTE

ARTICLE 1 : - L'entreprise TORRES Jésus,
sise 21 / 34 Rue des Trimarans - ZAE - 34540 BALARUC LES BAINS
est autorisée, aux fins de sa demande et afin d'exercer son activité de chantier naval,
à occuper une parcelle située sur le Domaine Public Maritime, Etang de Thau - ZAE -
Commune de : BALARUC LES BAINS
Sous les conditions suivantes:
Cette autorisation lui est accordée pour l'occupation par une zone de mouillage de 438,50 m²,

un terrain nu de 239,17 m², un quai en bois de 93,59 m² et deux appontements, en bois, d'une superficie totale de 25,60 m².

Le Bénéficiaire ne pourra établir que des installations provisoires et démontables qu'il supprimera sans indemnité à la première réquisition de l'administration; il ne pourra apposer ou laisser apposer par des tiers des pancartes ou panneaux-réclames de quelque nature qu'ils soient dans les limites de son autorisation.

Le Bénéficiaire devra respecter les conditions d'exploitation habituelles tenant à la destination de ces ouvrages et afin de permettre le suivi des conditions d'utilisation du quai et pontons, le bénéficiaire aura l'obligation de tenir un registre des navires qui y sont amarrés. Ce registre, côté et paraphé par le DDTM/DML, sera tenu à la disposition des services chargés du contrôle et devra porter les indications suivantes:

nom du navire	immatriculation	identité propriétaire	date d'entrée	observations	date de sortie
---------------	-----------------	-----------------------	---------------	--------------	----------------

ARTICLE 2 : - La présente autorisation est accordée, à compter du 1 janvier 2012, pour une durée de 5 ans et à titre précaire et révocable sans indemnité.

A l'expiration de la présente autorisation, sauf disposition contraire, les lieux devront être libres de toute occupation.

L'autorisation n'est pas renouvelable.

Au cours de cette période d'occupation, l'autorisation pourra être modifiée ou rapportée, en tout ou partie, pour cause d'intérêt public ou pour inexécution d'une quelconque des conditions du présent arrêté.

En particulier, cet arrêté sera résilié dès l'obtention par la mairie de Balaruc les Bains d'une AOT Equipements et Mouillages Légers sur le site de Port Suttele.

ARTICLE 3 : Le pétitionnaire ne pourra en aucun cas être à l'origine d'un déversement direct dans l'étang de produits chimiques par ruissellement d'eaux pluviales. De même, toutes les eaux usées devront rigoureusement être raccordées au réseau public d'eaux usées.

A ce titre, il devra respecter l'ensemble des dispositions énoncées dans son courrier en date du 17 octobre 2011, qu'il s'est engagé à mettre en oeuvre pour le respect de l'environnement.

Tout manquement constaté entraînerait la résiliation de la présente autorisation.

ARTICLE 4 : - La superficie occupée sera conforme aux dispositions prévues sur le plan annexé à la présente autorisation :

- Cette superficie ne pourra être affectée par le Bénéficiaire à aucun autre usage que celui indiqué ci-dessus. Cet usage reste soumis à tous les règlements ou lois existants ou à intervenir sur la matière.

- Aucune dérogation n'est apportée à ces lois ou règlements par la présente autorisation.

- Le périmètre du terrain occupé sera tracé et arrêté sur les lieux par un agent de l'administration, délégué à cet effet, par la DDTM 34.

Si le Bénéficiaire commençait ses installations avant cette opération, ou si, en les exécutant, il dépassait le périmètre qui lui aurait été tracé, il serait passible des pénalités édictées par les règlements de la grande voirie pour les occupations illicites du Domaine Public. Après l'exécution des travaux, le récolement de l'emplacement occupé, sera dressé par un agent de l'Etat.

ARTICLE 5 : - Le Bénéficiaire devra acquitter à la Direction des Finances Publiques une redevance fixée par le Directeur Régional et Départemental des Finances Publiques, et exigible, pour la première année, dans les 10 jours de la notification du présent arrêté, ensuite annuellement et d'avance :

- Le montant de la redevance est fixé à **5131 € (Cinq mille cent trente et un euros)**.

- La redevance est révisable par les soins des Services Fiscaux le 1er janvier de chaque année, conformément à la réglementation en vigueur et aux directives des services fiscaux; la nouvelle redevance prend effet un mois après le jour où elle a été notifiée.

En cas de retard dans le paiement d'un seul terme, et sans qu'il soit nécessaire de procéder à une mise en demeure quelconque, les sommes non payées porteront intérêt au taux d'intérêt légal, quelle que soit la cause du retard : les fractions de mois seront négligées pour le calcul des intérêts .

ARTICLE 6 : - Il est interdit sous peine de résiliation immédiate de l'autorisation :

- de louer ou sous-louer, la totalité ou partie de l'immeuble objet de l'autorisation.

- de changer l'usage initial pour lequel l'autorisation a été délivrée.

ARTICLE 7 : - Cette autorisation étant accordée à titre précaire et toujours révocable, le Bénéficiaire sera tenu de vider les lieux et les rétablir dans leur état primitif sans avoir droit à aucune indemnité, sur la simple notification d'une décision prononçant la résiliation de l'autorisation et en se

conformant aux dispositions de cette décision.

ARTICLE 8 : - Dans le cas où pour quelque cause que ce soit, la présente autorisation serait résiliée, la redevance imposée au Bénéficiaire cessera de courir à partir du jour de la notification de la décision de révocation de son titre, et le Bénéficiaire ne pourra se pourvoir à fin de restitution de ce qu'il aurait payé en excédent.

ARTICLE 9 : - Les agents de la DDTM 34 ont la faculté d'accéder à tout moment à tout les points de la parcelle.

ARTICLE 10 : - Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

ARTICLE 11 : - Le Bénéficiaire a la faculté de demander la résiliation de son autorisation, annuellement, à la date anniversaire avec un préavis de 3 mois. En l'absence de préavis, le bénéficiaire sera tenu de payer la totalité de la redevance d'occupation de l'année suivante.

ARTICLE 12 : - Le Bénéficiaire de la présente autorisation devra seul supporter directement la charge de tous les impôts et notamment de l'impôt foncier, auxquels sont actuellement ou pourraient éventuellement être assujettis les terrains, aménagements et installations quelles qu'en soient l'importance et la nature, qui seraient exploités en vertu du présent arrêté.

ARTICLE 13 : - Les plans de toutes les modifications apportées aux installations provisoires devront être au préalable communiqués à la DDTM 34/ DML / Unité DPM qui se réserve la faculté de les faire modifier. L'inexécution de cette prescription pourra entraîner le retrait d'office de l'autorisation.

ARTICLE 14 : - La présente autorisation est personnelle, non cessible et n'est pas constitutive de droits réels.

ARTICLE 15 : - Toute transgression d'une des obligations contenues dans cet arrêté entraînera la résiliation immédiate de l'autorisation après mise en demeure non suivi d'effet.

ARTICLE 16 : - A la cessation, de la présente autorisation, les installations qui auront été réalisées sur les terrains visés à l'article 1er devront être enlevées et les lieux remis en leur état primitif par le bénéficiaire. A défaut, par celui-ci, de s'être acquitté de cette obligation dans le délai de trois (3) mois à dater de la cessation de l'autorisation, il pourra y être pourvu d'office à ses frais et risques par l'administration.

- Toutefois, si à la demande du bénéficiaire, l'administration accepte que des installations, en tout ou partie, ne soient pas enlevées, celles-ci deviendront la propriété de l'état, sans que ce dernier soit tenu au versement d'une quelconque indemnité à ce titre.

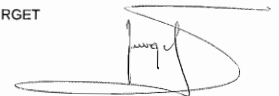
ARTICLE 17 : - Ampliation du présent arrêté publié au Recueil des Actes Administratifs, sera adressée à M. le Directeur Régional et Départemental des Finances Publiques et à Mme la Directrice Départementale des Territoires et de la Mer, aux fins de son exécution

- Un exemplaire du présent arrêté sera remis au Bénéficiaire par les soins de la Direction Régionale des Finances Publiques.

Montpellier, le 08 MARS 2012

Pour le Préfet et par délégation,
La Directrice Départementale des Territoires et de la Mer

Mireille JOURGET



Délais et voies de recours:

Le bénéficiaire d'une décision, qui désire la contester, peut saisir le tribunal administratif compétent d'un recours contentieux, dans les DEUX MOIS à partir de la notification de la décision attaquée. Il peut également saisir l'auteur de la décision d'un recours gracieux, ou son supérieur hiérarchique, d'un recours hiérarchique.

Cette démarche protège le délai de recours qui doit alors être introduit dans les deux mois suivant la réponse (l'absence de réponse au terme de quatre mois vaut rejet implicite).



PREFET DE L'HERAULT

ARRETE n° DD TM 34 - 2012 - 03 - 02032

**ARRETE PREFECTORAL RELATIF A L'INFORMATION DES ACQUEREURS ET
LOCATAIRES DE BIENS IMMOBILIERS SUR LES RISQUES NATURELS ET
TECHNOLOGIQUES MAJEURS**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon,
Préfet de l'Hérault,
Officier de la Légion d'Honneur,

COMMUNE DE CAPESTANG

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de l'environnement, notamment les articles L 125-5 et R 125-23 à R 125-27 ;

Vu l'arrêté préfectoral relatif à la liste des communes de l'Hérault où s'applique l'article L125-5 du code de l'environnement ;

Vu l'arrêté préfectoral en date du 20 Février 2012, portant élaboration du Plan de Prévention du Risque d'Inondation.

ARRÊTE :

ARTICLE 1 :

Les éléments nécessaires à l'élaboration de l'état des risques pour l'information des acquéreurs et des locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de CAPESTANG sont consignés dans le dossier communal d'informations annexé au présent arrêté.

Ce dossier comprend :

- la mention des risques naturels et des risques technologiques pris en compte,
- l'intitulé des documents auxquels le vendeur ou le bailleur peut se référer.

Ce dossier et les documents de référence sont librement consultables en préfecture, sous-préfectures et mairie.

Le dossier communal d'informations est accessible sur le site Internet de la préfecture <http://www.herault.pref.gouv.fr/>

ARTICLE 2 :

Ces informations seront mises à jour selon les modalités prévues par l'article R125-5 du code de l'environnement.

ARTICLE 3 :

Un exemplaire du présent arrêté et du dossier d'information est adressé au maire et à la chambre départementale des notaires.

Le présent arrêté sera affiché en mairie. Il sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le département.

ARTICLE 4 :

Mesdames et Messieurs le secrétaire général de la préfecture, le directeur de cabinet, les sous-préfets d'arrondissements, le directeur départemental des territoires et de la mer et le maire de la commune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Montpellier, le 09 MARS 2012

Pour le Préfet et par délégation,
Pour La Directrice Départementale Territoires
et de la Mer de l'Hérault
Le Chef du Service Eau et Risques


Guy LESCOILE



PREFET DE L'HERAULT

ARRETE n° DDTM 34 - 2012 - 03 - 02033

**ARRETE PREFECTORAL RELATIF A L'INFORMATION DES ACQUEREURS ET
LOCATAIRES DE BIENS IMMOBILIERS SUR LES RISQUES NATURELS ET
TECHNOLOGIQUES MAJEURS**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon,
Préfet de l'Hérault,
Officier de la Légion d'Honneur,

COMMUNE DE LESPIGNAN

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de l'environnement, notamment les articles L 125-5 et R 125-23 à R 125-27 ;

Vu l'arrêté préfectoral relatif à la liste des communes de l'Hérault où s'applique l'article L125-5 du code de l'environnement ;

Vu l'arrêté préfectoral en date du 20 Février 2012, portant élaboration du Plan de Prévention du Risque d'Inondation.

ARRÊTE :

ARTICLE 1 :

Les éléments nécessaires à l'élaboration de l'état des risques pour l'information des acquéreurs et des locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de LESPIGNAN sont consignés dans le dossier communal d'informations annexé au présent arrêté.

Ce dossier comprend :

- la mention des risques naturels et des risques technologiques pris en compte,
- l'intitulé des documents auxquels le vendeur ou le bailleur peut se référer.

Ce dossier et les documents de référence sont librement consultables en préfecture, sous-préfectures et mairie.

Le dossier communal d'informations est accessible sur le site Internet de la préfecture <http://www.herault.pref.gouv.fr/>

ARTICLE 2 :

Ces informations seront mises à jour selon les modalités prévues par l'article R125-5 du code de l'environnement.

ARTICLE 3 :

Un exemplaire du présent arrêté et du dossier d'information est adressé au maire et à la chambre départementale des notaires.

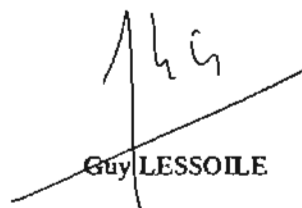
Le présent arrêté sera affiché en mairie. Il sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le département.

ARTICLE 4 :

Mesdames et Messieurs le secrétaire général de la préfecture, le directeur de cabinet, les sous-préfets d'arrondissements, le directeur départemental des territoires et de la mer et le maire de la commune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Montpellier, le 09 MARS 2012

Pour le Préfet et par délégation,
Pour La Directrice Départementale des Territoires
et de la Mer de l'Hérault
Le Chef du Service Eau et Risques


Guy LESOILE



PREFET DE L'HERAULT

ARRETE n° DDTM 34 - 2012 - 03 - 02034

**ARRETE PREFECTORAL RELATIF A L'INFORMATION DES ACQUEREURS ET
LOCATAIRES DE BIENS IMMOBILIERS SUR LES RISQUES NATURELS ET
TECHNOLOGIQUES MAJEURS**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon,
Préfet de l'Hérault,
Officier de la Légion d'Honneur,

COMMUNE DE MONTELS

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de l'environnement, notamment les articles L 125-5 et R 125-23 à R 125-27 ;

Vu l'arrêté préfectoral relatif à la liste des communes de l'Hérault où s'applique l'article L125-5 du code de l'environnement ;

Vu l'arrêté préfectoral en date du 20 Février 2012, portant élaboration du Plan de Prévention du Risque d'Inondation.

ARRÊTE :

ARTICLE 1 :

Les éléments nécessaires à l'élaboration de l'état des risques pour l'information des acquéreurs et des locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de MONTELS sont consignés dans le dossier communal d'informations annexé au présent arrêté.

Ce dossier comprend :

- la mention des risques naturels et des risques technologiques pris en compte,
- l'intitulé des documents auxquels le vendeur ou le bailleur peut se référer.

Ce dossier et les documents de référence sont librement consultables en préfecture, sous-préfectures et mairie.

Le dossier communal d'informations est accessible sur le site Internet de la préfecture <http://www.herault.pref.gouv.fr/>

ARTICLE 2 :

Ces informations seront mises à jour selon les modalités prévues par l'article R125-5 du code de l'environnement.

ARTICLE 3 :

Un exemplaire du présent arrêté et du dossier d'information est adressé au maire et à la chambre départementale des notaires.

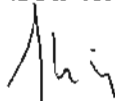
Le présent arrêté sera affiché en mairie. Il sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le département.

ARTICLE 4 :

Mesdames et Messieurs le secrétaire général de la préfecture, le directeur de cabinet, les sous-préfets d'arrondissements, le directeur départemental des territoires et de la mer et le maire de la commune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Montpellier, le 09 MARS 2012

Pour le Préfet et par délégation,
Pour La Directrice Départementale des Territoires
et de la Mer de l'Hérault
Le Chef du Service Eau et Risques


Guy LESSOILE



PREFET DE L'HERAULT

ARRETE n° DDTM 34 - 2012 - 03 - 02035

**ARRETE PREFECTORAL RELATIF A L'INFORMATION DES ACQUEREURS ET
LOCATAIRES DE BIENS IMMOBILIERS SUR LES RISQUES NATURELS ET
TECHNOLOGIQUES MAJEURS**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon,
Préfet de l'Hérault,
Officier de la Légion d'Honneur,

COMMUNE DE NISSAN-LEZ-ENSERUNE

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de l'environnement, notamment les articles L 125-5 et R 125-23 à R 125-27 ;

Vu l'arrêté préfectoral relatif à la liste des communes de l'Hérault où s'applique l'article L125-5 du code de l'environnement ;

Vu l'arrêté préfectoral en date du 20 Février 2012, portant élaboration du Plan de Prévention du Risque d'Inondation.

ARRÊTE :

ARTICLE 1 :

Les éléments nécessaires à l'élaboration de l'état des risques pour l'information des acquéreurs et des locataires de biens immobiliers situés sur le territoire de la commune de NISSAN-LEZ-ENSERUNE sont consignés dans le dossier communal d'informations annexé au présent arrêté.

Ce dossier comprend :

- la mention des risques naturels et des risques technologiques pris en compte,
- l'intitulé des documents auxquels le vendeur ou le bailleur peut se référer.

Ce dossier et les documents de référence sont librement consultables en préfecture, sous-préfectures et mairie.

Le dossier communal d'informations est accessible sur le site Internet de la préfecture [<http://www.herault.pref.gouv.fr>]

ARTICLE 2 :

Ces informations seront mises à jour selon les modalités prévues par l'article R125-5 du code de l'environnement.

ARTICLE 3 :

Un exemplaire du présent arrêté et du dossier d'information est adressé au maire et à la chambre départementale des notaires.


Le présent arrêté sera affiché en mairie. Il sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le département.

ARTICLE 4 :

Mesdames et Messieurs le secrétaire général de la préfecture, le directeur de cabinet, les sous-préfets d'arrondissements, le directeur départemental des territoires et de la mer et le maire de la commune sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Montpellier, le 09 MARS 2012

Pour le Préfet et par délégation,
Pour La Directrice Départementale des Territoires
et de la Mer de l'Hérault
Le Chef du Service Eau et Risques


Guy LESSOLLE



Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de l'Hérault
DDTM 34

Service Agriculture Forêt et Gestion
des Espaces Naturels

Le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,

Préfet de l'Hérault,

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

ARRETE N° DDTM34-2012-03-02038

Objet : fixant le ratio départemental de productivité minimale relatif à l'aide aux ovins pour la campagne 2012

VU le règlement (CE) n° 73/2009 du Conseil du 19 janvier 2009 établissant des règles communes pour les régimes de soutien direct dans le cadre de la politique agricole commune et établissant certains régimes de soutien en faveur des agriculteurs, notamment son article 111 ,

VU la réglementation nationale prise pour application des dispositions prévues à l'article 68 du règlement (CE) n° 73/2009 du Conseil du 19 janvier 2009,

VU le code rural, et notamment son article D 615-44-23, paragraphes I et II,

VU l'arrêté du 27 juin 2011 fixant les conditions d'accès aux soutiens spécifiques en faveur des agriculteurs dans le cadre de la politique agricole commune,

VU l'arrêté du 5 décembre 2011 portant fixation du ratio de productivité minimale relatif à l'aide aux ovins pour la campagne 2012,

VU l'arrêté préfectoral N°2012-I-337 du 13/02/2012 portant délégation de signature à la directrice départementale de l'agriculture et de la forêt,

Sur proposition de la directrice départementale des territoires et de la mer,

ARRETE

ARTICLE 1 : un agriculteur, souhaitant bénéficier de l'aide aux ovins pour la campagne 2012, et dont le siège d'exploitation est situé dans le département 34, s'engage à respecter un ratio minimum de productivité fixé à 0.6 naissance par brebis.

ARTICLE 2 :

Le secrétaire général de la préfecture, la directrice départementale des Territoires et de la Mer, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Pour le Préfet,
La Directrice Départementale
des Territoires et de la Mer

SIGNE

Mireille JOURGET



PRÉFET DE L'HERAULT

Direction départementale
des Territoires et de la mer
de l'Hérault

Service Eau et Risques
Unité Gestion de l'Eau

ARRETE N° DDTM 34 2012.03.02039

Objet : Agrément du Trésorier de l'Association Agréée pour la Pêche et la Protection du milieu Aquatique
"Les Pêcheurs vallée d'Orb" de BEZIERS.

Le préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

Vu les articles R.434-27 et suivants du code de l'environnement ;

Vu le procès-verbal de l'assemblée générale de l'A.A.P.P.M.A.A "les pêcheurs vallée d'Orb" de Béziers en date du 10 février 2012, en vue de l'élection d'un trésorier ;

Vu l'arrêté n°2012-I-337 du 13 février 2012 de délégation de signature de madame Mireille JOURGET, directrice départementale des territoires et de la mer de l'Hérault ;

Vu l'arrêté DDTM 34-2012-02-01963 du 15 février 2012 de subdélégation de signature de monsieur Guy LESSOILE, chef du service Eau et Risques de la direction départementale des territoires et de la mer de l'Hérault ;

Sur proposition de madame la directrice départementale des territoires et de la mer de l'Hérault;

ARRETE

ARTICLE 1 :

L'agrément prévu à l'article R.434-27 du code de l'environnement est accordé à **Monsieur PAVIA Gérard**, élu en qualité de **Trésorier** en remplacement de Monsieur COSI Vincent, démissionnaire, de l'association agréée pour la Pêche et la Protection du Milieu Aquatique "Les Pêcheurs vallée de l'Orb" de BEZIERS, le 10 février 2012 lors de l'assemblée générale.

Le mandat de **Monsieur PAVIA Gérard** prend effet le 10 février 2012. Le présent agrément cessera de porter effet si l'intéressé perd la qualité au titre de laquelle cet agrément est délivré.

ARTICLE 2 :

Le Secrétaire Général de la préfecture de l'Hérault, la Directrice départementale des territoires et de la mer de l'Hérault, le Président de la fédération départementale des associations agréées de pêche et de pisciculture de l'Hérault, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont l'original sera enregistré au recueil des actes administratifs.

Montpellier, le **12 MARS 2012**

Le Chef du Service Eau et Risques


Guy LESSOILE

ARRETE PREFECTORAL N°DDTM34-2012-03-02045

de dérogation aux interdictions de destruction d'une espèce de faune sauvage protégée, ainsi que ses habitats de repos ou de reproduction, pour le projet de renouvellement et d'extension de la carrière GSM à Poussan, lieu-dit « la réserve »

**Le Préfet de l'Hérault
Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Officier de la Légion d'Honneur**

VU le code de l'environnement et notamment ses articles L.411-1 et L.411-2, et R.411-1 à R.411-14 ;

VU l'arrêté interministériel du 19 février 2007 fixant les conditions de demande et d'instruction des dérogations définies au 4° de l'article L.411-2 du code de l'environnement portant sur des espèces de faune et de flore sauvages protégées, modifié par l'arrêté du 28 mai 2009 ;

VU l'arrêté du 19 novembre 2007 fixant les listes des amphibiens et des reptiles protégés sur l'ensemble du territoire et les modalités de leur protection ;

VU la demande de dérogation adressée le 16 décembre 2011 par la société GSM Italcementi Group pour la destruction d'individus et d'habitats de repos ou de reproduction du Léopard des murailles *Podarcis muralis*, dans le cadre du projet d'extension de la carrière « La Réserve » à Poussan (34) ;

VU le dossier de saisine du Conseil National de la Protection de la Nature (CNP) relatif à la demande de dérogation aux interdictions concernant le Léopard des murailles, établi par Biotope en mai 2011, et joint à la demande de dérogation de GSM ;

VU l'avis favorable du Directeur Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement du Languedoc-Roussillon en date du 23 décembre 2011 ;

VU l'avis favorable sous conditions de l'expert faune délégué du Conseil National de la Protection de la Nature en date du 12 janvier 2012 ;

Considérant que la demande de dérogation concerne uniquement le Léopard des murailles *Podarcis muralis*, et porte sur la destruction de spécimens et la destruction, l'altération ou la dégradation de sites de reproduction ou d'aires de repos de cette espèce ;

Considérant que le projet d'extension de la carrière de la Réserve, à Poussan répond à des raisons impératives d'intérêt public majeur, par rapport à l'intérêt de la conservation des populations locales de l'espèce protégée concernée ;

Considérant qu'il n'existe pas d'autre solution satisfaisante pour la réalisation de ce projet ;

Considérant que le pétitionnaire s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des mesures pour éviter, réduire et compenser ses impacts sur les espèces protégées telles qu'elles sont décrites dans le dossier de demande de dérogation ;

Considérant que dans ces conditions, la dérogation ne nuit pas au maintien, dans un état de conservation favorable, des populations des espèces protégées concernées ;

SUR proposition du Directeur Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Identité du demandeur de la dérogation :

Société GSM secteur Languedoc
Les Technodes BP 2
78931 GUERVILLE Cedex
représenté par M. Patrice Gazzarin, Directeur de région.

Une dérogation aux interdictions portant sur l'espèce protégée, Léopard des murailles *Podarcis muralis* est accordée aux conditions ci après :

Période de validité :

A compter de la date de notification du présent arrêté de dérogation et pendant toute la durée de validité de l'autorisation de la carrière la Réserve, commune de Poussan. A titre indicatif, le calendrier d'exploitation puis de remise en état est prévu jusqu'en 2042 inclus.

Nature de la dérogation :

Dans le cadre des travaux d'ouverture, d'exploitation et de remise en état de la carrière la Réserve :

- la destruction de spécimens et d'habitats de repos et de reproduction de l'espèce animale protégée suivante :

- *Podarcis muralis* – Léopard des murailles, pour un nombre d'individus estimé entre 30 et 50, et une destruction d'habitats de reproduction de l'espèce de 0,15ha, lors de la destruction du front de taille Nord de la carrière actuelle.

Lieux concernés par cette dérogation :

Cette dérogation concerne la zone d'emprise de la carrière GSM et son extension, c'est à dire les parties des parcelles suivantes, de la commune de Poussan, section C : parcelles n°353, 372, 378, 460, 461, 462, 515. Un plan de localisation est donné page 13 du dossier de demande de dérogation.

ARTICLE 2 :

Afin de réduire au maximum les impacts des travaux sur les espèces de faune et de flore protégées et plus largement sur le milieu naturel, GSM et l'ensemble de ses prestataires engagés dans l'extension, l'exploitation, et la remise en état de la carrière, s'engagent à mettre en œuvre les mesures d'atténuation suivantes :

- MS1 - Préservation de la zone tampon située à l'Ouest de la carrière en activité et de l'extension Nord ;

- MS2 – Réalisation des débroussailllements uniquement entre le 1er août et le 31 octobre, c'est à dire hors période de nidification des oiseaux et en période d'activité des reptiles ;
- MS3 – Destruction des vieux fronts de taille situés au Nord de la carrière actuelle, uniquement entre le 1er août et le 31 octobre, c'est à dire hors période de nidification des oiseaux et en période d'activité des reptiles ;
- MS4 – Respect de la nidification des oiseaux patrimoniaux ;
- MR1 – Préservation d'une bande de garrigue d'environ 50 m de large entre l'extension de la carrière et les vignobles situés au Nord ;
- MR2 – Limitation des envols de poussières (confinements, aspiration, filtration, pulvérisation d'eau sur les pistes...).

Afin de s'assurer du respect des mesures décrites ci-avant par l'ensemble des intervenants de la carrière, GSM devra mettre en place une démarche d'encadrement écologique du chantier.

Ces mesures sont listées en page 53 dans le dossier de demande de dérogation et détaillées en annexe au dossier, dans l'étude faune-flore de l'étude d'impact, pages 51-52.

Pour la mesure MS4, GSM mettra en place un suivi, en mai, des oiseaux nicheurs autour des zones exploitées, et en cas d'installation de couples d'oiseaux patrimoniaux, des mesures devront être prises pour éviter le dérangement (arrêt de tirs de mines et de la fréquentation à proximité des nids identifiés entre mai et juillet).

ARTICLE 3 :

Afin de compenser les impacts résiduels des travaux sur le Lézard des murailles et plus largement sur le milieu naturel, GSM doit mettre en œuvre la mesure compensatoire suivante :

- MC1 : restauration d'habitats favorables au Lézard des murailles, aux insectes, aux autres reptiles et aux oiseaux.

La mesure consistera plus précisément à :

- 1) ré-ouvrir de manière « écologique » une surface d'environ 9,25 ha située à l'ouest de la zone d'extension de la carrière,
- 2) créer un merlon d'environ 1,5 m de haut sur quelques mètres de large, constitué de matériaux grossiers, à l'interface entre la zone d'exploitation et la zone ré-ouverte,
- 3) assurer pendant la durée d'autorisation de la carrière (à titre indicatif, 30 ans) l'entretien des surfaces ainsi réouvertes suivant un plan de gestion, à définir en 2012.

L'entretien devra être réalisé soit mécaniquement, par girobroyage tous les 3 à 5 ans (suivant reprise du chêne kermès) avec exportation des rémanents ligneux si possible, soit par entretien pastoral. En cas de girobroyage, celui-ci devra être réalisé entre le 1er août et le 31 octobre.

Cette mesure sera mise en place sur les parties de parcelles dont GSM à la maîtrise foncière, sur la commune de Poussan, section C, parcelles 353, 460, 461 et 462, pour les parties de ces parcelles non nécessaires à l'extension de la carrière, soit une surface estimée à 9,25ha. La réouverture devra être faite au plus tard simultanément à l'ouverture des secteurs d'extension de la carrière, et si possible, un an avant cette ouverture.

Le plan de gestion des parcelles compensatoires sera établi en 2012 par une structure compétente en matière de gestion d'espaces naturels. Le plan de gestion précisera les modalités exactes de restauration, d'entretien et de suivi écologique, en fonction des objectifs et principes définis pages 60 à 63 du dossier de demande de dérogation.

Ce plan de gestion d'une durée à définir par GSM, devra être soumis pour validation à la DREAL Languedoc-Roussillon. Il sera renouvelé ou prolongé en tant que de besoin jusqu'en 2042, suivant les résultats des suivis mis en œuvre conformément à l'article 4.

En fonction des résultats de ces suivis, les actions de gestion pourront être revues afin de les adapter à l'évolution des milieux et des espèces, dans le respect des objectifs initiaux. Tout changement substantiel de la gestion par rapport au plan de gestion établi devra être validé par la DREAL LR.

ARTICLE 4 :

Les résultats de l'ensemble des mesures d'atténuation (MS1 à MS4, MR1 et MR2) et de compensation (MC1) devront faire l'objet de mesures de suivi pour s'assurer de la colonisation de la zone restaurée et du merlon par le Lézard des murailles, et par les autres espèces d'insectes, reptiles et oiseaux visées par le dossier de dérogation, comme décrit pages 62-63 du dossier de dérogation.

Ces mesures consistent à suivre :

- la colonisation des habitats restaurés par le Lézard des murailles sur la base de la méthode utilisée dans le cadre de la demande de dérogation : pour chaque secteur d'1ha, 3 points d'observations de 5 minutes par secteur, avec au moins 20m entre chaque point ;
- la colonisation des habitats restaurés par des espèces patrimoniales de flore, d'insectes, de reptiles et d'oiseaux, par des prospections naturalistes (effort de prospection à préciser dans le plan de gestion défini à l'article 3) ;
- la diversité spécifique, sur des placettes à définir dans le plan de gestion, par 2 passages au cours desquels seront effectués des relevés phytosociologiques simplifiés et un inventaire des rhopalocères et orthoptères ;
- l'abondance des couples d'oiseaux nicheurs par 2 campagnes de points d'écoutes (IPA) en période de nidification (2 fois 5 points d'écoute, espacés de 200 à 300m).

Le suivi sera également réalisé sur une zone témoin de garrigue à Chêne kermès non restaurée.

Les données recueillies lors de ces suivis seront transmises aux têtes de réseau du SINP en Languedoc-Roussillon. Les résultats de ces suivis seront rendus publics, via la DREAL, pour permettre l'amélioration des évaluations d'impacts et le retour d'expérience pour d'autres projets en milieux équivalents.

ARTICLE 5 :

La présente dérogation ne dispense pas le demandeur de solliciter les autres accords ou autorisations nécessaires pour la réalisation des travaux et l'exploitation de la carrière.

ARTICLE 6 :

Le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault. Tout recours à l'encontre du présent arrêté pourra être porté devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication. Dans ce même délai, un recours gracieux peut-être présenté à l'auteur de la décision. Dans ce cas, le recours contentieux pourra alors être introduit dans les deux mois suivant la réponse, le silence gardé pendant deux mois suivant le recours gracieux emportant le rejet de la demande.

ARTICLE 7 :

Le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault, le Directeur Régional de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement, la Directrice Départementale des Territoires et de la Mer et le Chef du service départemental de l'Office National de la Chasse et de la Faune Sauvage, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

A Montpellier, le 16 mars 2012

Pour le préfet et par délégation,

Le secrétaire général

signé

Alain ROUSSEAU



PREFECTURE DE L'HERAULT

**DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES,
DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI
LANGUEDOC-ROUSSILLON**

ARRETE

PORTANT SUBDELEGATION DE SIGNATURE de Monsieur Philippe MERLE, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon pour les compétences du Préfet de l'Hérault

**LE DIRECTEUR REGIONAL DE ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA
CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI
LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Vu le décret du 11 décembre 2008 nommant Monsieur Claude BALAND, préfet de l'HERAULT ;

Vu l'arrêté du 23 novembre 2011 nommant Philippe MERLE, ingénieur général des mines, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon ;

VU l'arrêté préfectoral du 8 décembre 2011 donnant délégation de signature à M. Philippe MERLE, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Languedoc-Roussillon ;

ARRETE :

Article 1^{er} : Subdélégation permanente de signature est donnée, dans la limite des attributions prévues aux articles 1, 2 et 4 de l'arrêté préfectoral susvisé,

à MM. **Didier REY**, chef du pôle Entreprises, Economie, Emploi et **François DELEMOTTE**, chef du pôle Politique du Travail, chacun dans la limite de leurs compétences respectives,

à Madame **Anne-Marie SABATIER**, responsable de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon,

à MM. **Christian RANDON** et **Roger MONCHARMONT**, directeurs délégués de l'unité territoriale de l'Hérault

A Madame **Dominique CROS**, directrice adjointe du travail, de l'unité territoriale de l'Hérault.

Article 2 : En cas d'absence ou d'empêchement de Mesdames Anne-Marie SABATIER et Dominique CROS, de MM. Christian RANDON et Roger MONCHARMONT, subdélégation de signature est donnée, aux agents sous leur autorité,

M. **Frédéric ALOY**, attaché, pour les domaines **Accompagnement des mutations économiques et de développement de l'emploi** (conclusions de conventions d'aide à l'élaboration d'un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, attributions d'aides aux actions de reclassement et de reconversion industrielle), **signature de conventions FISAC**

Fonds national pour l'emploi (allocations spécifiques de chômage partiel, conventions d'activité partielle de longue durée, conventions de congé de conversion, conventions de cellule de reclassement, conventions d'allocation temporaire dégressive, convention d'adaptation et de formation professionnelle)

Mmes **Marie-Hélène JOUAUX** et **Claire MACLAIN**, contrôleurs du travail, pour le domaine **Insertion par l'activité économique** (conclusions et résiliations de conventions et contrôle d'entreprises d'insertion et de travail temporaire d'insertion, conclusions et résiliations de conventions avec des associations intermédiaires, conclusions et résiliations avec les chantiers et les ateliers d'insertion, gestion et attributions de concours du fonds départemental d'insertion)

Mme **Sophie LANGLOIS**, chargée de mission, pour le domaine **Insertion des travailleurs handicapés et assimilés** (attributions de primes de reclassement et d'installation pour les travailleurs handicapés, notification de pénalités pour l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés)

Mme **Véronique BANSARD**, contrôleur du travail, pour les domaines **Groupements d'employeurs** (conclusions de conventions) et **Services à la personne** (agrément).

Article 3 : Subdélégation de signature est donnée, à l'effet de signer au nom du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Languedoc-Roussillon, les décisions, actes administratifs et correspondances relevant des champs et domaines énumérés à l'article 3 de l'arrêté préfectoral susvisé,

à MM. **Alain PLA**, chef de pôle concurrence, consommation, métrologie et répression des fraudes, **Alain ZERMATTEN**, adjoint au chef de pôle concurrence, consommation, métrologie et répression des fraudes.

à M. **Pascal SANJUAN** pour l'attribution d'agrément et de marques d'identification.

Article 4 : Les décisions relatives à la présente subdélégation devront être signées :

Pour le Préfet de l'Hérault,
Et, par subdélégation du DIRECCTE LR,
Le ...

Pour le Préfet de l'Hérault,
par subdélégation du DIRECCTE LR,
et, pour leempêché,
Le ...

Article 5 : L'arrêté du 8 décembre 2011 portant subdélégation de M. Philippe MERLE est abrogé.

Article 6 : Le directeur régional des entreprises, de la concurrence de la consommation du travail et de l'emploi, les chefs de pôle et la responsable de l'unité territoriale de l'Hérault sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera affiché et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 8 mars 2012

POUR LE PREFET,
LE DIRECTEUR REGIONAL DES
ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE
LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE
L'EMPLOI

signé

PHILIPPE MERLE

PREFECTURE DE L'HERAULT

DIRECCTE du Languedoc-Roussillon - Unité territoriale de l'Hérault

**Arrêté portant agrément
d'un organisme de services à la personne
numéro : 12-XVIII-157**

**AGREMENT
N° SAP/775589237**

Le Préfet de l'Hérault

Vu le code du travail et notamment les articles L. 7232-1, R. 7232-1 à R. 7232-13, D. 7231-1, D.7231-2 et D.7233-1,

Vu le cahier des charges de l'agrément fixé par l'arrêté du 26 décembre 2011,

VU les articles L 4611-1 et suivants du code du travail relatifs aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre.2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

VU l'autorisation délivrée le 4 janvier 2007 par le Président du Conseil Général de l'Hérault pour l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34, représentée par son Président Monsieur Robert LARROCHE,

Vu l'agrément qualité N° E/220607/A/034/Q/029.attribué le 22 juin 2007 à l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34,

Vu la demande de renouvellement d'agrément reçue le 15 décembre 2011 par Monsieur Alain PRAT, en qualité de Directeur Général,

Vu l'avis émis le 10 janvier 2012.par le président du conseil général de l'Hérault,

Sur proposition de la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon.

Arrête :

Article 1 : L'agrément de l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34 dont le siège social est situé 450 avenue du Maréchal Juin – 34200 SETE.est accordé pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2012.

La demande de renouvellement devra être déposée dans les conditions fixées par l'article R.7232-9 et, au plus tard, trois mois avant la fin de cet agrément.

Article 2 : Cet agrément couvre les activités suivantes :

- assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux,
- assistance aux personnes handicapées y compris les activités d'interprète en langue des signes de techniciens de l'écrit et de codeurs en langage parlé complété,
- garde-malade à l'exclusion des soins,
- aide à la mobilité et au transport de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de service d'assistance de vie,
- accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, acte de la vie courante) à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile.

Article 3 : Les activités mentionnées à l'article 2 seront effectuées en qualité de :

- prestataire
- mandataire

Article 4 : Conformément à l'article R 7232-5 du code du travail, cet agrément est valable dans le Département de l'Hérault pour l'(les) établissement(s) suivant(s) :

- 450 avenue du Maréchal Juin – 34200 SETE (2 établissements : 1 siège et 1 établissement secondaire),
- 59 avenue de Toulouse – Immeuble le Toulouse Bat C – 34000 MONTPELLIER (établissement secondaire),
- 5 Bd de la Liberté – 34130 MAUGUIO (établissement secondaire),
- 18 rue Pierre Loti – 34500 BEZIERS (établissement secondaire),
- 4 Bd de la Liberté – 34700 LODEVE (établissement secondaire),
- 9 parc d'activité Camalce – 34150 GIGNAC (établissement secondaire).

Article 5 : Sous peine de retrait de cet agrément, si l'organisme envisage de fournir des services ou de fonctionner selon des modes d'intervention autres que ceux pour lesquels il est agréé ou de déployer ses activités sur un territoire autre que celui pour lequel il est agréé, il devra solliciter une modification préalable de son agrément. La demande devra préciser les modifications envisagées et les moyens nouveaux correspondants dans les conditions fixées par la réglementation.

L'ouverture d'un nouvel établissement ou d'un nouveau local d'accueil dans un département pour lequel il est agréé devra également faire l'objet d'un signalement préalable.

Article 5bis :

L'organisme agréé devra informer le service instructeur de son agrément de tout changement (gérance, présidence, changement de siège social, adresse).

Article 6 : Le présent agrément pourra être retiré si l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R.7232-4 à R.7232-10 du code du travail,
- ne respecte pas les dispositions légales relatives à la santé et à la sécurité au travail,
- exerce d'autres activités ou sur d'autres territoires que ceux déclarées dans la demande d'agrément,
- ne transmet pas au préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan quantitatif et qualitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

Article 7 : Cet agrément n'ouvre pas droit aux avantages fiscaux et sociaux fixés par l'article L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale. Conformément à l'article L.7232-1-1 du code du travail, pour ouvrir droit à ces dispositions, l'organisme doit se déclarer et n'exercer que les activités déclarées, à l'exclusion de toute autre (ou tenir une comptabilité séparée pour les organismes dispensés de cette condition par l'article L. 7232-1-2).

Article 8 :

La Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Hérault.

Montpellier, le 13 mars 2012

Pour le préfet et par délégation
Pour le directeur régional des entreprises, de la concurrence,
de la consommation, du travail et de l'emploi
du Languedoc-Roussillon
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PREFECTURE DE L'HERAULT

DIRECCTE du Languedoc-Roussillon - Unité territoriale de l'Hérault

**Arrêté portant agrément
d'un organisme de services à la personne
numéro : 12-XVIII-163**

**AGREMENT
N° SAP/484089172**

Le Préfet de l'Hérault

Vu le code du travail et notamment les articles L. 7232-1, R. 7232-1 à R. 7232-13, D. 7231-1, D.7231-2 et D.7233-1,

Vu le cahier des charges de l'agrément fixé par l'arrêté du 26 décembre 2011,

Vu les articles L 4121-1 et suivants du code du travail.

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre.2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

VU l'autorisation délivrée le 31 juillet 2007 par le Président du Conseil Général de l'Hérault pour l'association TOUT POUR LA FAMILLE, représentée par son Président, Monsieur Jean REGINARD,

Vu l'agrément qualité N° E/230807/A/034/Q/042.attribué le 23 août 2007 à l'association TOUT POUR LA FAMILLE,

Vu la demande de renouvellement d'agrément reçue le 5 octobre 2011 et complétée le 30 novembre 2011 par Monsieur Jean REGINARD, en qualité de Président,

Sur proposition de la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon.

Arrête :

Article 1 : L'agrément de l'association TOUT POUR LA FAMILLE.dont le siège social est situé 24 rue de la Palmeraie – 34200 SETE.est accordé pour une durée de cinq ans à compter du 31 juillet 2012.

La demande de renouvellement devra être déposée dans les conditions fixées par l'article R.7232-9 et, au plus tard, trois mois avant la fin de cet agrément.

Article 2 : Cet agrément couvre les activités suivantes :

- assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux.

Article 3 : Les activités mentionnées à l'article 2 seront effectuées en qualité de :

- prestataire

Article 4 : Conformément à l'article R 7232-5 du code du travail, cet agrément est valable dans le Département de l'Hérault pour l'(les) établissement(s) suivant(s) :

- 24 rue de la Palmeraie – 34200 SETE (siège),
- Immeuble le Don Quichotte – 60 rue des Charbonniers – 34200 SETE (services administratifs),
- 322 rue de Verdun – 34400 LUNEL (annexe),
- 109 avenue de Lodève – 34070 MONTPELLIER (annexe),
- 5 place de la République – 34720 CAUX (annexe).

Article 5 : Sous peine de retrait de cet agrément, si l'organisme envisage de fournir des services ou de fonctionner selon des modes d'intervention autres que ceux pour lesquels il est agréé ou de déployer ses activités sur un territoire autre que celui pour lequel il est agréé, il devra solliciter une modification préalable de son agrément. La demande devra préciser les modifications envisagées et les moyens nouveaux correspondants dans les conditions fixées par la réglementation.

L'ouverture d'un nouvel établissement ou d'un nouveau local d'accueil dans un département pour lequel il est agréé devra également faire l'objet d'un signalement préalable.

Article 5bis :

L'organisme agréé devra informer le service instructeur de son agrément de tout changement (gérance, présidence, changement de siège social, adresse).

Article 6 : Le présent agrément pourra être retiré si l'organisme agréé :

- cesse de remplir les conditions ou de respecter les obligations mentionnées aux articles R.7232-4 à R.7232-10 du code du travail,
- ne respecte pas les dispositions légales relatives à la santé et à la sécurité au travail,
- exerce d'autres activités ou sur d'autres territoires que ceux déclarées dans la demande d'agrément,
- ne transmet pas au préfet compétent avant la fin du premier semestre de l'année, le bilan quantitatif et qualitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

Article 7 : Cet agrément n'ouvre pas droit aux avantages fiscaux et sociaux fixés par l'article L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale. Conformément à l'article L.7232-1-1 du code du travail, pour ouvrir droit à ces dispositions, l'organisme doit se déclarer et n'exercer que les activités déclarées, à l'exclusion de toute autre (ou tenir une comptabilité séparée pour les organismes dispensés de cette condition par l'article L. 7232-1-2).

Article 8 :

La Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de l'Hérault.

Montpellier, le 15 mars 2012

Pour le préfet et par délégation
Pour le directeur régional des entreprises, de la concurrence,
de la consommation, du travail et de l'emploi
du Languedoc-Roussillon
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistré
sous le N° SAP/492993258
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-161**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée le 14 mars 2012 auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon par Messieurs JOURNE Emmanuel, FORTIS Gianbeppi et RACHEDI Karim, co-gérants de la SARL TELIMA MEDITERRANEE FAMILY dénommée PC 30 FAMILY, sise 909 avenue des Platanes – la Salicorne – 34970 LATTES.

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de la SARL TELIMA MEDITERRANEE FAMILY dénommée PC 30 FAMILY, sous le n° SAP/492993258.

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire à compter du 14 mars 2012.

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- assistance informatique et internet à domicile en référence à la liste des prestations ci-dessous :
 - livraison au domicile au domicile de matériels informatiques,
 - installation et mise en oeuvre au domicile de matériels et logiciels informatiques,
 - maintenance logicielle au domicile du matériel informatique,
 - initiation et formation au fonctionnement du matériel informatique et aux logiciels non professionnels, à condition que cette prestation soit comprise dans la chaîne des prestations de service décrite ci-dessus.
- Sont exclus le dépannage et l'assistance informatique effectuée à distance (Internet, téléphone...), la réparation de matériels et la vente de matériels de logiciels.
Le montant de ces prestations est plafonné à 1 000 euros par an et par foyer fiscal.

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 14 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
Préfet de l'Hérault
Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistrée
sous le N° SAP/775589237
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-156**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée le 15 décembre 2011 auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon par Monsieur Robert LARROCHE, Président de l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34, sise 450 avenue du Maréchal 34200 SETE.

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de l'association Héraultaise d'Aide et de Soins à Domicile dénommée SESAM 34, sous le n° SAP/775589237.

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire - mandataire à compter du 1^{er} janvier 2012.

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- préparation de repas à domicile y compris le temps passé en commissions,
- entretien de la maison et travaux ménagers,
- garde d'enfants de plus de trois ans,
- assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux,
- assistance aux personnes handicapées y compris les activités d'interprète en langue des signes de techniciens de l'écrit et de codeurs en langage parlé complété,

- garde-malade à l'exclusion des soins,
- aide à la mobilité et au transport de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de service d'assistance de vie,
- accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, acte de la vie courante) à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile.

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
Préfet de l'Hérault
Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistré
sous le N° SAP/749992855
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-160**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée le 3 mars 2012 auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon par Monsieur Gilles MISSONNIER, Président de l'association RELIANCE, sise 132 rue Jean Carnet – 34070 MONTPELLIER.

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de l'association RELIANCE, sous le n° SAP/749992855.

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire à compter du 3 mars 2012.

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- soutien scolaire,

Cette prestation s'exerce exclusivement au domicile des particuliers. Les cours doivent être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire. Sont exclus, toutes prestations de formation collective ou à distance.

- livraison des courses à domicile,

- collecte et livraison à domicile de linge repassé

à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile

- préparation de repas à domicile y compris le temps passé en commissions,

- entretien de la maison et travaux ménagers,
- assistance administrative à domicile,
- soins et promenades d'animaux de compagnie à l'exclusion des soins vétérinaires et de toilettage pour les personnes dépendantes,
- garde d'enfants de plus de trois ans,
- accompagnement d'enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile,
- activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services à la personne (coordination).

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 14 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
Préfet de l'Hérault
Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistré
sous le N° SAP/484089172
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-162**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée le 5 octobre 2011 et complétée le 30 novembre 2011 auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon par Monsieur Jean REGINARD, Président de l'association TOUT POUR LA FAMILLE, sise 24 rue de la Palmeraie – 34200 SETE.

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de l'association TOUT POUR LA FAMILLE, sous le n° SAP/484089172.

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire à compter du 31 juillet 2012.

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- assistance informatique et internet à domicile en référence à la liste des prestations ci-dessous :
 - livraison au domicile au domicile de matériels informatiques,
 - installation et mise en oeuvre au domicile de matériels et logiciels informatiques,
 - maintenance logicielle au domicile du matériel informatique,
 - initiation et formation au fonctionnement du matériel informatique et aux logiciels non professionnels, à condition que cette prestation soit comprise dans la chaîne des prestations de service décrite ci-dessus.
- Sont exclus le dépannage et l'assistance informatique effectuée à distance (Internet, téléphone...), la réparation de matériels et la vente de matériels de logiciels.
Le montant de ces prestations est plafonné à 1 000 euros par an et par foyer fiscal.

- soutien scolaire,
- cours à domicile,

Ces prestations s'exercent exclusivement au domicile des particuliers. En ce qui concerne le soutien scolaire, les cours doivent être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire. Sont exclus, toutes prestations de formation collective ou à distance.

- livraison des repas à domicile,
- livraison des courses à domicile,
- collecte et livraison à domicile de linge repassé

à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile

- préparation de repas à domicile y compris le temps passé en commissions,
- petits travaux de jardinage y compris travaux de débroussaillage (travaux d'entretien courant des jardins de particuliers à leur domicile à l'exclusion de travaux forestiers) sachant que le montant des prestations susceptible d'être pris en compte pour l'exonération fiscale est plafonné à 3 000 euros par an et par foyer fiscal,
- entretien de la maison et travaux ménagers,
- assistance administrative à domicile,
- prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains » sachant que le montant des prestations susceptible d'être pris en compte pour l'exonération fiscale est plafonné à 500 euros par an et par foyer fiscal,
- maintenance, entretien et vigilance temporaire à domicile de la résidence principale et secondaire,
- soins et promenades d'animaux de compagnie à l'exclusion des soins vétérinaires et de toilettage pour les personnes dépendantes,
- garde d'enfants de plus de trois ans,
- accompagnement d'enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile,
- assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux.

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 15 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
 Préfet de l'Hérault
 Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
 Pour la Directrice Régionale Adjointe,
 Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
 La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration
d'un organisme de services à la personne enregistré
sous le N° SAP/749920203
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-159**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

CONSTATE,

qu'en application des dispositions du code du travail susvisées, une déclaration d'activité de services à la personne a été déposée le 7 mars 2012 auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon par Madame ISSARTE Sylvie, auto-entrepreneur, sis 1 plan Mozart – 34970 LATTES.

Après examen du dossier, cette demande a été constatée conforme et le présent récépissé de déclaration d'activité de services à la personne a été enregistré au nom de ISSARTE Sylvie, sous le n° SAP/749920203.

Toute modification concernant la structure déclarée ou les activités exercées devra, sous peine de retrait de la déclaration, faire l'objet d'une déclaration modificative auprès de l'unité territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc-Roussillon qui modifiera le récépissé initial.

La structure exerce son activité selon le mode suivant : prestataire à compter du 7 mars 2012.

Les activités déclarées sont les suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- soutien scolaire,

Cette prestation s'exerce exclusivement au domicile des particuliers. Les cours doivent être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire. Sont exclus, toutes prestations de formation collective ou à distance.

- garde d'enfants de plus de trois ans,

- accompagnement d'enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile.

Ces activités exercées par le déclarant, sous réserve d'être exercées à titre exclusif (ou sous réserve d'une comptabilité séparée pour les personnes morales dispensées de cette condition), ouvrent droit au bénéfice des dispositions des articles L. 7233-2 du code du travail et L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Le récépissé peut être retiré à la structure dans les conditions fixées aux articles R. 7232-22 à R. 7232-24 du code du travail.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 14 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
Préfet de l'Hérault
Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

PRÉFET DE L'HERAULT

**Récépissé de déclaration modificative
d'un organisme de services à la personne enregistrée
sous le N° SAP/539486860
et formulée conformément à l'article L. 7232-1-1 du code du travail
N° 12-XVIII-158**

Direction Régionale
des Entreprises, de la Concurrence,
de la consommation, du travail
et de l'emploi

Unité Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par V. BANSARD

Téléphone : 04.67.22.88.93

Télécopie : 04.67.22.88.49

Références :

Vu la loi n° 2010-853 du 23 juillet 2010 relative aux réseaux consulaires, au commerce et à l'artisanat et aux services (article 31),

Vu le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu le décret n° 2011-1133 du 20 septembre 2011 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives au chèque emploi-service universel et aux services à la personne,

Vu l'arrêté préfectoral du Préfet de l'Hérault du 8 décembre 2011 portant délégation de signature à Monsieur le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Languedoc-Roussillon,

Vu le récépissé de déclaration d'activité de services à la personne n° 12-XVIII-136 concernant l'entreprise DICHARRY Christine dénommée C.D.S. MULTISERVICES,

Le Préfet de la région Languedoc Roussillon, Préfet de l'Hérault et par délégation, la Directrice Régionale Adjointe de l'Unité Territoriale de l'Hérault de la DIRECCTE Languedoc Roussillon,

Le récépissé de déclaration d'activité de services à la personne enregistré le 28 février 2012 au nom de DICHARRY Christine est modifié comme suit :

- à la place de DICHARRY Christine, substituer DICHARRY Chrystèle.

Le présent récépissé sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

Pour le Préfet de la Région Languedoc Roussillon,
Préfet de l'Hérault
Et par subdélégation du DIRECCTE LR,
Pour la Directrice Régionale Adjointe,
Responsable de l'Unité Territoriale empêchée,
La directrice Adjointe,

Dominique CROS

CABINET DU PREFET

JC/JC

ARRETE N° 2012-044-0027

OBJET : **Modification du système de vidéo protection dans l'Hôtel F1 situé à Villeneuve les Maguelones.**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

- VU** les articles 10 et 10-1 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifié d'orientation et de programmation relative à la sécurité,
- VU** le décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 modifié relatif à la vidéo protection pris pour l'application de l'article 10 et 10-1 de la loi du 21 janvier 1995 susvisée,
- VU** l'arrêté ministériel du 3 août 2007 portant définition des normes techniques des systèmes de vidéo protection,
- VU** l'arrêté préfectoral n° 97-I-0551 du 7 mars 1997 modifié, instituant la commission départementale des systèmes de vidéo protection,
- VU** la demande présentée par le directeur de l'Hôtel F1 situé à Villeneuve les Maguelones en vue d'obtenir l'autorisation d'installer un système de vidéo protection dans son établissement,
- VU** l'avis émis par la commission départementale des systèmes de vidéo protection susvisée dans sa séance du 12 janvier 2012,
- SUR** proposition du Secrétaire général de la Préfecture de l'Hérault,

ARRETE

ARTICLE 1er Est autorisée, conformément au dossier administratif et technique examiné par la commission susvisée, la modification du système de vidéo protection par l'installation de 2 caméras supplémentaires dans l'accueil de l'Hôtel F1 situé ZAE du Larzat à Villeneuve les Maguelones.

ARTICLE 2 L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

- ARTICLE 3** La Directrice de l'établissement et son adjoint sont désignés comme responsables de l'exploitation du système de vidéo protection auprès desquels s'exercera le droit d'accès aux enregistrements.
- ARTICLE 4** Hormis le cas d'une enquête de flagrant délit, d'une enquête préliminaire ou d'une information judiciaire, la durée de conservation des images est fixée à 7 jours.
- ARTICLE 5** Des panonceaux seront obligatoirement apposés à l'entrée de l'établissement ainsi que dans toute la zone soumise à surveillance pour informer le public de manière claire et permanente, visible et lisible de l'existence d'un système de vidéo protection. Ces panonceaux devront également mentionner les références de la loi et du décret susvisés ainsi que la qualité et le numéro de téléphone du responsable auprès duquel s'exerce le droit d'accès aux enregistrements.
- ARTICLE 6** Il sera tenu un registre mentionnant les enregistrements réalisés, la date de destruction des images et, le cas échéant, la date de leur transmission au parquet. Ce registre sera présenté par le responsable du système de vidéo protection à toute réquisition de l'autorité chargée du contrôle de la régularité du système.
- ARTICLE 7** La présente autorisation revêt un caractère personnel. Tout changement notamment dans la personne exploitant l'établissement ou du sous-traitant pour l'exploitation de l'installation, toute modification d'activité dans les lieux protégés, d'extension de locaux protégés par vidéo protection ou tout changement affectant la protection des images devra faire l'objet d'une déclaration.
- ARTICLE 8** La présente autorisation sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture. Elle sera communiquée au public selon les modalités prévues par le deuxième alinéa de l'article 16 du décret du 17 octobre 1996 susvisé.
- ARTICLE 9** Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Montpellier le 13.02.2012

Pour le Préfet
Le Directeur de Cabinet

Nicolas HONORE

CABINET

Service Interministériel de Défense
et de Protection Civiles
Pôle prévention
AN
Arrêté n° 2012/01/565

LE PREFET de la REGION
LANGUEDOC-ROUSSILLON
PREFET de l'HERAULT

VU les articles R.411-10 à R.411-12 et R 411-29 à R 411.32 du Code de la Route ;

VU le Code du Sport, et notamment ses articles L.231-2, L.231-2-1, R.331-6 à R.331-17, A 331.1 à A 331.15 et A 331.25;

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU la demande présentée par l'association Montpellier Agglo Triathlon, en vue d'organiser le **18 mars 2012**, une course pédestre dénommée « **Journée du Sport de Pignan** » ;

VU l'avis des Maires de Pignan, Cournonterral, Murviel les Montpellier et les mesures de restriction de circulation qu'ils ont arrêtées ;

VU l'autorisation de passage délivrée par l'Office National des Forêts pour le passage dans les Forêts Communales de Pignan et Cournonterral ;

VU l'étude d'évaluation d'incidence simplifiée NATURA 2000 fournie par le pétitionnaire ;

VU l'attestation d'assurance souscrite par l'organisateur auprès de la compagnie ALLIANZ ;

VU l'avis de la commission départementale de sécurité routière en date du 6 mars 2012 ;

VU l'arrêté N° 2011-I-1901 du 1^{er} septembre 2011 donnant délégation de signature à M. Nicolas HONORÉ, Sous-préfet, Directeur de Cabinet du Préfet de l'Hérault ;

CONSIDERANT que la commission départementale des courses pédestres sur route a attribué le label départemental à cette épreuve figurant sur le calendrier 2012 ;

SUR proposition de M. le Sous-préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1^{ER} :

M. le Président de l'association Montpellier Agglo Triathlon est autorisé sous son entière responsabilité et dans les conditions fixées par les textes susvisés et le présent arrêté, à organiser le **18 mars 2012**, une course pédestre dénommée : « **Journée du sport de Pignan** ».

ARTICLE 2 :

Les concurrents devront porter un dossard permettant aux usagers de la route de les reconnaître. Les accompagnateurs porteront également un signe de reconnaissance. Ils devront utiliser les bords de la chaussée. Sur les voies ouvertes à la circulation, les concurrents sont tenus de respecter intégralement les dispositions du code de la route, et les arrêtés règlementant la circulation pris par les autorités gestionnaires des voies. Ils devront respecter impérativement le code de la route.

ARTICLE 3 :

Les organisateurs devront prendre toutes mesures matérielles pour assurer la sécurité des concurrents. Ils prévoiront, à leurs frais, un service d'ordre suffisant, notamment aux carrefours dangereux. Ils feront précéder le peloton de tête d'une voiture-pilote qui assurera le rôle d'ouverture de course. Par ailleurs, une voiture-balai signalera le passage du dernier concurrent. Ils mettront également en place, à leurs frais, une signalisation conforme à la réglementation. .../...

ARTICLE 4 :

Les signaleurs dont les noms sont mentionnés sur la liste ci-jointe seront mis en place sur l'itinéraire de passage de l'épreuve.

Ils facilitent le déroulement de l'épreuve et concourent à sa sécurisation. Sur la partie de l'itinéraire bénéficiant d'une priorité de passage, ils préviennent les autres usagers de la route de cette priorité. Ils ne disposent en aucun cas de pouvoir de police.

Ils doivent être identifiables par les usagers de la route au moyen d'un brassard marqué « course », d'un baudrier et d'un piquet mobile à deux faces, modèle K.10 et être en possession d'une copie de l'arrêté autorisant la course. Ils sont placés sous la responsabilité des organisateurs. Ils sont tenus de se conformer aux instructions des forces de police présents sur les lieux et leur rendent compte des incidents qui peuvent survenir.

ARTICLE 5 :

La protection sanitaire sera assurée par la présence **d'un médecin et deux ambulances agréées** disponibles à tout moment conformément au dossier déposé par les organisateurs. Les organisateurs devront disposer de liaisons radio entre le P.C. et les points d'observation en nombre suffisant, implantés sur le parcours. Les organisateurs devront communiquer, une heure avant le départ de la course, le numéro de téléphone du PC au service de police ou de gendarmerie compétent et au CODIS 34 (Tél. 112 ou 18). Ils devront être en mesure d'alerter les secours publics pendant toute la durée de la manifestation.

En cas d'accident occasionnant un ou plusieurs blessés, le médecin responsable de la manifestation contactera le SAMU, centre 15 (15) ou à défaut le CODIS 34 (tél 112 ou 18) afin que ceux-ci prennent les dispositions nécessaires pour déclencher les secours adaptés à la situation.

Le responsable de la sécurité et le directeur de course arrêteront immédiatement le déroulement de l'épreuve concernée et en informeront les forces de sécurité publique.

ARTICLE 6 :

Les organisateurs devront prendre toutes dispositions pour faire respecter les propriétés privées, la tranquillité et la sécurité des riverains.

Ils prendront à leur charge les frais du service exceptionnel mis en place à l'occasion du déroulement de l'épreuve et assureront la réparation des dommages, dégradations, modifications de toute sorte de la voie publique ou de ses dépendances imputables aux concurrents, aux organisateurs ou à leurs préposés.

ARTICLE 7 : - Il est formellement interdit :

- de jeter les journaux, prospectus, tracts ou échantillons de produits divers, lancés, soit par l'organisateur lui-même, soit par les concurrents prenant part à cette manifestation ;

- d'apposer des papillons, affiches, des flèches directionnelles, etc.... sur les panneaux de signalisation, bornes, arbres, ouvrages d'art ainsi que d'utiliser de la peinture y compris les produits vendus comme biodégradables pour le marquage de la chaussée (**le balisage pourra se faire uniquement à l'aide de rubalise, de chaux ou de panneaux indicateurs et devra avoir disparu 24 heures après l'épreuve sportive**).

- de faire tout acte de propagande visant des buts étrangers à l'épreuve elle-même.

Tout aménagement de tribunes, gradins, tentes ou chapiteaux devra faire l'objet d'un avis de la commission de sécurité compétente.

ARTICLE 8 :

Faute pour les organisateurs de s'être conformés aux prescriptions du présent arrêté, il sera mis obstacle au déroulement de la course par les services de gendarmerie et de police chargés du contrôle.

ARTICLE 9 :

Le Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault, le Colonel commandant le groupement de Gendarmerie de l'Hérault, le Président du Conseil Général de l'Hérault, les Maires de Pignan, Courdonterral, Murviel les Montpellier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au registre des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault, et dont une copie sera adressée aux membres de la commission départementale de sécurité routière ainsi qu'aux organisateurs.

Montpellier, le 12 mars 2012

Pour le Préfet, et par délégation,
Le Sous-préfet, Directeur de cabinet
signé

Nicolas HONORÉ

VU les articles R.411-10 à R.411-12 et R 411-29 à R 411.32 du Code de la Route ;

VU le Code du Sport, et notamment ses articles L.231-2, L.231-2-1, R.331-6 à R.331-17, A 331.1 à A 331.15 et A 331.25;

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU la demande présentée par l'Amicale des Pompiers, en vue d'organiser le **25 mars 2012**, une épreuve de course à pied dénommée « **10^{ème} Trail de Bouzigues** » ;

VU l'avis des Maires de Bouzigues, Loupian et Poussan ;

VU les mesures de restriction de circulation arrêtées par le Maire de Bouzigues ;

VU l'attestation d'assurance souscrite par l'organisateur auprès de la compagnie Frand & associés ;

VU l'avis de la commission départementale de sécurité routière en date du 6 mars 2012 ;

VU l'arrêté N° 2011-I-1901 du 1^{er} septembre 2011 donnant délégation de signature à M. Nicolas HONORÉ, Sous-préfet, Directeur de Cabinet du Préfet de l'Hérault ;

CONSIDERANT que la commission départementale des courses pédestres sur route a attribué le label départemental à cette épreuve figurant sur le calendrier 2012 ;

SUR proposition de M. le Sous-préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1^{ER} :

M. le Président de l'Amicale des Pompiers est autorisé sous son entière responsabilité et dans les conditions fixées par les textes susvisés et le présent arrêté, à organiser le **25 mars 2012**, une course pédestre dénommée : « **10^{ème} trail de Bouzigues** ».

ARTICLE 2 :

Les concurrents devront porter un dossard permettant aux usagers de la route de les reconnaître. Les accompagnateurs porteront également un signe de reconnaissance. Ils devront utiliser les bords de la chaussée. Sur les voies ouvertes à la circulation, les concurrents sont tenus de respecter intégralement les dispositions du code de la route, et les arrêtés règlementant la circulation pris par les autorités gestionnaires des voies. Ils devront respecter impérativement le code de la route.

ARTICLE 3 :

Les organisateurs devront prendre toutes mesures matérielles pour assurer la sécurité des concurrents. Ils prévoient, à leurs frais, un service d'ordre suffisant, notamment aux carrefours dangereux. Ils feront précéder le peloton de tête d'une voiture-pilote qui assurera le rôle d'ouverture de course. Par ailleurs, une voiture-balai signalera le passage du dernier concurrent. Ils mettront également en place, à leurs frais, une signalisation conforme à la réglementation.

.../...

ARTICLE 4 :

Les jalonneurs dont les noms sont mentionnés sur la liste ci-jointe seront mis en place sur l'itinéraire de passage de l'épreuve.

Ils facilitent le déroulement de l'épreuve et concourent à sa sécurisation. Ils ne disposent en aucun cas de pouvoir de police.

Ils doivent être identifiables par les usagers de la route au moyen d'un brassard marqué « course », d'un baudrier et d'un piquet mobile à deux faces, modèle K.10 et être en possession d'une copie de l'arrêté autorisant la course. Ils sont placés sous la responsabilité des organisateurs. Ils sont tenus de se conformer aux instructions des forces de police présents sur les lieux et leur rendent compte des incidents qui peuvent survenir.

ARTICLE 5 :

La protection sanitaire sera assurée par la présence **de deux médecins, une ambulance agréée et un 4X4** disponibles à tout moment conformément au dossier déposé par les organisateurs. Les organisateurs devront disposer de liaisons radio entre le P.C. et les points d'observation en nombre suffisant, implantés sur le parcours. Les organisateurs devront communiquer, une heure avant le départ de la course, le numéro de téléphone du PC au service de police ou de gendarmerie compétent et au CODIS 34 (Tél. 112 ou 18). Ils devront être en mesure d'alerter les secours publics pendant toute la durée de la manifestation.

En cas d'accident occasionnant un ou plusieurs blessés, le médecin responsable de la manifestation contactera le SAMU, centre 15 (15) ou à défaut le CODIS 34 (tél 112 ou 18) afin que ceux-ci prennent les dispositions nécessaires pour déclencher les secours adaptés à la situation.

Le responsable de la sécurité et le directeur de course arrêteront immédiatement le déroulement de l'épreuve concernée et en informeront les forces de sécurité publique.

ARTICLE 6 :

Les organisateurs devront prendre toutes dispositions pour faire respecter les propriétés privées, la tranquillité et la sécurité des riverains.

Ils prendront à leur charge les frais du service exceptionnel mis en place à l'occasion du déroulement de l'épreuve et assureront la réparation des dommages, dégradations, modifications de toute sorte de la voie publique ou de ses dépendances imputables aux concurrents, aux organisateurs ou à leurs préposés.

ARTICLE 7 : - Il est formellement interdit :

- de jeter les journaux, prospectus, tracts ou échantillons de produits divers, lancés, soit par l'organisateur lui-même, soit par les concurrents prenant part à cette manifestation ;

- d'apposer des papillons, affiches, des flèches directionnelles, etc.... sur les panneaux de signalisation, bornes, arbres, ouvrages d'art ainsi que d'utiliser de la peinture y compris les produits vendus comme biodégradables pour le marquage de la chaussée (**le balisage pourra se faire uniquement à l'aide de rubalise, de chaux ou de panneaux indicateurs et devra avoir disparu 24 heures après l'épreuve sportive**).

- de faire tout acte de propagande visant des buts étrangers à l'épreuve elle-même.

Tout aménagement de tribunes, gradins, tentes ou chapiteaux devra faire l'objet d'un avis de la commission de sécurité compétente.

ARTICLE 8 :

Faute pour les organisateurs de s'être conformés aux prescriptions du présent arrêté, il sera mis obstacle au déroulement de la course par les services de gendarmerie et de police chargés du contrôle.

ARTICLE 9 :

Le Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault, le Colonel commandant le groupement de Gendarmerie de l'Hérault, le Président du Conseil Général de l'Hérault, M. le Maire de Bouzigues, Loupian, Poussan sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au registre des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault, et dont une copie sera adressée aux membres de la commission départementale de sécurité routière ainsi qu'aux organisateurs.

Montpellier, le 12 mars 2012

Pour le Préfet, et par délégation,
Le Sous-préfet, Directeur de cabinet
signé

Nicolas HONORÉ



PRÉFET DE L'HERAULT

Préfecture de l'Hérault
Sous-préfecture de Béziers
Bureau des Politiques Publiques
Section Enquêtes publiques
VF

**LE PREFET de la Région
Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

N° TERRITORIAL : 2012073-0002

Arrêté Préfectoral N° 2012-II-304

Communauté d'Agglomération Béziers Méditerranée (CABM)

ZAC de Mazeran sur la commune de Béziers

Ouverture de l'enquête publique parcellaire

- VU** le Code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ;
- VU** l'arrêté N° 2009-II-1027 en date du 12 novembre 2009 déclarant d'utilité publique le projet de ZAC Mazeran sur la commune de Béziers ;
- VU** le courrier en date du 27 février 2012 de la Société d'Équipement du Biterrois et de son Littoral (SEBLI) sollicitant l'ouverture de l'enquête parcellaire, phase 1 ;
- VU** la liste d'aptitude aux fonctions de commissaire-enquêteur pour l'année 2012 ;
- VU** l'arrêté préfectoral N° 2012-I-151 du 23 janvier 2012 portant délégation de signature à Monsieur Nicolas de MAISTRE, Sous-préfet de Béziers et publié au RAA Spécial C du 23 janvier 2012 ;
- SUR** proposition de Madame la Secrétaire Générale de la Sous-préfecture de Béziers ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : Il sera procédé à une enquête parcellaire en vue de la délimitation exacte des terrains à acquérir pour l'aménagement de la ZAC de Mazeran par la Communauté d'Agglomération Béziers Méditerranée sur la commune de Béziers ou par son concessionnaire la SEBLI.

ARTICLE 2 : Est désigné en qualité de commissaire-enquêteur, M. Philippe ORIGNY, commissaire divisionnaire de police à la retraite, demeurant 19 rue Lapeyrouse, LATTES (34970).

Le commissaire-enquêteur siégera à la Caserne St Jacques- Rampe de la 96^e d'infanterie – 34500 BEZIERS (annexe de la mairie de BEZIERS) où toutes les observations devront lui être adressées par écrit ou consignées sur le registre ouvert à cet effet.

ARTICLE 3 : Les pièces du dossier de l'enquête parcellaire (plan et état parcellaire) seront déposées pendant **25 jours** consécutifs, du **30 avril 2012 au 24 mai 2012 inclus** (sauf samedi, dimanche et jours fériés), afin que chacun puisse en prendre connaissance aux jours et heures d'ouverture des bureaux et consigner éventuellement ses observations sur le registre ou les adresser, par écrit, au commissaire-enquêteur.

Le commissaire-enquêteur recevra en personne, les observations du public les jours suivants :

Le lundi 30 avril 2012 de 09H00 à 12H00

Le jeudi 10 mai 2012 de 14H00 à 17H00

Le jeudi 24 mai 2012 de 14H00 à 17H00

ARTICLE 4 : Un avis faisant connaître l'ouverture de l'enquête sera publié par mes soins, en caractères apparents, huit jours au moins avant le début de l'enquête et rappelé dans les huit premiers jours de celle-ci dans deux journaux locaux ou régionaux diffusés dans tout le département.

Il sera justifié de l'accomplissement de ces publications par la production de chacun des exemplaires des deux journaux dans lesquels les publications de l'avis auront été faites. Ces numéros de journaux devront être joints au dossier de l'enquête.

Cet arrêté sera publié, en outre, par voie d'affiches et par tous autres procédés en usage dans la commune huit jours au moins avant le début de l'enquête et pendant toute la durée de celle-ci, à la Mairie de Béziers et sur les lieux ou au voisinage des aménagements ouvrages ou travaux projetés, affichage visible de la voie publique.

Il sera justifié de l'accomplissement de cette mesure de publicité par un certificat du maire qui sera joint au dossier d'enquête.

ARTICLE 5 : **Notification individuelle** du dépôt du dossier à la mairie est faite par l'expropriant, sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, aux propriétaires figurant sur la liste établie lorsque leur domicile est connu d'après les renseignements recueillis par l'expropriant, ou à leurs mandataires, gérants, administrateurs ou syndics.

En cas de domicile inconnu, la notification est faite en double copie au Maire qui en fait afficher une et, le cas échéant, aux locataires et preneurs à bail rural.

Ces formalités devront être effectuées dix jours avant la date fixée pour l'ouverture de l'enquête.

ARTICLE 6 : La notification du présent arrêté est faite notamment en vue de l'application de l'article 13-2 du Code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ci-après reproduit : " en vue de la fixation des indemnités, l'expropriant notifie aux propriétaires et usufruitiers intéressés, soit l'avis de l'enquête, soit l'ordonnance d'expropriation.

Dans la huitaine qui suit cette notification, le propriétaire et l'usufruitier sont tenus d'appeler et de faire connaître à l'expropriant, les fermiers locataires, ceux qui ont des droits d'emphytéose, d'habitation ou d'usage et ceux qui peuvent réclamer des servitudes.

Les autres intéressés seront en demeure de faire valoir leurs droits par publicité collective et tenus, dans le même délai de huitaine, de se faire connaître à l'expropriant, à défaut de quoi, ils seront déchus de tous droits à indemnités ".

ARTICLE 7 : A l'expiration du délai fixé à l'article 3, le registre sera clos et signé par le commissaire-enquêteur qui, dans un délai d'un mois à compter de la date de clôture de l'enquête, le transmettra avec les documents annexés, à la Sous-préfecture de Béziers (Bureau des Politiques Publiques - Section enquêtes publiques) accompagnés de son rapport et de ses conclusions motivées.

Si les conclusions du commissaire enquêteur sont défavorables à l'adoption du projet, le conseil communautaire est appelé à émettre son avis par une délibération motivée. Faute de délibération dans un délai de trois mois à compter de la transmission du dossier au syndicat, le conseil communautaire est regardé comme ayant renoncé à l'opération.

ARTICLE 8 :

- Madame la Secrétaire générale de la Sous-préfecture de Béziers,
- Monsieur le Président de la Communauté d'Agglomération Béziers Méditerranée,
- Monsieur Directeur de la Société d'Equipement du Biterrois et de son Littoral,
- Monsieur le Maire de Béziers,
- Monsieur le commissaire-enquêteur,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

BEZIERS, le 13 mars 2012
Pour le Préfet, et par délégation,
Le Sous-préfet de Béziers

SIGNE

Nicolas de MAISTRE



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE L'HÉRAULT

CABINET

Service Interministériel de Défense
et de Protection Civiles

**Le Préfet de la Région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault**

Arrêté portant autorisation du
"Raid d'endurance Equestre"

Arrêté n° 2012/01/557

VU les articles R.411-10 à R.411-12 et R 411-29 à R 411.32 du Code de la Route ;

VU le Code du Sport, et notamment ses articles R.331-6 à R.331-17, A 331.1 à A 331.15 et A 331.24 à A 331.31 ;

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU la demande présentée par M. le Président de l'association « Les Lézards Bleus », en vue d'organiser **les 24 et 25 mars 2012**, une course équestre dénommée "**Raid d'Endurance Equestre**" ;

CONSIDERANT que la commission la Fédération Française d'Equitation a attribuée le label départemental à cette épreuve figurant sur le calendrier 2012 ;

VU les avis des maires des communes concernées ;

VU l'autorisation de passage délivrée le 03 février 2012 par l'Office National des Forêts ;

VU l'avis de la commission départementale de sécurité routière du **6 mars 2012** ;

VU l'arrêté n°2011-I-1901 du 1^{er} septembre 2011, donnant délégation de signature à M. Nicolas HONORÉ, Sous préfet, Directeur de Cabinet du Préfet de l'Hérault ;

SUR la proposition du Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : M. le Président de l'association « les lézards bleus », est autorisé sous son entière responsabilité et dans les conditions fixées par les textes susvisés et le présent arrêté, à organiser les **24 et 25 mars 2012**, une course d'endurance équestre dénommée "**Raid d'Endurance Equestre**".

ARTICLE 2 : Sur les voies ouvertes à la circulation, les cavaliers sont tenus de respecter intégralement les dispositions du code de la route. Ils devront notamment respecter les feux de signalisation et les panneaux STOP.

ARTICLE 3 : Les organisateurs devront, en accord avec les services de gendarmerie prendre toutes mesures matérielles pour assurer la sécurité des concurrents. Ils prévoiront, à leurs frais, un service d'ordre suffisant, notamment aux carrefours dangereux. Ils mettront également en place, à leurs frais, une signalisation conforme à la réglementation.

ARTICLE 5 : Les jalonneurs dont les noms sont mentionnés sur la liste ci-jointe seront mis en place sur l'itinéraire de passage de l'épreuve.
Ils facilitent le déroulement de l'épreuve et concourent à sa sécurisation. Ils doivent être identifiables par les usagers de la route au moyen d'un brassard marqué « course », d'un baudrier et d'un piquet mobile à deux faces, modèle K.10 et être en possession d'une copie de l'arrêté autorisant la course.
Ils sont placés sous la responsabilité des organisateurs. Ils sont tenus de se conformer aux instructions des forces de police ou de gendarmerie présents sur les lieux et leur rendent compte des incidents qui peuvent survenir.

ARTICLE 6 : Des équipes d'assistance seront positionnées en plusieurs points du circuit et assureront la liaison entre la direction de l'épreuve et les concurrents. La protection sanitaire devra être assurée par la présence **d'un médecin** disponible à tout moment. Les organisateurs devront disposer de liaisons radio entre le P.C. et les points d'observation en nombre suffisant, implantés sur le parcours. Les organisateurs devront communiquer, une heure avant le départ de la course, le numéro de téléphone du PC au service de police ou de gendarmerie compétent et au CODIS 34 (Tél. 112 ou 18). Ils devront être en mesure d'alerter les secours publics pendant toute la durée de la manifestation.
En cas d'accident occasionnant un ou plusieurs blessés, le médecin responsable de la manifestation contactera le SAMU, centre 15 (15) ou à défaut le CODIS 34 (tél 112 ou 18) afin que ceux-ci prennent les dispositions nécessaires pour déclencher les secours adaptés à la situation.


ARTICLE 7 : Les organisateurs devront prendre toutes dispositions pour faire respecter les propriétés privées, la tranquillité et la sécurité des riverains.
Ils prendront à leur charge les frais du service exceptionnel mis en place à l'occasion du déroulement de l'épreuve et assureront la réparation des dommages, dégradations, modifications de toute sorte de la voie publique ou de ses dépendances imputables aux concurrents, aux organisateurs ou à leurs préposés.
Tout aménagement de tribunes, gradins, tentes ou chapiteaux devra faire l'objet d'un avis de la commission de sécurité compétente.

ARTICLE 8 : **Il est formellement interdit sur l'ensemble du parcours :**
- de jeter les journaux, prospectus, tracts ou échantillons de produits divers, lancés, soit par l'organisateur lui-même, soit par les concurrents prenant part à cette manifestation. Il appartient à l'organisateur de s'assurer du nettoyage et de la remise en état des lieux après la manifestation ;
- de faire tout acte de propagande visant des buts étrangers à l'épreuve elle-même.
Aucun marquage permanent au sol n'est autorisé, y compris avec des produits vendus comme biodégradables. **Le balisage pourra se faire uniquement à l'aide de rubalise, de chaux ou de panneaux indicateurs. Tout balisage devra impérativement avoir disparu 24h après la fin de l'épreuve.**

ARTICLE 9 : Faute pour les organisateurs de s'être conformés aux prescriptions du présent arrêté, il sera mis obstacle au déroulement de la course par les services de gendarmerie et de police chargés du contrôle.

ARTICLE 10 : M. le Directeur de Cabinet de la Préfecture de l'Hérault, M. le Colonel commandant le groupement de Gendarmerie de l'Hérault, M. le Président du Conseil Général de l'Hérault, MM. les Maires de La Boissière, Argelliers, Montarnaud, Aniane, St Paul et Valmalle et Courmonterral sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont une copie sera adressée aux membres de la commission départementale de sécurité routière et aux organisateurs.

Montpellier, le 13.03.2012

Pour le Préfet, et par délégation,
Le Sous-préfet, Directeur de cabinet

Nicolas HONORÉ

PRÉFET DE L'HÉRAULT

Arrêté n° 2012-01-558
en date du 13 MARS 2012

portant composition du jury d'examen pour l'obtention du Brevet de Moniteurs de Premiers Secours.

VU le décret n°92-514 du 12 juin 1992 modifié, relatif à la formation des moniteurs de premiers secours ;
VU le décret n°97-48 du 20 janvier 1997 et notamment son article 8, portant diverses mesures au secourisme ;
VU l'arrêté ministériel du 22 octobre 2003 modifié relatif à la formation de moniteurs de premiers secours ;
VU l'arrêté ministériel du 24 juillet 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2003 relatif à la formation de moniteur des premiers secours ;
VU l'arrêté ministériel du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques de niveau 1 » ;
VU l'arrêté ministériel du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « pédagogie appliquée aux emplois/activités de classe 3 » ;
VU la demande formulée par le responsable de l'Union Départementale des Premiers Secours de l'Hérault (UDPS 34) ;
VU l'arrêté préfectoral n°2011-1-1901 du 1er septembre 2011, donnant délégation de signature à Monsieur Nicolas HONORÉ, sous-préfet, directeur de cabinet du préfet de l'Hérault ;
SUR proposition du sous-préfet, directeur de Cabinet du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault

ARRETE

ARTICLE 1^{er} :

Un jury d'examen pour l'obtention du Brevet de Moniteurs de Premiers Secours sera organisé le 22 mars 2012 à 13h00 dans les locaux de l'Ecole Supérieure de l'Agronomie, 2 place Pierre Viala à Montpellier.

ARTICLE 2 :

Ce jury sera composé comme suit :

Président :

M. Didier VAN ELST : instructeur

Médecin :

Dr Philippe HEUZE : médecin

Membres :

M. Stéphane FREGIERS : instructeur


M. Bruno ALFIERI : instructeur

M. Georgy CHRISTINE : instructeur

ARTICLE 3 :

Le sous-préfet, directeur de cabinet du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault, le responsable de l'Union Départementale des Premiers Secours de l'Hérault sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Pour le Préfet et par délégation,
Le sous-préfet, directeur de cabinet



Nicolas HONORÉ



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE L'HÉRAULT

DIRECTION DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES
BUREAU DES FINANCES LOCALES ET DE L'INTERCOMMUNALITE

ARRETE N° 2012-1- 555

**COGITIS - SYNDICAT MIXTE POUR LE TRAITEMENT
DE L'INFORMATION ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES**
Modification des statuts

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

- VU les articles L 5721-1 et suivants du code général des collectivités territoriales ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 98-I-0086, du 15 janvier 1998, modifié, autorisant la création du syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies, dénommé par la suite "COGITIS – syndicat pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies" ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 2012-1-148 du 23 janvier 2012 donnant délégation de signature à M. Alain ROUSSEAU, secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;
- VU l'article 17 des statuts du syndicat précité ;
- VU la délibération, du 20 mai 2010, par laquelle le comité de COGITIS - syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies a modifié l'article 4 des statuts en prorogeant la durée du syndicat jusqu'au 31 décembre 2027 ;
- VU la délibération, du 7 décembre 2011, par laquelle le comité de COGITIS - syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies a notamment modifié l'article 2 des statuts rendant ainsi optionnelles les compétences 2 et 3 du groupement ;
- SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : Les statuts de COGITIS – syndicat pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies sont approuvés et annexés au présent arrêté.

ARTICLE 2 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, la directrice régionale des finances publiques du Languedoc-Roussillon et du département de l'Hérault, le président de COGITIS - syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à MONTPELLIER, le **13 MARS 2012**

Pour le Préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général



Alain ROUSSEAU

ARTICLE 1

En application des articles L 5721-1 à L 5722-6 du Code Général des Collectivités le syndicat mixte à vocation industrielle et commerciale, qui prend la dénomination de « COGITIS - Syndicat mixte pour le traitement de l'information et les nouvelles technologies » est formé entre :

- le Département de l'Hérault
- le Département de l'Aude
- le Département du Jura
- le Département du Cantal
- le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault
- l'Entente Interdépartementale pour la Démoustication du littoral méditerranéen
- le Service Départemental d'Incendie et de secours du Département de l'Hérault
- le Service Départemental d'Incendie et de secours du Département du Jura

ARTICLE 2

Le Syndicat a pour vocation le traitement, pour le compte de ses membres, de l'information sous forme de données, de sons ou d'images, ainsi que les études d'organisation correspondantes.

A ce titre, l'établissement public assurera les prestations suivantes :

1. la veille technologique et réglementaire liées aux évolutions dans le domaine des technologies de l'information et de la communication.
2. les études amont, préalables à la réalisation de projets informatiques et de télécommunications.
3. le conseil aux maîtres d'ouvrages collectivités dans le choix de solutions faisant appel aux technologies de l'information et de la communication, et la maîtrise d'oeuvre d'opérations techniques.
4. l'installation de ces solutions et leur intégration à l'architecture informatique existante ainsi que la formation correspondante des agents.
5. le développement et/ou la maintenance de solutions logicielles, en l'absence de produits du marché adaptés aux besoins et contraintes des adhérents.
6. la gestion opérationnelle des infrastructures techniques (administration des réseaux et des bases de données, gestion des sécurités, gestion technique du parc matériel).
7. l'assistance et/ou l'exploitation des solutions mises en oeuvre.
8. la formation à l'utilisation de logiciels.
9. la gestion technique de la téléphonie et de la visiophonie.

Les personnes morales membres du syndicat transféreront obligatoirement la compétence décrite au numéro 1.

Elles auront la faculté optionnelle de demander au syndicat la réalisation des prestations prévues aux numéros 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9.

Les personnes morales qui choisiront librement de transférer leurs compétences au profit du syndicat le feront par voie de délibération de la personne morale concernée. La dite délibération transfèrera explicitement la compétence choisie et la durée de vie de l'option.

Par cette opération de transfert, la collectivité ou la personne morale ayant retenu une compétence optionnelle, s'interdit pendant la durée de l'option de recourir à un service extérieur ou encore d'assumer seule et de façon exclusive le service par ses propres moyens.

Les prestations exécutées à titre onéreux pour des entités non-membres sont soumises aux règles prévues par le Code des Marchés Publics.

ARTICLE 3

Le siège du syndicat est fixé au 153, avenue du Professeur Jean-Louis Viala à Montpellier (34). Il pourra être modifié par délibération du comité syndical.

ARTICLE 4

Le syndicat institué initialement pour une durée de 15 ans est prorogé dans son existence jusqu'au 31 décembre 2027. Il pourra être dissous suivant les dispositions de l'article L 5721-7 ou L 5721-7-1 du Code Général des Collectivités Territoriales.

ARTICLE 5

Toute nouvelle adhésion au syndicat nécessitera :

- Une délibération de la collectivité ou de l'établissement candidat à l'adhésion,
- Par délibération, l'accord préalable des Départements Aude, Hérault et Jura,
- La délibération concordante du nouvel adhérent et du syndicat mixte sur la révision statutaire qui découle de la nouvelle adhésion.

Les modalités de retrait relèvent de l'article L 5721-6-2 et L 5721-6-3 du code général des collectivités territoriales.

Tout retrait d'un membre du syndicat mixte nécessitera une délibération concordante de l'adhérent sollicitant son retrait et du syndicat mixte.

ARTICLE 6

Les recettes du syndicat comprennent :

1. La rémunération des prestations de services rendus aux membres adhérents au syndicat ;
2. Les revenus des biens meubles et immeubles du syndicat ;
3. Les produits des dons et legs ;
4. Les éventuelles subventions de l'Etat, des départements, des communes et autres collectivités publiques ou organismes de droit privé ;
5. Le produit des emprunts ;
6. Toutes ressources dont l'affectation au profit du syndicat est prévue et autorisée par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur.

ARTICLE 7

Les dépenses du syndicat comprennent :

1. L'amortissement des emprunts ;
2. Les acquisitions de biens, meubles ou immeubles ;
3. Les travaux d'aménagement ou d'entretien ;
4. Les dépenses de fonctionnement ;
5. Toutes autres dépenses afférentes à l'objet du syndicat.

ARTICLE 8

Le financement de l'acquisition du terrain et de la construction du siège du syndicat est exclusivement assuré par participation des membres adhérents désignés ci-dessous, présents au moment de la construction initiale du siège, sur les clés de répartition suivantes :

- Département de l'Hérault -----66 %
- Département de l'Aude -----19 %
- Département du Jura -----9 %
- Département du Cantal -----2 %
- Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault -----2 %
- Entente Interdépartementale pour la Démoustication du littoral méditerranéen -----2 %

Les autres investissements du Syndicat peuvent être financés par des participations des collectivités membres.

ARTICLE 9

En cas de dissolution du syndicat, sans préjudice des règles prévues à l'article L 5721-7 du code général des collectivités locales :

- son actif et son passif foncier et immobilier visés à l'article 8 paragraphe 1 seront liquidés au profit et à la charge de chaque adhérent désigné ci-dessous dans les proportions suivantes :

- Département de l'Hérault -----66 %
- Département de l'Aude -----19 %
- Département du Jura -----9 %
- Département du Cantal -----2 %
- Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault -----2 %
- Entente Interdépartementale pour la Démoustication du littoral méditerranéen -----2 %

- son actif et son passif, hors foncier et hors immobilier visés à l'article 8 paragraphe 2, seront liquidés au profit et à la charge de chaque adhérent désigné ci-dessous dans les proportions suivantes :

- Département de l'Hérault -----63 %
- Département de l'Aude -----19 %
- Département du Jura -----8 %
- Département du Cantal -----2 %
- Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault -----2 %
- Entente Interdépartementale pour la Démoustication du littoral méditerranéen -----2 %
- Service Départemental d'Incendie et de secours du Département de l'Hérault -----2 %
- Service Départemental d'Incendie et de secours du Département du Jura -----2 %

ARTICLE 10

Le syndicat est administré par un comité composé de 14 représentants désignés par chaque membre selon les modalités qui lui sont propres à raison de :

- Département de l'Hérault -----6
- Département de l'Aude -----2
- Département du Jura -----1
- Département du Cantal -----1

- Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Hérault ----- 1
- l'Entente Interdépartementale pour la Démoustication du littoral méditerranéen ----- 1
- Service Départemental d'Incendie et de secours du Département de l'Hérault ----- 1
- Service Départemental d'Incendie et de secours du Département du Jura ----- 1

Les personnes morales membres du syndicat mixte auront la possibilité de désigner autant de représentants suppléants qu'ils comptent de titulaires. En cas de défaillance d'un représentant titulaire, les suppléants seront appelés dans l'ordre de leur désignation par la personne morale.

Le comité syndical peut valablement délibérer si la majorité des membres est présente ou représentée.

Les délibérations du comité sont sanctionnées par un vote à la majorité absolue des membres présents ou représentés. Dans le cas où aucune majorité ne se dégagerait, la voix du président est prépondérante.

En outre, la majorité recueillie concernant le vote du budget et les modifications des présents statuts doit comprendre au moins deux adhérents.

Les réunions des organes du syndicat mixte (comité syndical, bureau) se tiennent à son siège ou en tout lieu de la circonscription d'attribution de ses adhérents sur décision préalable du comité syndical.

ARTICLE 11

Le Président est chargé d'administrer le syndicat mixte et d'exécuter le budget syndical dans la limite des crédits votés par le comité syndical, et plus généralement de l'ensemble de ses délibérations. Il a plus particulièrement délégation pour :

- engager des dépenses dans la double limite des crédits inscrits au budget syndical et du seuil des marchés publics,
- approuver les conventions de formation, maintenance, entretien des biens immobiliers et mobiliers, assurance, sous-traitance ...
- recruter et assurer l'administration du personnel, dans la limite des crédits inscrits au budget syndical.

D'une façon générale, le Président peut inviter au comité syndical à titre consultatif ou entendre toute personne dont il estimera nécessaire le concours ou l'audition.

Le Président est autorisé à donner délégation de fonction aux membres du comité syndical et délégation de signature au directeur, et ses adjoints directs.

ARTICLE 12

Le comité syndical élit en son sein un bureau composé de 4 membres dont :

- un président,
- deux vice-présidents,
- un secrétaire.

Le comité syndical peut déléguer une partie de ses pouvoirs au Bureau du Syndicat. Les délibérations du Bureau sont sanctionnées par un vote à la majorité absolue des membres présents ou représentés. En l'absence de majorité la voix du Président est prépondérante.

Tout adhérent ayant transféré au syndicat mixte l'intégralité des compétences définies à l'article 2 des présents statuts est obligatoirement représenté au sein de ce bureau.

Pour l'application des dispositions de l'article 2.5 des présents statuts, le Comité Syndical délègue au bureau le pouvoir d'engagement des dépenses correspondantes.

ARTICLE 13

Les fonctions de receveur du syndicat sont exercées par un agent du Trésor Public désigné après avis de Monsieur le Trésorier Payeur Général.

ARTICLE 14

Règlement intérieur : le comité syndical établit un règlement intérieur pour préciser les modalités d'application des présents statuts.

ARTICLE 15

Le personnel du syndicat est soumis aux règles du droit privé à l'exception du comptable et du directeur qui sont des agents de droit public.

ARTICLE 16

La propriété intellectuelle des programmes et logiciels développés par l'établissement public est régie par les dispositions de la loi n° 94-361 du 10 mai 1994 portant mise en oeuvre de la directive (C.E.E.) n° 91-250 du Conseil des communautés européennes en date du 14 mai 1991 concernant la protection juridique des programmes d'ordinateur et modifiant le code de la propriété intellectuelle.

ARTICLE 17

Les présents statuts pourront être modifiés par délibération du comité syndical à la majorité absolue et transmis aux adhérents.

CABINET

Arrêté n°2012/01/571

portant délimitation des zones d'attente sur les emprises

- du port de Sète
- de l'aéroport Montpellier-Méditerranée
- de l'aéroport Béziers-Cap d'Agde

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault

VU la loi n° 92-625 du 6 juillet 1992 relative aux zones d'attente des ports et aéroports ;

VU la partie législative du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile – CESEDA- créée par l'Ordonnance n° 2004-1248 du 24 novembre 2004 abrogeant l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 ;

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

VU la circulaire interministérielle du 6 novembre 1995 relative à la coopération entre les services de la police aux frontières et de la direction générale des douanes et droits indirects ;

VU le protocole d'organisation de la complémentarité entre les services police aux frontières et de la direction générale des douanes et droits indirects pour le contrôle des frontières extérieures Schengen conclu le 9 décembre 2011, conformément à la circulaire interministérielle du 6 novembre 1995 relative à la coopération entre les services de la police aux frontières et de la direction générale des douanes et droits indirects,

SUR proposition du Sous-Préfet, Directeur de Cabinet ;

A R R E T E

ARTICLE 1er : Les arrêtés préfectoraux n° 2002/01/3980 du 29 août 2002 portant ouverture de la zone d'attente de l'aéroport Montpellier-Méditerranée et n° 2010/01/1588 en date du 11 mai 2010 portant modification des lieux d'hébergement de la zone d'attente du port de Sète sont abrogés.

ARTICLE 2 : Il est créé une zone d'attente sur l'emprise du port de Sète.
Elle comprend :

- la zone qui s'étend des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes,
- les bâtiments des gares ORSETTI et du MAROC situés sur le port

ARTICLE 3 : Il est créé une zone d'attente sur l'emprise de l'aéroport de Montpellier-Méditerranée. Elle comprend :

- le bâtiment de l'aérogare pour la partie qui s'étend des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes.

ARTICLE 4 : Il est créé une zone d'attente sur l'emprise de l'aéroport de Béziers-Cap d'Agde. Elle comprend :

- le bâtiment de l'aérogare pour la partie qui s'étend des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes.

ARTICLE 5 : Les lieux d'hébergement de ces zones d'attente sont ci-après désignés :

- Hôtel Le Valéry, 20 rue Denfert Rochereau 34200 Sète
- Hôtel Le National, 2 rue Pons de l'Hérault 34200 Sète
- le SPAF de Sète, 15 quai François Maillol 34200 Sète

ARTICLE 6 : La zone d'attente du port de Sète et celles des aéroports Montpellier-Méditerranée et Montpellier-Cap d'Agde comprennent également, en tant que de besoin, les voies et cheminements utilisés entre leur emprise et :

- le Tribunal de grande instance de Montpellier,
- le Tribunal de grande instance de Béziers,
- la Cour d'appel de Montpellier,
- le Tribunal administratif de Montpellier,
- le centre hospitalier de Sète,
- le centre hospitalier de Montpellier,
- le centre hospitalier de Béziers

ainsi que ceux utilisés pour les transferts entre les lieux susvisés.

ARTICLE 7: Le Sous-Préfet, Directeur de Cabinet, la directrice départementale de la police aux frontières de l'Hérault, le directeur départemental de la sécurité publique de l'Hérault, le colonel commandant le groupement de gendarmerie de l'Hérault, sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Montpellier, le 13 mars 2012

Le Préfet,

Signé : Claude Baland

ARRETE N° 2012-1-559

**Mise en œuvre du schéma départemental
de coopération intercommunale -**

**Proposition d'extension du périmètre
de la communauté de communes du Grand
Pic Saint-Loup aux communes de
Buzignargues, Saint-Hilaire-de-Beauvoir,
Saint-Jean-de-Cornies
(membres de la communauté de communes
Ceps et Sylves)**

Projet de périmètre

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

- VU** le code général des collectivités territoriales, notamment son article L5210-1-1 ;
- VU** la loi n° 2010-1563, du 16 décembre 2010, de réforme des collectivités territoriales, notamment ses articles 60 et 83, modifiée par la loi n° 2012-281 du 29 février 2012, visant à assouplir les règles relatives à la refonte de la carte intercommunale ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 96-1-3445 du 12 décembre 1996, modifié, portant création de la communauté de communes "Ceps et Sylves" ;
- VU** l'arrêté préfectoral n°2009-1-3835 du 7 décembre 2009, prononçant la création de la communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup par fusion des communautés de communes de l'Orthus, du Pic Saint-Loup et Séranne Pic Saint-Loup ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2011-1-2753, du 28 décembre 2011, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault le 29 décembre 2011, par lequel le schéma départemental de coopération intercommunale a été arrêté ;

CONSIDERANT que, conformément à l'article 60-II de la loi de réforme des collectivités territoriales susvisée, dès la publication du schéma départemental de coopération intercommunale, le représentant de l'Etat dans le département propose, jusqu'au 31 décembre 2012, pour la mise en œuvre du schéma, la modification du périmètre de tout établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre, celle-ci pouvant porter sur des communes appartenant ou non à un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

A R R E T E

ARTICLE 1er : Pour la mise en œuvre du schéma départemental de coopération intercommunale, est proposée l'extension du périmètre de la communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup aux communes de BUZIGNARGUES, SAINT-HILAIRE-DE-BEAUVOIR, SAINT-JEAN-DE-CORNIES, actuellement membres de la communauté de communes Ceps et Sylves.

La liste des 36 communes intéressées par cette modification de périmètre est la suivante :

ASSAS, BUZIGNARGUES, CAUSSE-DE-LA-SELLE, CAZEVIEILLE, CLARET, COMBAILLAUX, FERRIERES-LES-VERRES, FONTANES, GUZARGUES, LAURET, LE TRIADOU, LES MATELLES, MAS-DE-LONDRES, MURLES, NOTRE-DAME-DE-LONDRES, PEGAIROLLES-DE-BUEGES, ROUET, SAINT-ANDRE-DE-BUEGES, SAINT-BAUZILLE-DE-MONTMEL, SAINT-CLEMENT-DE-RIVIERE, SAINTE-CROIX-DE-QUINTILLARGUES, SAINT-GELY-DU-FESC, SAINT-HILAIRE-DE-BEAUVOIR, SAINT-JEAN-DE-BUEGES, SAINT-JEAN-DE-CORNIES, SAINT-JEAN-DE-CUCULLES, SAINT-MARTIN-DE-LONDRES, SAINT-MATHIEU-DE-TREVIERS, SAINT-VINCENT-DE-BARBEYRARGUES, SAUTEYRARGUES, TEYRAN, VACQUIERES, VAILHAUQUES, VALFLAUNES, VIOLS-EN-LAVAL, VIOLS-LE-FORT.

Elle constitue le projet de périmètre étendu de la communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté est notifié au président de chaque établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre intéressé, à savoir la communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup et la communauté de communes Ceps et Sylves, afin de recueillir l'avis de leur organe délibérant et, concomitamment, au maire de chaque commune incluse dans le projet de périmètre afin de recueillir l'accord de chaque conseil municipal.

A compter de la notification du présent arrêté, les conseils communautaires et les conseils municipaux disposent d'un délai de 3 mois pour se prononcer.

A défaut de délibération dans ce délai, l'avis est réputée favorable.

ARTICLE 3 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, les présidents des communautés de communes du Grand Pic Saint-Loup et Ceps et Sylves, les maires des communes intéressées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

MONTPELLIER, le 13 mars 2012

Le Préfet

signé : Claude BALAND

ARRETE N° 2012-1-561

**Mise en œuvre du schéma départemental
de coopération intercommunale -**

**Proposition d'extension du périmètre
de la communauté de communes
du Pays de Lunel aux communes de
Campagne, Galargues et Garrigues
(membres de la communauté de communes
Ceps et Sylves)**

Projet de périmètre

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

- VU** le code général des collectivités territoriales, notamment son article L5210-1-1 ;
- VU** la loi n° 2010-1563, du 16 décembre 2010, de réforme des collectivités territoriales, notamment ses articles 60 et 83, modifiée par la loi n° 2012-281 du 29 février 2012, visant à assouplir les règles relatives à la refonte de la carte intercommunale ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 93-1-4248 du 24 décembre 1993, modifié, portant création de la communauté de communes du Pays de Lunel ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 96-1-3445 du 12 décembre 1996, modifié, portant création de la communauté de communes "Ceps et Sylves" ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2011-1-2753, du 28 décembre 2011, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault le 29 décembre 2011, par lequel le schéma départemental de coopération intercommunale a été arrêté ;

CONSIDERANT que, conformément à l'article 60-II de la loi de réforme des collectivités territoriales susvisée, dès la publication du schéma départemental de coopération intercommunale, le représentant de l'Etat dans le département propose, jusqu'au 31 décembre 2012, pour la mise en œuvre du schéma, la modification du périmètre de tout établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre, celle-ci pouvant porter sur des communes appartenant ou non à un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

A R R E T E

ARTICLE 1er : Pour la mise en œuvre du schéma départemental de coopération intercommunale, est proposée l'extension du périmètre de la communauté de communes du Pays de Lunel aux communes de CAMPAGNE, GALARGUES et GARRIGUES, actuellement membres de la communauté de communes Ceps et Sylves.

La liste des 15 communes intéressées par cette modification de périmètre est la suivante :

BOISSERON, CAMPAGNE, GALARGUES, GARRIGUES, LUNEL, LUNEL-VIEL, MARSILLARGUES, SAUSSINES, SAINT-CHRISTOL, SAINT-JUST, SAINT-SERIES, VILLETTELLE, SAINT-NAZAIRE-DE-PEZAN, SATURARGUES, VERARGUES.

Elle constitue le projet de périmètre étendu de la communauté de communes du Pays de Lunel.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté est notifié au président de chaque établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre intéressé, à savoir la communauté de communes du Pays de Lunel et la communauté de communes Ceps et Sylves, afin de recueillir l'avis de leur organe délibérant et, concomitamment, au maire de chaque commune incluse dans le projet de périmètre afin de recueillir l'accord de chaque conseil municipal.

A compter de la notification du présent arrêté, les conseils communautaires et les conseils municipaux disposent d'un délai de 3 mois pour se prononcer.

A défaut de délibération dans ce délai, l'avis est réputée favorable.

ARTICLE 3 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, les présidents des communautés de communes du Pays de Lunel et Ceps et Sylves, les maires des communes intéressées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

MONTPELLIER, le 13 mars 2012

Le Préfet

signé : Claude BALAND

ARRETE N° 2012-1-563

**Mise en œuvre du schéma départemental
de coopération intercommunale -**

**Projet de périmètre de fusion
des communautés de communes
Canal-Lirou et du Saint-Chinianais**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

- VU** le code général des collectivités territoriales, notamment son article L5210-1-1 ;
- VU** la loi n° 2010-1563, du 16 décembre 2010, de réforme des collectivités territoriales, notamment ses articles 60 et 83, modifiée par la loi n° 2012-281 du 29 février 2012, visant à assouplir les règles relatives à la refonte de la carte intercommunale ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 93-1-682 bis du 22 mars 1993 modifié, portant création de la communauté de communes du Saint-Chinianais ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 97-1-3554 du 31 décembre 1997, modifié, portant création de la communauté de communes Canal-Lirou ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2011-1-2753, du 28 décembre 2011, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault le 29 décembre 2011, par lequel le schéma départemental de coopération intercommunale a été arrêté ;

CONSIDERANT que, conformément à l'article 60-III de la loi de réforme des collectivités territoriales susvisée, dès la publication du schéma départemental de coopération intercommunale, le représentant de l'Etat dans le département propose, jusqu'au 31 décembre 2012, pour la mise en œuvre du schéma, la fusion d'établissements publics de coopération intercommunale dont l'un au moins est à fiscalité propre ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

A R R E T E

ARTICLE 1^{er} : Pour la mise en œuvre du schéma départemental de coopération intercommunale, est proposée la fusion des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre ci-après :

- communauté de communes Canal-Lirou

(regroupant les communes de CAPESTANG, CREISSAN, CRUZY, MONTELS, MONTOULIERS, POILHES, PUISSEGUIER, QUARANTE) ;

- communauté de communes du Saint-Chinianais

(regroupant les communes de ASSIGNAN, BABEAU-BOULDOUX, CAZEDARNES, CEBAZAN, CESSONON-SUR-ORB, PIERRERUE, PRADES-SUR-VERNAZOBRE, SAINT-CHINIAN, VILLES PASSANS).

Cette liste constitue le projet de périmètre de la nouvelle communauté de communes.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté est notifié aux présidents des 2 communautés de communes précitées afin de recueillir l'avis de l'organe délibérant et, concomitamment au maire de chaque commune incluse dans le projet de périmètre afin de recueillir l'accord de chaque conseil municipal.

A compter de la notification du présent arrêté, les conseils communautaires et les conseils municipaux disposent d'un délai de 3 mois pour se prononcer.

A défaut de délibération dans ce délai, l'avis est réputée favorable.

ARTICLE 3 : Dans ce même délai, les organes délibérants des communautés de communes et les conseils municipaux de toutes les communes figurant à l'article 1^{er} devront également se prononcer sur le projet de statuts joint au présent arrêté.

ARTICLE 4 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, le sous-préfet de l'arrondissement de Béziers, les présidents des communautés de communes Canal-Lirou et du Saint-Chinianais, les maires des communes intéressées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

MONTPELLIER, le 13 mars 2012

Le Préfet

signé : Claude BALAND

ARRETE N° 2012-1-564

**Mise en œuvre du schéma départemental
de coopération intercommunale -**

**Projet de périmètre de fusion
des communautés de communes
Coteaux et Châteaux, du Faugères
et Framps 909**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

- VU** le code général des collectivités territoriales, notamment son article L5210-1-1 ;
- VU** la loi n° 2010-1563, du 16 décembre 2010, de réforme des collectivités territoriales, notamment ses articles 60 et 83, modifiée par la loi n° 2012-281 du 29 février 2012, visant à assouplir les règles relatives à la refonte de la carte intercommunale ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 92-1-4245 du 31 décembre 1992, modifié, portant création de la communauté de communes Framps 909 ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 93-1-4322 du 31 décembre 1993, modifié, portant création de la communauté de communes du Faugères ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 97-1-3555 du 31 décembre 1997, modifié, portant création de la communauté de communes Coteaux et Châteaux ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2011-1-2753, du 28 décembre 2011, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault le 29 décembre 2011, par lequel le schéma départemental de coopération intercommunale a été arrêté ;

CONSIDERANT que, conformément à l'article 60-III de la loi de réforme des collectivités territoriales susvisée, dès la publication du schéma départemental de coopération intercommunale, le représentant de l'Etat dans le département propose, jusqu'au 31 décembre 2012, pour la mise en œuvre du schéma, la fusion d'établissements publics de coopération intercommunale dont l'un au moins est à fiscalité propre ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

A R R E T E

ARTICLE 1^{er} : Pour la mise en œuvre du schéma départemental de coopération intercommunale, est proposée la fusion des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre ci-après :

- communauté de communes Coteaux et Châteaux

(regroupant les communes de FOS, GABIAN, MARGON, MONTESQUIEU, NEFFIES, POUZOLLES, ROUJAN, VAILHAN) ;

- communauté de communes du Faugères

(regroupant les communes de CABREROLLES, CAUSSINIOJOULS, FAUGERES, LAURENS).

- communauté de communes Framps 909

(regroupant les communes de AUTIGNAC, FOUZILHON, MAGALAS, PUMISSON, ROQUESSELS, SAINT-GENIES-DE-FONTEDEIT).

Cette liste constitue le projet de périmètre de la nouvelle communauté de communes.

ARTICLE 2 : Le présent arrêté est notifié aux présidents des 3 communautés de communes précitées afin de recueillir l'avis de l'organe délibérant et, concomitamment au maire de chaque commune incluse dans le projet de périmètre afin de recueillir l'accord de chaque conseil municipal.

A compter de la notification du présent arrêté, les conseils communautaires et les conseils municipaux disposent d'un délai de 3 mois pour se prononcer.

A défaut de délibération dans ce délai, l'avis est réputée favorable.

ARTICLE 3 : Dans ce même délai, les organes délibérants des communautés de communes et les conseils municipaux de toutes les communes figurant à l'article 1^{er} devront également se prononcer sur le projet de statuts joint au présent arrêté.

ARTICLE 4 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, le sous-préfet de l'arrondissement de Béziers, les présidents des communautés de communes Coteaux et Châteaux, du Faugères et Framps 909, les maires des communes intéressées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

MONTPELLIER, le 13 mars 2012

Le Préfet

signé : Claude BALAND

Direction départementale des Territoires et de la Mer
DDTM 34

Service de Aménagement du Territoire Est
Aménagement et Planification

Montpellier, le 13 mars 2012

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

ARRETE N° 2012-01-556

Portant modification de l'arrêté préfectoral de création de la zone d'aménagement concerté (ZAC) Via Domitia Nord LIEN de CASTRIES

Le Préfet,

VU le code de l'urbanisme et notamment les articles L.311-1 et suivants et R.311-1 et suivants,

VU l'article R.311-12 du code de l'urbanisme portant notamment sur les modifications des ZAC,

VU l'arrêté préfectoral N°2008-1-480 du 10 mars 2008 créant la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN sur la commune de Castries,

VU la délibération du Conseil Syndical du Parc Régional d'Activités Économiques VIA DOMITIA Nord LIEN Castries du 17 décembre 2010 approuvant le principe d'extension du périmètre de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN et définissant les modalités de la concertation, en application de l'article L.300-2 du code de l'urbanisme,.

VU la délibération du Conseil Syndical du Parc d'Activités Économiques VIA DOMITIA, en date du 20 juillet 2011, tirant le bilan de la concertation et approuvant le dossier de création portant modification du périmètre de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN.

VU la délibération du conseil municipal de la commune de Castries du 8 novembre 2011 donnant un avis favorable sur le dossier de création portant extension du périmètre de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN, en application de l'article R.311-4 du code de l'urbanisme.

VU l'avis tacite de l'autorité environnementale sur l'étude d'impact du dossier de création portant extension du périmètre de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN, en application des dispositions de l'article L.122-1 du code de l'environnement.

VU le dossier de création de la ZAC qui comprend, notamment :

- le rapport de présentation, comprenant notamment le programme prévisionnel de construction ;
- le plan de situation ;
- le plan de délimitation du périmètre de la zone;
- la situation au regard de la taxe locale d'équipement
- l'étude d'impact définie à l'article R.122-3 du code de l'environnement.

Sur proposition du Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault

A R R E T E

Article 1

Les articles 2 et 3 de l'arrêté préfectoral sus-visé sont modifiés comme suit :

Le périmètre étendu de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN de 15 hectares est défini sur le plan figurant dans le dossier annexé.

Le programme global prévisionnel des constructions à édifier à l'intérieur de la ZAC VIA DOMITIA Nord LIEN est porté à 42 500 m² de surface hors œuvre nette.

Article 2

Les autres articles de l'arrêté préfectoral sus-visé restent inchangés.

Article 3

Le présent arrêté sera affiché pendant un mois au siège du syndicat mixte du Parc d'Activités Économiques VIA DOMITIA et à la mairie de Castries.

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le département de l'Hérault.

Une mention de l'arrêté sera insérée dans un journal diffusé dans le département.

Article 4

M. le Secrétaire Général de la Préfecture de l'Hérault
M. le Président du Syndicat mixte du Parc Régional d'Activités Économiques VIA DOMITIA
M. le Maire de Castries
Mme la Directrice Départementale des Territoires et de la Mer

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

**P/Le Préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général de la Préfecture**

signé : Alain ROUSSEAU

ARRETE n° 2012-01-584

OBJET : RENOUELEMENT D'UNE HABILITATION
DANS LE DOMAINE FUNERAIRE

- VU** le code général des collectivités territoriales ;
- VU** la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 relative à la législation dans le domaine funéraire ;
- VU** les articles R. 2223-56 à R. 2223-65 du code général des collectivités territoriales ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2006-01-656 du 16 mars 2006 qui a habilité pour six ans dans le domaine funéraire l'entreprise dénommée "GALTIER CLAUDE" exploitée par M. Claude GALTIER à Puimisson ;
- VU** en date du 8 février 2012 la demande de renouvellement de cette habilitation formulée par le responsable de cette société ;

Considérant que le dossier constitué à l'appui de cette demande répond aux conditions fixées par les textes susvisés pour l'activité déclarée ;

SUR la proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} L'entreprise dénommée «GALTIER CLAUDE», exploitée par M. Claude GALTIER gérant de la société, dont le siège social est situé 11 rue de Saint Geyrens à Puimisson (34480), est habilitée, conformément à l'article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales, pour exercer sur l'ensemble du territoire l'activité funéraire suivante :

- L'ouverture et la fermeture des caveaux.

ARTICLE 2 Le renouvellement de l'habilitation préfectorale est établi sous le n° **12-34-246**.

ARTICLE 3 La durée de la présente habilitation est fixée à six ans.

ARTICLE 4 La présente habilitation peut être retirée ou suspendue, pour une ou plusieurs activités, pour l'un des motifs prévus par l'article L.2223-25 du code général des collectivités territoriales.

ARTICLE 5 Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera inséré au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Montpellier, le 14 mars 2012

Pour le Préfet,
Le Directeur
Paul CHALIER

PREFECTURE DE LA REGION
LANGUEDOC-ROUSSILLON
PREFECTURE DE L'HERAULT

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION
ET DES LIBERTES PUBLIQUES
BUREAU DE LA REGLEMENTATION GENERALE
ET DES ELECTIONS

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

Arrêté n° 2012 - I - 586

OBJET : Institution de la commission locale de contrôle
pour l'élection du Président de la République.

- VU la Constitution et notamment ses articles 6, 7 et 58 ;
- VU la loi n° 62-1292 du 6 novembre 1962 modifiée relative à l'élection du Président de la République au suffrage universel ;
- VU le décret n° 2001-213 du 8 mars 2001 portant application de la loi du 6 novembre 1962 susvisée, modifié en dernier lieu par le décret n°2011-1837 du 8 décembre 2011 relatif à l'élection du Président de la République, notamment son article 19 ;
- VU le code électoral et notamment ses articles R. 32 à R. 34 ;
- VU le décret n° 2012-256 du 22 février 2012 portant convocation des électeurs pour l'élection du Président de la République ;
- VU les désignations faites conformément à l'article 19 du décret du 8 mars 2001 susvisé ;
- SUR la proposition du Secrétaire général de la Préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : En application de l'article 19 du décret du 8 mars 2001 modifié susvisé, une commission locale de contrôle est instituée dans le département de l'Hérault pour l'élection du Président de la République du 22 avril 2012.

Cette commission fonctionnera pour le second tour de scrutin fixé au 6 mai 2012, s'il est nécessaire d'y procéder.

ARTICLE 2 : Cette commission est constituée comme suit :

Président : M. Bernard COURAZIER, vice-président au tribunal de grande instance de Montpellier.

Membres : Mme Béatrice DUMON, chef du bureau de la réglementation générale et des élections à la préfecture de l'Hérault.

M. Jean-Louis DAUPEYROUX, inspecteur divisionnaire des finances publiques, représentant le directeur départemental des finances publiques de l'Hérault.

M. Jean-Michel BELLY, représentant le directeur départemental des postes et télécommunications.

Secrétaire : M. Georges-Michel LEBRUN, adjoint au chef du bureau de la réglementation générale et des élections à la préfecture de l'Hérault.

ARTICLE 3 : La commission siège à la préfecture de l'Hérault. Elle peut toutefois se réunir, à la diligence de son président, en tout autre lieu qui lui paraît mieux adapté dans l'exercice de ses attributions.

ARTICLE 4 : Les représentants départementaux des candidats désignés conformément aux règles en vigueur peuvent participer avec voix consultative aux travaux de la commission:

ARTICLE 5 : Le Secrétaire Général de la préfecture de l'Hérault et la président de la Commission locale de contrôle sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié au Président de la commission nationale de contrôle, au Ministre de l'Intérieur et aux membres de la commission locale.

Fait à Montpellier, le 14 MAR. 2012

Le Préfet,

Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général

Alain ROUSSEAU

**DIRECTION DE LA REGLEMENTATION
ET DES LIBERTES PUBLIQUES**

BUREAU DE LA REGLEMENTATION

GENERALE ET DES ELECTIONS

Affaire suivie par : Maryvonne Ramos

ARRETE n° 2012-01-588

**OBJET : RENOUELEMENT D'UNE HABILITATION
DANS LE DOMAINE FUNERAIRE**

**Le Préfet de la Région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault**

- VU** le code général des collectivités territoriales;
- VU** la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 relative à la législation dans le domaine funéraire ;
- VU** les articles R. 2223-56 à R. 2223-65 du code général des collectivités territoriales ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2006-01-686 du 23 mars 2006 qui a habilité pour six ans dans le domaine funéraire l'établissement secondaire de l'entreprise de M. Christian RIBES, exploité sous l enseigne "Pompes Funèbres de Lespignan Ribes Christian" à LESPIGNAN (34710) ;
- VU** en date du 9 février 2012 la demande de renouvellement de cette habilitation formulée par le responsable de cette entreprise ;

Considérant que le dossier constitué à l'appui de cette demande répond aux conditions fixées par les textes susvisés pour les activités déclarées ;

SUR la proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} L'établissement secondaire situé 13 le Boulevard à LESPIGNAN (34710), exploité sous l'enseigne « POMPES FUNEBRES DE LESPIGNAN RIBES CHRISTIAN » par M. Christian RIBES, est habilité, conformément à l'article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales, pour exercer sur l'ensemble du territoire les activités funéraires suivantes :

- l'organisation des obsèques,
- la fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires.

ARTICLE 2 Le renouvellement de l'habilitation préfectorale est établi sous le n° **12-34-327**.

ARTICLE 3 La durée de la présente habilitation est fixée à six ans.

ARTICLE 4 La présente habilitation peut être retirée ou suspendue, pour une ou plusieurs activités, pour l'un des motifs prévus par l'article L.2223-25 du code général des collectivités territoriales

ARTICLE 5 Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera inséré au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Montpellier, le 14 mars 2012

**Pour le Préfet,
Le Directeur
Paul CHALIER**

**DIRECTION DE LA REGLEMENTATION
ET DES LIBERTES PUBLIQUES**

BUREAU DE LA REGLEMENTATION

GENERALE ET DES ELECTIONS

Affaire suivie par : Maryvonne Ramos

ARRETE n° 2012-01-587

**OBJET : RENOUELEMENT D'UNE HABILITATION
DANS LE DOMAINE FUNERAIRE**

**Le Préfet de la Région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault**

- VU** le code général des collectivités territoriales;
- VU** la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 relative à la législation dans le domaine funéraire ;
- VU** les articles R. 2223-56 à R. 2223-65 du code général des collectivités territoriales ;
- VU** l'arrêté préfectoral n° 2006-01-685 du 23 mars 2006 qui a habilité pour six ans dans le domaine funéraire l'établissement secondaire de l'entreprise de M. Christian RIBES, exploité sous l'enseigne "Pompes Funèbres de Colombiers Ribes Christian" à COLOMBIERS (34440) ;
- VU** en date du 9 février 2012 la demande de renouvellement de cette habilitation formulée par le responsable de cette entreprise ;

Considérant que le dossier constitué à l'appui de cette demande répond aux conditions fixées par les textes susvisés pour les activités déclarées ;

SUR la proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} L'établissement secondaire situé Port de Plaisance à COLOMBIERS (34440), exploité sous l'enseigne « POMPES FUNEBRES DE COLOMBIERS RIBES CHRISTIAN » par M. Christian RIBES, est habilité, conformément à l'article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales, pour exercer sur l'ensemble du territoire les activités funéraires suivantes :

- l'organisation des obsèques,
- la fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires.

ARTICLE 2 Le renouvellement de l'habilitation préfectorale est établi sous le n° **12-34-326**.

ARTICLE 3 La durée de la présente habilitation est fixée à six ans.

ARTICLE 4 La présente habilitation peut être retirée ou suspendue, pour une ou plusieurs activités, pour l'un des motifs prévus par l'article L.2223-25 du code général des collectivités territoriales

ARTICLE 5 Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera inséré au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Montpellier, le 14 mars 2012

**Pour le Préfet,
Le Directeur
Paul CHALIER**

**LE PREFET de la Région
Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du
Mérite**

Arrêté Préfectoral N°2012-II-308

Association Syndicale Autorisée

« Les Irrigants du Pays d'Ensérune »

Siège social : Vignerons du Pays d'Ensérune

235 avenue Jean Jaurès, BP 19

34370 MARAUSSAN

Modification de l'article 22 des Statuts

Vu l'ordonnance N° 2004-632 du 1^{er} juillet 2004 relative aux associations syndicales de propriétaires modifiée par les lois N° 2004-1343 du 9 décembre 2004, N° 2005-157 du 23 février 2005 et N° 2006-1772 du 30 décembre 2006 ;

Vu le décret N° 2006-504 du 3 mai 2006 portant application de l'ordonnance susvisée ;

Vu la circulaire INTB0700081 C du 11 juillet 2007 de Mme la Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales relative aux associations syndicales de propriétaires ;

Vu l'arrêté préfectoral N°2010-II-925 du 15 novembre 2010 portant création de l'Association Syndicale « Les Irrigants du Pays d'Ensérune » ;

Vu le procès verbal de la première assemblée des propriétaires du 08 février 2012 réunie sans que les conditions de quorum soient atteintes pour délibérer sur une nouvelle rédaction de l'article 22 des statuts ;

Vu le procès verbal de la seconde assemblée des propriétaires du 08 février 2012, adoptant sans condition de quorum la modification de l'article 22 des statuts ;

Considérant que l'ensemble des 219 adhérents de l'Association dispose d'un nombre total de 742 voix et que l'assemblée des propriétaires a adopté en seconde lecture la modification de l'article 22 des statuts à l'unanimité des 309 voix des membres présents et représentés ;

Considérant que les conditions de majorité fixées par l'article 19 du décret susvisé sont remplies ;

Vu l'arrêté préfectoral N° 2012-I-151 du 23 janvier 2012 portant délégation de signature à M. Nicolas de MAISTRE, Sous-Préfet de l'arrondissement de Béziers ;

Sur proposition de Madame la Secrétaire Générale de la Sous-préfecture de Béziers ;

ARRETE

ARTICLE 1

L'article 22 des statuts de l'Association Syndicale Autorisée « Les Irrigants du Pays d'Ensérune », conformément aux dispositions des textes règlementaires susvisés et aux décisions prises lors de l'assemblée des propriétaires du 8 février 2012, est modifié de la façon suivante :

Article 22 Agrégation ou Réduction volontaire du périmètre :

La décision d'extension ou de réduction du périmètre est prise par simple décision du Syndicat puis soumise à l'autorisation du Préfet lorsque :

- *l'extension ou la réduction du périmètre porte sur une surface inférieure à 7% de la superficie précédemment incluse dans le périmètre de l'Association,*
- *qu'a été recueillie par écrit, l'adhésion ou la démission de chaque propriétaire des immeubles susceptibles d'être inclus dans le périmètre,*
- *et qu'à la demande de l'autorité administrative, l'avis de chaque commune intéressée a été recueilli par écrit.*

ARTICLE 2

Les autres articles des statuts restent sans changement.

ARTICLE 3

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de l'Hérault puis :

- affiché dans les communes de MARAUSSAN, CAPESTANG, CAZOULS LES BEZIERS, CREISSAN, MAUREILHAN, PUISSEGUIER et QUARANTE dans les quinze jours qui suivent leur publication, avec en annexe les statuts modifiés conformément à la réglementation,
- notifié aux propriétaires concernés par le Président de l'association syndicale autorisée et en cas d'indivision, à celui ou ceux des co-indivisaires mentionnés sur la documentation cadastrale.

ARTICLE 4

En cas de contestation, le présent arrêté pourra faire l'objet de recours devant la juridiction administrative dans les deux mois à partir de sa publication au recueil des actes administratifs ou de sa notification à chacun des propriétaires concernés.

ARTICLE 5

Madame la Secrétaire Générale de la Sous-Préfecture de Béziers,
Madame la Directrice Départementale des Territoires et de la Mer,
Monsieur le Président de l'Association Syndicale Autorisée « Les Irrigants du Pays d'Ensérune »,
Messieurs les Maires de MARAUSSAN, CAPESTANG, CAZOULS LES BEZIERS, CREISSAN, MAUREILHAN, PUISSEGUIER et QUARANTE,
sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

BEZIERS, le 14 Mars 2012

Pour le Préfet,
Le Sous-Préfet de Béziers

Nicolas de MAISTRE

PRÉFET DE L'HÉRAULT

SOUS-PREFECTURE DE LODEVE
BUREAU DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ARRETE N° 2012-I- 598

Syndicat Centre Hérault :
Modification du périmètre
d'intervention

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la légion d'honneur

- VU** le code général des collectivités territoriales et notamment les articles L 5211-18, et L 5211-20;
- VU** l'arrêté préfectoral du n° 97-I-3097 du 21 novembre 1997 modifié portant création du syndicat Centre Hérault ;
- VU** la délibération en date du 27 septembre 2011 par laquelle le comité du syndicat Centre Hérault redéfinit le périmètre d'adhésion de ses communautés de communes membres ;
- VU** la délibérations en date du 26 octobre 2011 par laquelle le conseil de la communauté de communes du Clermontais accepte cette modification statutaire ;
- VU** l'avis réputé favorable des communautés de communes Lodévois et Larzac et Vallée de l'Hérault en l'absence de délibération sur cette modification dans le délai imparti ;

CONSIDERANT, par conséquent, l'accord de l'ensemble des conseils communautaires des communautés de communes membres du syndicat Centre Hérault;

- VU** les statuts ci-annexés ;
- VU** l'avis favorable du Sous-Préfet de Lodève en date du 13 février 2012 ;
- SUR** proposition du Sous-Préfet de l'arrondissement de Lodève,

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : La composition du syndicat Centre Hérault est la suivante :

- Communautés de communes Lodévois et Larzac regroupant les communes de : CELLES, FOZIERES, LA VACQUERIE-ET-SAINT-MARTIN-DE-CASTRIES, LAUROUX, LAVALETTE, LE BOSQ, LE CAYLAR, LE CROS, LE PUECH, LES PLANS, LES RIVES, LODEVE, OLMET-ET-VILLECUN, PEGAIROLLES-DE-L'ESCALETTE, POUJOÛS, ROMIGUIERES, ROQUEREDONDE, SAINT-ETIENNE-DE-GOURGAS, SAINT-FELIX-DE-L'HERAS, SAINT-JEAN-DE-LA-BLAQUIERE, SAINT-MAURICE-NAVACELLES, SAINT-MICHEL, SAINT-PIERRE-DE-LA-FAGE, SAINT-PRIVAT, SORBS, SOUBES, SOUMONT, USCLAS-DU-BOSC ;

- Communautés de communes Vallée de l'Hérault regroupant les communes de : ANIANE, ARBORAS, ARGELLIERS, AUMELAS, BELARGA, CAMPAGNAN, GIGNAC, JONQUIERES, LA BOISSIERE, LAGAMAS, LE POUGET, MONTARNAUD, MONTPEYROUX, PLAISSAN, POPIAN, POUZOLS, PUECHABON, PUILACHER, SAINT-ANDRE-DE-SANGONIS, SAINT-BAUZILLE-DE-LA-SYLVE, SAINT-GUILHEM-LE-DESERT, SAINT-GUIRAUD, SAINT-JEAN-DE-FOS, SAINT-PARGOIRE, SAINT-PAUL-ET-VALMALLE, SAINT-SATURNIN-DE-LUCIAN, TRESSAN, VENDEMIAN ;
- Communautés de communes du Clermontois pour les communes de : ASPIRAN, BRIGNAC, CABRIERES, CANET, CEYRAS, CLERMONT-L'HERAULT, LIAUSSON, LIEURAN-CABRIERES, MERIFONS, MOUREZE, NEBIAN, OCTON, PAULHAN, PERET, SALASC, USCLAS-D'HERAULT, VALMASCLE, VILLENEUVETTE.

ARTICLE 2 : Les statuts modifiés du syndicat Centre Hérault sont approuvés et annexés au présent arrêtés.

ARTICLE 3 : Le sous-préfet de Lodève, la directrice régionale des finances publiques de la région Languedoc Roussillon et du département de l'Hérault, le président du syndicat Centre Hérault, les présidents des communautés de communes membres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le **15 MARS 2012**

Pour le Préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général,



Alain ROUSSEAU

**SYNDICAT
POUR LA COLLECTE ET
LE TRAITEMENT DES DECHETS
MENAGERS ET ASSIMILES
DU CENTRE HERAULT**



STATUTS

Statuts Mai 1997 modifié Mai 2001 – Avril 2004 – Février 2005
- Novembre 2005- Mars 2009- Mai 2010- Novembre 2010- Avril
2011

Modification : SEPTEMBRE 2011

SYNDICAT MIXTE

POUR LE TRAITEMENT DES DECHETS MENAGERS

STATUTS

Les élus des structures intercommunales dont la liste est précisée ci-dessous (article 1), après avoir pris connaissance du Plan Départemental d'élimination des déchets ménagers et assimilés établi par l'Etat et approuvé par l'arrêté préfectoral du 1^{er} Février 1996, confirment :

- ◆ leur adhésion au principe du Plan Départemental,
- ◆ leur volonté de s'intégrer à la filière qui sera définie pour cette zone, en particulier dans le cadre du Syndicat Mixte de la Zone Ouest pour la partie aval de la filière : transfert, transport, incinération et stockage des ultimes,

et affirment :

- ◆ la nécessité de prendre en compte les spécificités locales, à savoir :
 - l'extrême diversité de l'équipement et de l'organisation actuels des Collectivités locales,
 - les difficultés liées à l'accessibilité, à la faible population et à l'éparpillement du gisement de déchets,
 - l'éloignement par rapport aux grands centres urbains et les contraintes techniques et financières qui en découlent.
- ◆ leur volonté de rechercher, de proposer et de mettre en œuvre les solutions spécifiques les mieux adaptées au contexte local.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – CONSTITUTION DU SYNDICAT

En application des articles L. 5.211, 5.212 et 5.711 du Code Général des Collectivités Territoriales, il est créé entre les établissements publics :

- Communauté de Communes " Vallée de l'Hérault " (en remplacement du SICTOM de Gignac-Aniane)
Vu l'arrêté préfectoral N°2001-1- 5407 du 28 Décembre 2001

Aniane, Arboras, Argelliers, Aumelas, Bêlarga, Campagnan, Gignac, Jonquières, La Boissière, Lagamas, Le Pouget, Montarnaud, Montpeyroux, Plaissan, Popian, Pouzols, Puechabon, Puilacher, St André de Sangonis, St Bauzille de la Sylve, St Guilhem le Désert, St Guiraud, St Jean de Fos, St Pargoire, St Paul et Valmalle, St Saturnin, Tressan, Vendémian,

- Communauté de Communes Lodévois et Larzac (en remplacement du Syndicat Mixte de Collecte des ordures ménagères de Lodève-Le Caylar)
Vu les Arrêtés Préfectoraux N° 2008-1-2919 du 10 Novembre 2008
N°2008-1-3066 du 27 Novembre 2008

Celles, Fozières, Lauroux, Lavalette, La Vacquerie, Le Bosc, Le Caylar, Le Cros, Le Puech, Les Plans, Les Rives, Lodève, Pegairolles de l'Escalette, Pujols, Romiguières, Roqueredonde, St Etienne de Gourgas, **St Félix de l'Héras**, St Jean de la Blaquièrre, St Maurice de Navacelles, St Michel, St Pierre de la Fage, St Privat, Sorbs, Soubes, Soumont, Usclas du Bosc, Olmet Villecum

- Communauté de Communes du Clermontais (en remplacement du SIRTOM de Clermont l'Hérault)
Vu les arrêtés préfectoraux N°98-1-1110 du 10 Avril 1998
N°2000-1-1038 du 14 Avril 2000
N°2000-1-4254 du 21 Décembre 2000

Aspiran, Brignac, Cabrières, Canet, Clermont l'Hérault, Ceyras, Liausson, Lieuran Cabrières, Mérifons, Mourèze, Nébian, Paulhan, Peret, Octon, Salasc, Usclas d'Hérault, Valmascle, Villeneuve

un Syndicat Mixte qui prend la dénomination de Syndicat de Collecte et de Traitement des Déchets Ménagers et Assimilés du Centre Hérault, dénommé Syndicat du Centre Hérault.

ARTICLE 2 – OBJET DU SYNDICAT

Le Syndicat a pour objet :

1°/ - l'étude d'un système de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés conformément aux dispositions du Plan Départemental d'Elimination des Déchets Ménagers et Assimilés pour l'ensemble du Secteur Centre Hérault. Ce volet comprend la réalisation de la synthèse des études déjà réalisées ou à venir, effectuées par les Collectivités locales adhérant au Syndicat Mixte, de façon à garantir leur cohérence dans le cadre du Plan Départemental (études de filière et de zone par exemple).

2°/ - l'étude de la mise en place de ce système (volets technique, économique, réglementaire, juridique et institutionnel) et portant notamment sur :

2.1 - La mise en place de la filière de traitement :

- * les collectes sélectives,
- * les unités de compostage (boues de station d'épuration, déchets verts, compost urbain),
- * les unités de tri,
- * les stations de transfert,
- * mode de transport
- * l'unité d'incinération,
- * les centres de stockage de déchets ultimes.

2.2 - L'économie des projets :

- * coût d'investissement,
- * coût d'exploitation,

- * incidence à la tonne traitée et à l'habitant
- * répartition des charges entre les Collectivités adhérentes en fonction des services assurés.

2.3 – Abrogé par délibération du 18 mai 2010

2.4 – *L'aspect institutionnel* :

- Maîtrise d'ouvrage
- Participation des EPCI : répartition des charges d'investissement et de fonctionnement par le biais d'une péréquation à la tonne collectée et traitée ou d'une péréquation à l'habitant.

3°/ la construction des installations nécessaires pour le fonctionnement du service de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés autres que ceux assurés par les EPCI constituant le Syndicat Centre Hérault.

La mise en œuvre concrète de ce service incluant en particulier :

- la conception et la réalisation d'équipements nécessaires pour l'accomplissement des services définis par les études,
- les acquisitions de matériel,
- les embauches indispensables à leur fonctionnement.

4°/ l'exploitation de l'ensemble des installations de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés entrant dans le champ de compétence du Syndicat Centre Hérault (collectes sélectives, recyclage, compostage, transfert, transport, élimination, stockage). Il dédommage financièrement les communes du territoire du Syndicat accueillant un centre d'enfouissement technique, un centre de stockage de déchets ultimes ou une plate-forme de compostage (valorisation des déchets), des sujétions inhérentes à la présence sur leur territoire des équipements sus-visés. A ce titre, le Syndicat Centre Hérault versera à (ou aux) commune(s) concernée(s), pendant la durée de l'exploitation de l'équipement, une dotation.

Les conditions de dédommagement financier des communes accueillant un Centre d'Enfouissement Technique ou un Centre de Stockage de Déchets Ultimes seront fixées par une délibération du Comité Syndical.

Pour une commune accueillant une plate forme de compostage sur son territoire, une dotation annuelle d'un montant de 0.10 Euro par habitant du Syndicat Centre Hérault, en fonction du recensement INSEE.

Au jour de sa constitution, le Syndicat Centre Hérault prendra en charge l'exploitation des Services existants suivants de chacun des trois EPCI primitivement regroupés après qu'ils en aient défini l'ensemble des modalités.

- les collectes sélectives (papier, verre, huiles, encombrants, Déchets Industriels Banals)
- la déchetterie d'Aspiran
- l'usine de compostage de Clermont-L'Hérault
- la décharge d'inertes d'Aspiran
- la décharge d'inertes de Lodève
- la décharge contrôlée de Soumont

La gestion des centres de stockage de matériaux strictement inertes (gravats, démolition...) sera définie dans le cadre du règlement intérieur du Syndicat Centre Hérault.

ARTICLE 3 – DUREE DU SYNDICAT

Le Syndicat est formé pour une durée illimitée.

ARTICLE 4 – SIEGE DU SYNDICAT

Le siège du Syndicat est établi à Aspiran :
Route de Canet – 34800 Aspiran

TITRE II – FONCTIONNEMENT :

ARTICLE 5 – COMPOSITION DU COMITE DU SYNDICAL

Le Syndicat est administré par un Comité du Syndicat, composé des Délégués des Collectivités, membres du Syndicat.

La représentation des diverses collectivités au sein du Comité Syndical est la suivante :

- | | |
|--|--|
| - Communauté de Communes " Vallée de l'Hérault " : | 4 délégués titulaires et 4 délégués suppléants |
| - Communauté de Communes Lodévois et Larzac | 4 délégués titulaires et 4 délégués suppléants |
| - Communauté de Communes du Clermontois : | 4 délégués titulaires et 4 délégués suppléants |

La durée du mandat des délégués est celle qu'ils détiennent au sein de chaque Collectivité concernée.

La représentation de nouvelles Collectivités locales ou Etablissements Publics sera décidée par le Syndicat lors de l'acceptation d'adhésion.

ARTICLE 6 – FONCTIONNEMENT DU COMITE DU SYNDICAT

Le Comité Syndical se réunit au moins deux fois par an au siège du Syndicat ou en un lieu choisi par le Comité dans l'un des EPCI membres. En dehors des réunions précitées le Président doit convoquer le Comité à la demande du tiers au moins des membres du Comité.

Le Comité ne peut délibérer que lorsque la majorité de ses membres en exercice assiste à la séance. Les décisions du Comité sont prises à la majorité absolue des suffrages exprimés.

En cas d'absence, tout titulaire ne peut donner un pouvoir qu'à un suppléant ou à un autre titulaire : tout délégué ne pourra détenir qu'un seul pouvoir.

ARTICLE 7 – COMPOSITION DU BUREAU SYNDICAL

Le Comité élit parmi ses membres, dans les conditions prévues à l'article L.5.212.12 du Code Général des collectivités territoriales, un bureau composé de 9 membres comprenant :

- 1 Président
- 3 Vice-Présidents
- 5 Membres

ARTICLE 8 – FONCTIONNEMENT DU BUREAU SYNDICAL

Le Comité peut déléguer au Président et/ou aux membres du Bureau une partie de ses attributions en ce qui concerne l'administration et la gestion, par une délégation spéciale ou permanente dont il fixe la limite, conformément aux articles L 5212-11 et L 5212-12 du Code des Collectivités Territoriales.

Le bureau se réunit aussi souvent qu'il est nécessaire pour l'exercice de ses attributions et rend compte au Comité de ses travaux.

ARTICLE 9 – COMPETENCES DU COMITE SYNDICAL

Toutefois, seul le Comité est compétent pour délibérer sur les matières suivantes :

- modification des conditions initiales de composition, de fonctionnement et de durée du Syndicat,
- budget et décisions modificatives, compte administratif,
- acceptation de dons et legs,
- les engagements financiers hors budget,
- adhésion du Syndicat à un Etablissement Public,
- délégation de la gestion d'un Service Public.

TITRE III –DISPOSITIONS FINANCIERES

ARTICLE 10 – BUDGET ET REPARTITION DES CHARGES

Les recettes du Syndicat sont constituées conformément à l'article L. 5212.19 du Code Général des Collectivités Territoriales par :

- le revenu des biens, meubles ou immeubles,
- les subventions de l'Etat, de la Région, du Département, des Communes et des Etablissements Publics (Agence de l'eau, ADEME, etc...) et autres (Eco-Emballages, etc...), les fonds européens,
- les contributions des Collectivités déterminées par les décisions du Comité, en application des articles L. 5212.20 et suivants du Code Général des Collectivités Territoriales.
- les sommes qu'il reçoit des administrations publiques, associations, particuliers en échange d'un service rendu,
- les produits des dons et legs,
- le produit des taxes, redevances et contributions correspondant aux services rendus,
- le produit des emprunts.

Les conditions financières d'adhésion de nouvelles Collectivités ou Etablissements Publics seront fixées par délibération du Comité Syndical.

ARTICLE 11 – COMPTABILITE

Les fonctions de trésorier du Syndicat sont exercées par le trésorier de la Commune siège du Syndicat, c'est à dire Monsieur le Trésorier de Clermont-L'Hérault.

Les recettes et les dépenses du Syndicat sont effectuées par le Trésorier chargé seul et sous sa responsabilité de poursuivre la rentrée de tous les revenus du Syndicat et de toutes les sommes qui lui sont dues, ainsi que d'acquitter toutes les dépenses ordonnées par le Président.

Le Trésorier a seul qualité pour opérer tous maniements de fonds ou de valeurs ; il veille à la conservation des droits et au recouvrement des revenus et créances de toutes sortes.

ARTICLE 12 – NOUVELLES ADHESIONS

Le Syndicat peut comprendre toute autre Collectivité locale ou Etablissement Public qui solliciterait son adhésion en s'engageant à accepter les présents statuts. Il appartient au Syndicat de décider de l'admission de ces Collectivités ou Etablissements Publics selon la procédure prévue par les règlements en vigueur.

Pour éviter la dispersion géographique des structures adhérentes au Syndicat Centre Hérault, les Communes ne sont pas admises à titre individuel : ainsi, des Communautés de Communes et des Syndicats de Communes, autres que ceux primitivement syndiqués, peuvent être admis à faire partie du Syndicat. Les Communes quant à elles, avant toute demande d'adhésion, devront :

- *soit constituer une nouvelle structure intercommunale,
- *soit adhérer à une structure intercommunale existante.

Les conditions financières d'adhésion nouvelle au Syndicat Centre Hérault seront fixées par délibération du Comité Syndical, au cas par cas.

ARTICLE 13 – MODIFICATION – DISSOLUTION DU SYNDICAT

La dissolution du Syndicat Centre Hérault sera décidée lorsque celui-ci sera parvenu au terme de sa mission.

A la dissolution du Syndicat, l'actif sera partagé entre les Collectivités associées au prorata des contributions apportées pendant la vie syndicale.

ARTICLE 14 – REGLEMENTATION

Les règles applicables au Syndicat en ce qui concerne le contrôle administratif, technique et financier sont celles applicables aux Syndicats de Communes pour tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions spéciales des présents statuts.

Par ailleurs, les dispositions de la loi n°92.125 du 6 février 1992, relative à l'Administration Territoriale de la République, seront respectées, notamment celles ressortant de l'article 30.

ARTICLE 15 – ADHESION

Le Comité Syndical peut décider d'adhérer à un autre Syndicat Mixte ou à tout autre organisme de coopération intercommunale.

ARTICLE 16 – DIVERS

Les présents statuts seront annexés aux délibérations des Organes délibérants des EPCI les adoptant et constituent ensemble, avec l'arrêté préfectoral autorisant le Syndicat, l'arrêté constitutif en Syndicat Mixte.

Les points non évoqués dans les présents statuts pourront être précisés dans le cadre d'un règlement intérieur.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE L'HERAULT

**SOUS-PREFECTURE DE BEZIERS
BUREAU DES FINANCES PUBLIQUES**

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

ARRETE N° : 2012-1- 594

OBJET : Communauté de communes « Orb et Taurou » - Modification des statuts : transfert du siège de la communauté.

VU le code général des collectivités territoriales, notamment son article L.5211-20 ;

VU l'arrêté préfectoral n° 98-I-4012 du 28 décembre 1998, modifié, portant création de la communauté de communes Orb et Taurou ;

VU l'arrêté préfectoral n° 2012-I-148 du 23 janvier 2012 donnant délégation de signature à M. Alain ROUSSEAU, secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

VU la délibération du 20 avril 2011 par laquelle le conseil communautaire de la communauté de communes « Orb et Taurou » propose le transfert du siège de la communauté ;

VU les délibérations aux termes desquelles le transfert du siège est approuvé par l'ensemble des conseils municipaux des communes membres de la communauté, c'est-à-dire : CAUSSE-ET-VEYRAN (29/06/2011), MURVIEL-LES-BEZIERS (05/07/2011), PAILHES (05/07/2011), SAINT-NAZAIRE-DE-LADAREZ (06/07/2011), THEZAN-LES-BEZIERS (04/07/2011) ;

VU l'avis de M. le Sous-Préfet de BEZIERS en date du 26 septembre 2011 ;

SUR proposition de Monsieur le Secrétaire Général de la préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1er : Le siège de la communauté de communes Orb et Taurou est fixé au :

**27 bis, avenue de la République
34490 MURVIEL-LES-BEZIERS**

ARTICLE 2 : Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, le sous-préfet de Béziers, la directrice régionale des finances publiques du Languedoc-Roussillon et du département de l'Hérault, le président de la communauté de communes « Orb et Taurou » ainsi que les maires des communes membres sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Montpellier, le **15 MARS 2012**

Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général


Alain ROUSSEAU

PRÉFET DE L'HÉRAULT

DIRECTION DE LA RÉGLEMENTATION
ET DES LIBERTÉS PUBLIQUES
BUREAU DE LA RÉGLEMENTATION GÉNÉRALE
ET DES ÉLECTIONS

Le Préfet de la région Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur

Arrêté n° 2012-I- 605

OBJET : Dates limites de dépôt des déclarations des candidats à l'élection présidentielle.

- VU la Constitution et notamment ses articles 6, 7 et 58 ;
 - VU le code électoral ;
 - VU la loi organique n° 62-1292 du 6 novembre 1962 modifiée relative à l'élection du Président de la République au suffrage universel ;
 - VU le décret n° 2001-213 du 8 mars 2001 portant application de la loi du 6 novembre 1962 modifié par le décret n° 2011-1837 du 8 décembre 2011 relatif à l'élection du Président de la République ;
 - VU le décret n° 2012-256 du 22 février 2012 portant convocation des électeurs pour l'élection du Président de la République ;
 - VU la circulaire ministérielle n° NOR/I/OC/A/12/02673/C du 8 février 2012 relative à l'organisation de l'élection du Président de la République ;
 - VU l'arrêté du Préfet de l'Hérault n° 2012-I-586 du 14 mars 2012 instituant la Commission Locale de Contrôle de la campagne pour l'élection du Président de la République dans l'Hérault ;
- SUR proposition du Secrétaire général de la Préfecture de l'Hérault ;

ARRETE

ARTICLE 1er La date limite de dépôt des déclarations des candidats au premier tour de scrutin de l'élection du Président de la République est fixée au **mardi 10 avril 2012, à 12 heures.**

ARTICLE 2 En cas de second tour de scrutin les déclarations des deux candidats en présence doivent être remises au plus tard le **lundi 30 avril 2012, à 12 heures.**

ARTICLE 3 Les documents devront être livrés à l'entrepôt de la **société Koba Global Services**, attributaire du marché de routage de la propagande électorale, à l'adresse suivante :

50 rue Charles Gide – ZA la Biste à BAILLARGUES (34670)

Le site est équipé d'un quai de déchargement accessible à tout type de véhicules.

Les coordonnées des responsables de l'opération sont les suivantes :

M. LEBOUCHER 06 16 92 64 63 / Mme MENDES 06 72 06 00 03.

ARTICLE 4 Les circulaires de format A3 (210 x 297 mm) et d'un grammage compris entre 60 et 80 grammes au mètre carré seront **impérativement livrées pliées au format A4, non encartées**, en paquets de 250 exemplaires croisés par 125 exemplaires non «liassés» et placés directement sur palettes.

ARTICLE 5 Les livraisons seront accompagnées d'un bon précisant le nombre de palettes livrées, la quantité de documents par palette et la quantité totale du chargement.

ARTICLE 6 Les candidats devront livrer pour le département de l'Hérault **793 250 déclarations** (755 476 électeurs majorés de 5 %).

ARTICLE 7 Le bureau des élections de la Préfecture s'assurera, au fur et à mesure, de leur livraison par délégation et sous l'autorité du Président de la Commission Locale de Contrôle, de la conformité des déclarations au texte type qui lui sera adressé par la Commission Nationale de Contrôle.

ARTICLE 8 La commission locale de contrôle de la campagne électorale ne sera pas tenue d'assurer l'envoi des déclarations des candidats qui n'auraient pas été remises aux dates fixées aux articles 1er et 2 du présent arrêté.

ARTICLE 9 Le présent arrêté sera notifié au président de la commission locale de contrôle de la campagne électorale, aux représentants départementaux des candidats et au directeur de la société Koba Global Services.

ARTICLE 10 Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Montpellier, le **15 MAR 2012**

Le Préfet,

Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général

Alain ROUSSEAU

ARRÊTÉ N° 2012-I-607

DONNANT DELEGATION DE SIGNATURE

A Mme Béatrice FADDI,

DIRECTEUR DE L'IMMIGRATION et DE L'INTEGRATION

**LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON,
PREFET DE L'HERAULT**
Officier de la Légion d'Honneur

- VU** la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- VU** la loi n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République ;
- VU** le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- VU** l'article 552-1 à 8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- VU** le décret du 11 décembre 2008 portant nomination de M. Claude BALAND, préfet hors classe, en qualité de préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault ;
- VU** l'arrêté ministériel n° 10/1629/A du 27 juillet 2011 portant détachement et nomination de Mme Béatrice FADDI dans un emploi fonctionnel de conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer en qualité de directeur de l'immigration et de l'intégration ;
- VU** la décision du 4 août 2011 portant affectation de Mme Sabine IMIRIZALDU, attachée principale à la direction de l'immigration et de l'intégration, en qualité de chef du bureau de l'asile, de l'éloignement et du contentieux ;
- SUR** proposition du Secrétaire Général de la préfecture,

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} Mme Béatrice FADDI, conseiller d'administration de l'intérieur et de l'outre-mer, directeur de l'immigration et de l'intégration, reçoit délégation de signature pour les matières relevant des attributions du ministère de l'intérieur et des ministères qui, ne disposant pas de services dans le département, ont des compétences se rattachant à l'attribution de la direction et notamment :

- les mémoires en défense ou en réponse dans le cadre d'une instance contentieuse devant les juridictions administratives et les tribunaux judiciaires ;
- toute décision ayant trait à une mesure d'éloignement concernant les étrangers séjournant irrégulièrement sur le territoire français et les décisions en matière de rétention administrative ou d'assignation à résidence des étrangers objets d'une telle mesure, prise en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- les requêtes auprès du juge des libertés et de la détention en application de l'article L 552-1 à 8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, en vue d'obtenir la prolongation du maintien en rétention administrative et de sa prorogation à titre exceptionnel comme il est prévu par la loi.

Demeurent toutefois réservés à la signature du secrétaire général de la préfecture :

- * les arrêtés préfectoraux réglementaires ;
- * les demandes de retrait des décrets de naturalisation.

ARTICLE 2: Délégation de signature est donnée à M. Philippe MOLIERE, attaché, chef de bureau du séjour et concurremment à :

- * Mme Lucienne FABRIS, adjointe au chef de bureau,
- * Mme Hélène ROUSSEL, chef de section,
- * Mme Corinne BEAUFORT, chef de section,
- * Mme Claudie DAVID

pour signer, pour toutes les attributions relevant du bureau, les documents suivants :

- * les titres de séjour des étrangers ainsi que les autorisations provisoires de séjour et de circulation tels que APS, récépissés, vignettes,
- * les prolongations de visa de court séjour,
- * les correspondances ne constituant ni décisions générales, ni instructions générales,
- * les copies de pièces et documents à annexer à une décision préfectorale.

ARTICLE 3: Délégation de signature est donnée à Mme Sabine IMIRIZALDU, attachée principale, chef de bureau de l'asile, du contentieux et de l'éloignement, pour signer les documents suivants :

- * les correspondances ne constituant ni décisions générales, ni instructions générales ;
- * les copies de pièces et documents à annexer à une décision préfectorale ;
- * les autorisations provisoires de séjour pour les demandeurs d'asile, les titres de voyage pour réfugiés ;
- * les refus d'admission provisoire au séjour pour les demandeurs d'asile.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Béatrice FADDI, délégation de signature est donnée à Mme Sabine IMIRIZALDU pour signer les mémoires en défense ou en réponse dans le cadre d'une instance contentieuse devant le tribunal administratif.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Sabine IMIRIZALDU, la délégation de signature qui lui est consentie est donnée à :

- M. Yannick PRETRE,
- Mme Christiane REY GINER
- Mme Ghislaine BONNEFILLE
- Mlle Fanny EGEE
- Mme Julie PEYRE

ARTICLE 4: Délégation de signature est donnée à Mme Elisabeth DESHAYES-CORONATO, attachée, chef de bureau de l'intégration et des naturalisations et concurremment à Mme Béatrice ROHAN, chef de section, à l'effet de signer les correspondances courantes dans le cadre des

procédures de naturalisation et d'acquisition de la nationalité française par mariage des articles 21-15 et 21-2 du code civil ainsi que la déclaration et le récépissé de dépôt des déclarations d'acquisition de la nationalité française par mariage.

Délégation de signature est donnée à Mme Régine ARGENCE, M. Alain DEVAUD, Mmes Pascale CLAUDE, Lydie PERRIER et Catherine ULMER à l'effet de signer les convocations aux postulants, les récépissés, les procès-verbaux d'assimilation ainsi que les demandes d'enquêtes dans le cadre de la procédure de naturalisation.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Béatrice FADDI, délégation de signature est donnée à Mme Elisabeth DESHAYES-CORONATO à l'effet de signer les avis relatifs aux demandes de naturalisation.

ARTICLE 5 Le secrétaire général de la préfecture de l'Hérault est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Fait à Montpellier, le 16 mars 2012

Le Préfet,

Claude BALAND

Direction des Relations
avec les Collectivités Locales
Pôle Juridique Interministériel

Arrêté n° 2012 – I – 608
donnant délégation de signature
à l'occasion des permanences de week-ends
ou de jours fériés

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON,
PREFET DE L'HERAULT
Officier de la Légion d'Honneur

VU la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

VU la loi 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 ;

VU le décret n° 2009-176 du 16 février 2009 modifiant le décret n° 64-805 du 29 juillet 1964 fixant les dispositions réglementaires applicables aux préfets et le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

VU le décret du 20 juillet 2006 nommant M. Christian RICARDO, sous-préfet de l'arrondissement de Lodève ;

VU l'arrêté ministériel en date du 9 octobre 2007 portant nomination de M. Jean-Christophe BOURSIN, ingénieur des ponts et chaussées, en qualité de secrétaire général pour les affaires régionales auprès du préfet de la région Languedoc – Roussillon pour une durée de trois ans et renouvelé dans ses fonctions par l'arrêté ministériel du 3 septembre 2010 ;

VU le décret du 11 décembre 2008 portant nomination de M. Claude BALAND, préfet hors classe, en qualité de préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault ;

VU le décret du 27 janvier 2009 nommant Mme Cécile-Marie LENGLET, sous-préfet chargé de mission auprès du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault ;

VU le décret du 29 juillet 2011 portant nomination de M. Nicolas HONORE, commissaire divisionnaire de la police nationale, détaché en qualité de sous-préfet hors classe, directeur de cabinet du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault ;

VU le décret du 8 décembre 2011 nommant M. Nicolas de MAISTRE, administrateur civil hors classe en qualité de sous-préfet hors classe, sous-préfet de BEZIERS ;

CONSIDERANT que la mise en place de tours de permanence pendant les week-ends et jours fériés constitue un moyen visant à assurer la continuité du service public ;

SUR proposition du secrétaire général de la préfecture de l'Hérault,

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Pendant les permanences de week-ends ou de jours fériés, délégation de signature est donnée, pour l'ensemble du département et en fonction du tour de permanence préétabli à :

- soit M. Jean-Christophe BOURSIN, secrétaire général pour les affaires régionales,
- soit M. M. Nicolas de MAISTRE, sous-préfet de Béziers,
- soit M. Nicolas HONORE, sous-préfet, directeur de cabinet,
- soit Mme Cécile-Marie LENGLET, sous-préfet chargé de mission auprès du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault, secrétaire générale adjointe,
- soit M. Christian RICARDO, sous-préfet de Lodève,

à l'effet de signer toutes décisions nécessitées par une situation d'urgence et notamment :

- les mesures d'éloignement concernant les étrangers séjournant irrégulièrement sur le territoire français et les décisions en matière de rétention administrative ou d'assignation à résidence des étrangers objets de ces mesures, prises en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- les décisions en matière d'admission en soins psychiatriques prises en application du code de la santé publique ;
- les mesures de suspension des permis de conduire ;
- les mesures d'immobilisation et de mise en fourrière à titre provisoire faisant suite à un délit routier ;
- les ordres de réquisition des personnels et matériels pour faire face à une situation d'urgence nécessitant l'engagement de moyens de secours et de soutien.

ARTICLE 2 :

Toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent arrêté sont abrogées.

ARTICLE 3 :

Le secrétaire général pour les affaires régionales, le secrétaire général de la préfecture, le sous-préfet chargé de mission auprès du préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault, secrétaire générale adjointe, le sous-préfet, directeur de cabinet, le sous-préfet de Béziers, le sous-préfet de Lodève, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Montpellier, le 16 mars 2012

Le Préfet,

Claude BALAND

ARRÊTÉ N° 2012 – I – 609
SUPLÉANCE DU PRÉFET DE L'HÉRAULT
(article 45 du décret n° 2004-374 du 29 avril 2004)

LE PREFET DE LA REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON
PREFET DE L'HÉRAULT
Officier de la Légion d'Honneur

VU la loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République ;

VU la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances ;

VU la loi n° 82-213 du 2 mars 1982, modifiée, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, et notamment son article 34 ;

VU la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;

VU le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997, modifié, relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements, et notamment son article 45 ;

VU la circulaire ministérielle NOR/INTA0400072C du 10 juin 2004 relative à la suppléance et à l'intérim des fonctions préfectorales ;

VU la circulaire du premier ministre du 16 juin 2004 relative à l'application du décret n° 2004-374 du 29 avril susvisé ;

VU la circulaire NOR/INTA0500075C du 24 août 2005 relative à la suppléance des fonctions préfectorales ;

VU la circulaire 110110 du 24 juin 2011 relative aux règles applicables en matière de suppléance des fonctions préfectorales ;

VU le décret du 11 décembre 2008 portant nomination de M. Claude BALAND, préfet hors classe, en qualité de préfet de la région Languedoc-Roussillon, préfet de l'Hérault ;

VU le décret du 8 décembre 2011 nommant M. Nicolas de MAISTRE, administrateur civil hors classe en qualité de sous-préfet hors classe, sous-préfet de l'arrondissement de BEZIERS ;

VU le décret du 4 janvier 2012 nommant M. Alain ROUSSEAU, administrateur civil hors classe, sous-préfet hors classe, secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;

Considérant qu'en l'absence de M. le Préfet et de M. ROUSSEAU, secrétaire général de la préfecture de l'Hérault, le lundi 19 mars 2012, il y a lieu d'organiser la suppléance des fonctions préfectorales de M. Claude BALAND, préfet du département de l'Hérault, par application des dispositions prévues à l'article 45 du décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 susvisé ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : M. Nicolas de MAISTRE, sous-préfet de l'arrondissement de BEZIERS, est chargé d'assurer la suppléance de M. Claude BALAND, préfet du département de l'Hérault, le **lundi 19 mars 2012**.

Article 2 : Le sous-préfet de l'arrondissement de Béziers est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Montpellier, le 16 mars 2012

Le Préfet,

Claude BALAND



PRÉFET DE L'HERAULT

Préfecture de l'Hérault
Sous-préfecture de Béziers
Bureau des Politiques Publiques
Section Enquêtes publiques
VF

**LE PREFET de la Région
Languedoc-Roussillon
Préfet de l'Hérault
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

N° TERRITORIAL : 2012076-0005

Arrêté Préfectoral N° 2012-II-304

Commune de SAUVIAN

Zone d'Aménagement Concerté "Font Vive"

Déclaration de cessibilité

- VU** le Code de l'expropriation pour cause d'utilité publique;
- VU** l'arrêté préfectoral N° 2012-II-167 en date du 09 février 2012 déclarant d'utilité publique le projet de la ZAC "Font Vive" sur la commune de Sauvian ;
- VU** la délibération du conseil municipal de Sauvian en date du 31 janvier 2012 se prononçant favorablement sur l'intérêt général du projet considéré et sollicitant la déclaration de cessibilité concernant les parcelles nécessaires au projet de la ZAC "Font Vive" sur la commune de Sauvian ;
- VU** l'arrêté préfectoral N° 2012-I-151 du 23 janvier 2012 portant délégation de signature à Monsieur Nicolas de MAISTRE, Sous-préfet de Béziers et publié au RAA Spécial C du 23 janvier 2012 ;
- SUR** proposition de Madame la Secrétaire générale de la Sous-préfecture de Béziers;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Sont déclarées cessibles sur le territoire de la commune de Sauvian, les parcelles mentionnées sur le plan et l'état parcellaire annexés au présent arrêté.

ARTICLE 2 :

La commune de Sauvian, ou son aménageur la SNC "Fontvive", est autorisée à acquérir soit à l'amiable soit par voie d'expropriation, les terrains dont l'acquisition est nécessaire à la réalisation du projet de la ZAC "Font Vive".

ARTICLE 3 :

Si l'expropriation est nécessaire, celle-ci devra être accomplie dans le délai de cinq ans à compter du présent arrêté.

ARTICLE 4 :

Le présent arrêté sera publié et affiché selon les usages locaux dans la commune de Sauvian. L'accomplissement de cette mesure de publicité incombe au maire et sera certifié par lui.

ARTICLE 5 : Publicité

Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de l'Hérault et devra être notifié **individuellement** à chaque propriétaire concerné.

ARTICLE 6 : Délais et voie de recours

Conformément aux dispositions du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente, dans un délai de deux mois qui commence à courir à compter du jour de sa notification individuelle.

- Madame la Secrétaire générale de la Sous-préfecture de Béziers,
- Monsieur le Maire de Sauvian,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

BEZIERS, le 16 mars 2012

Pour le Préfet, et par délégation,

Le Sous-préfet de Béziers

SIGNE

Nicolas de MAISTRE