



Médecine

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS

Il complète l'analyse des besoins qui figure dans chacune des fiches du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans.

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Une répartition des implantations de médecine équilibrée garantissant une offre satisfaisante

L'accessibilité aux soins dans différentes spécialités médicales est assurée, les établissements répondent bien aux besoins de la population de la région

La région est autonome avec un rapport production/consommation de 1,01.

Globalement les flux sont neutres : attractivité : 5,3 %, fuite : 5,3 %, dues essentiellement à des raisons géographiques (les établissements étant frontaliers mais hors régions).

L'ensemble de ces fuites ne s'expliquent pas par un manque d'implantation, mais par des établissements attractifs qui sont frontaliers de certains départements. Un taux de recours¹ à la médecine qui croît de 139 séjours par 1 000 habitants en 2011 à 143 séjours en 2015, inférieur au taux national (respectivement 151 et 156).

La gradation des prises en charge est assurée

Selon les données issues du SNIIRAM* de 2015, en Pays de la Loire, le temps d'accès médians des patients d'accès à un plateau médical est compris entre 20 et 30 minutes (correspondant à la moyenne nationale) excepté certaines zones où il est compris entre 30 et 44 minutes (carte en annexe)

Dans chaque département la population peut avoir accès à :

- des services de médecine polyvalente et de médecine spécialisée, pour des prises en charge relevant de cardiologie, pneumologie, neurologie, gastroentérologie, rhumatologie et endocrinologie. Dans chaque département, il existe au moins un établissement offrant de structures accueillant plus de 900 séjours dans ces spécialités.
- de recours, et de référence, (sinon au moins au niveau régional)

Activité 2015	Nb Séjours des patients de la région réalisés dans les établissements région PDL	Nb Séjours des patients de la région réalisés dans d'autres régions (Fuite)	Nb Séjours des patients d'autres régions réalisés dans les établissements région PDL (attractivité)	Nb Séjours produits par les établissements de la région
Médecine	530946	28256	28311	560122

¹ Le taux de recours à l'activité de médecine rend compte du recours aux soins de la population domiciliée dans la région, quel que soit l'établissement d'hospitalisation (région ou hors région).

Quels que soient les types de populations accueillies (pédiatrie et gériatrie), la prise en charge en cardiologie et pneumologie représentent en moyenne 20 % des séjours de médecine et les 2 premiers motifs de recours aux urgences.

Amélioration de la disponibilité des plateaux techniques et de la programmation des explorations

2 objectifs :

- Gagner en efficacité en terme de délai de programmation, de fluidification de parcours optimisation de DMS
- Développer l'ambulatoire

Depuis la mise en place du plan triennal 2015 -2017, l'ARS contractualise avec chaque établissement :

- Un taux de médecine ambulatoire dont l'objectif était basé sur une augmentation de 2 % du taux annuel
- Le taux moyen régional est de 49 % (42 – 52) objectif remis en question récemment en raison des difficultés d'application de la circulaire frontrière

Malgré des progrès conséquents, les établissements peinent à s'organiser autour de l'ordonnancement des examens complémentaires en lien avec les plateaux techniques.

Favoriser les activités programmées et entrées directes sans passer par les urgences

Contractualisation avec les établissements (plan triennal 2015 -2017) sur 2 objectifs :

- Un taux d'hospitalisation programmée (ratio programmé/non programmé)
- des taux d'hospitalisation à partir des urgences

Une très faible évolution est constatée depuis 2 ans visant à organiser des entrées directes dans les services (freins institutionnels).

Bonne organisation sur les filières spécialisées : cardio et neurovasculaires.

Point à fortement améliorer : gériatrie.

Organiser l'offre hospitalière d'éducation thérapeutique du patient

L'offre ETP en 1^{er} recours était, jusqu'au PRS 1, inexistante.

Près de 200 programmes ont été autorisés par l'ARS depuis 2010. Ces programmes sont essentiellement hospitaliers. Peu de programmes se sont développés au niveau du 1^{er} recours.

3 types de propositions :

- Programme ETP hospitalier suivi par un programme ETP de 1^{er} recours
- Programme spécifique 1^{er} recours
- Suivi et réévaluation des besoins en ETP

Exemples

- adultes atteints de diabète type 2 : CHU de Nantes, Centre de santé Erdre sur Loire
- Risque cardio-vasculaire : CH Laval et Pôle santé libéral du pays de Mayenne

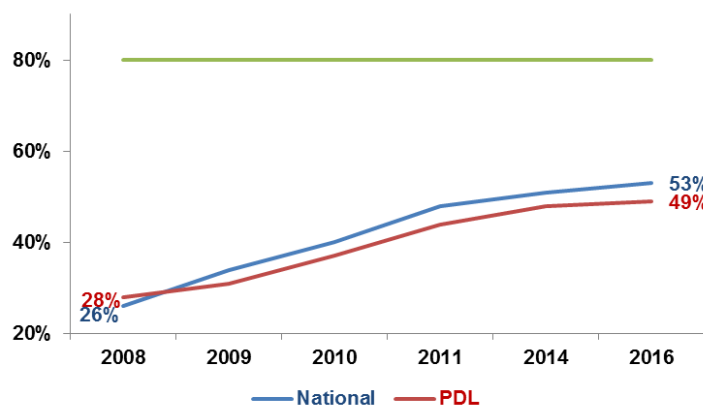
Garantir la permanence et la continuité des soins en établissements de santé

Permanence : un schéma, toujours en vigueur en cours de révision (chantier PDSSES).

Continuité des soins

Assurer la continuité des soins et la sécurité du patient à la sortie d'une hospitalisation réduit le risque de réhospitalisation.

- mieux repérer dès l'admission les personnes à haut risque de réhospitalisation
- courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi dans les 8 jours suivant la sortie du **patient objectif 80 %**



En 2018, le document de sortie devra être remis le jour même.

Développer les complémentarités entre établissements

Publics :

Le bilan est globalement satisfaisant.

La création et la mise en place des GHT permettra d'établir des filières et des gradations revisitées et des mutualisations possibles (par exemple : PDSES)

Publics/privés :

Des collaborations fructueuses ont été établies dans certains départements 72, 44... qui devraient devoir s'articuler avec les PMP des GHT.

Développer les alternatives à l'hospitalisation

Le PRS 1 préconisait le développement des HAD (Cf chantier HAD) ; on constate dans les Pays de la Loire une forte hausse du recours (15 à 30 %)

Cible 2018: Nombre moyen de 30 à 35 patients pris en charge par jour pour 100 000 hab.

Depuis le PRS 1, l'expérimentation « hôtel hospitalier » permet de développer un nouveau dispositif qui évite des hospitalisations récurrentes et favorise le virage ambulatoire en évitant les nuits coûteuses à l'hôpital et en améliorant le « confort » des patients.

Parmi les 41 établissements « autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients », figure le CHU de Nantes.

La qualité des soins, la pertinence au sein de chaque établissement de santé est globalement satisfaisante comme l'atteste le bilan des différentes campagnes de certification HAS.

Cependant certains points restent à améliorer :

- **Document de Sortie et Délais d'envoi du courrier de Fin d'Hospitalisation, éléments clés de la continuité des soins.**
- **Prise en Charge Médicamenteuse** : Plus précisément les documents de liaison contenant le traitement
- **Respect des bonnes pratiques des blocs opératoires** : Check-list de sécurité du patient au bloc opératoire, sortie trop rapide de la salle de réveil après anesthésie et parfois sans avis médical
- Problèmes d'effectifs et l'inadaptation des locaux et des équipements.
- **Identification du patient** : La HAS ne recense en 2016 que 7 patients sur 10 identifiés correctement dans le dossier en MCO ou dans la lettre de liaison.
- Enquêtes AEP/ SSR/(SRAE qualité)

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Insuffisance des prises en charges hospitalières ambulatoires de médecine

L'hospitalisation de jour de médecine constitue une alternative à l'hospitalisation complète. Les soins dispensés dépassent ceux délivrés au cours d'une consultation et équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance qu'ils requièrent à ceux pouvant être effectués en hospitalisation complète. L'activité de l'hôpital de jour est principalement concentrée sur :

- les prises en charge à visée thérapeutique
- les prises en charge à visée diagnostique
- bilans de réévaluation et de suivi des pathologies cancéreuses et chroniques

Le virage ambulatoire de l'activité de médecine à l'hôpital permettrait de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement (cf stratégie nationale de santé).

L'IGAS dans un rapport relatif au « Développement des prises en charges ambulatoires de médecine » (février 2016) préconise son développement.

Pour définir l'activité susceptible en première analyse de relever de l'hospitalisation de jour (HDJ), il faut identifier un périmètre se rapportant à la **médecine programmée**. Le tableau ci-dessous donne un taux moyen régional de **49 %** (taux national 42,9 %) avec des écarts selon les établissements.

	bas	Taux 0 Jour	haut
Loire-Atlantique	10%	55%	77%
Maine-et-Loire	9%	46%	64%
Mayenne	13%	34%	58%
Sarthe	11%	48%	65%
Vendée	20%	38%	52%
Pays de la Loire		49%	

Par ailleurs, des séjours sans nuitée ont été réalisés dans des structures d'hospitalisation complète (séjours dits « forains »).

Les deux domaines d'activité plus particulièrement concernés sont les domaines « Digestif » et « Cardiovasculaire ».

Médecine Foraine	
Pays de la Loire	7%
moyenne nationale	12%
Mayotte	4%
Corse	38%

L'enjeu d'organisation de ces séjours est important (16 % en 2015).

Cette offre de médecine pose la question de son positionnement dans la coordination des parcours ville-hôpital et l'organisation de l'offre de soins territoriale.

La circulaire frontière (en cours de rédaction) sera un des éléments important du développement de cette prise en charge.

La prise en charge des maladies chroniques

En Pays de la Loire, **598 010** personnes, soit 5 % de la population totale vit avec une maladie chronique, parmi lesquelles le cancer, le diabète, les maladies Cardiovasculaires et les maladies psychiatriques représentent 81 %.

Enjeux :

Volume de séjours important :

La principale difficulté à laquelle sont confrontées les personnes atteintes de maladie chronique et les soignants est le cloisonnement de notre système de santé, avec la segmentation des compétences et des responsabilités entre les professionnels.

Risques d'errance, de point de rupture :

L'ARS a lancé l'expérimentation des dispositifs d'annonce pour 2 pathologies :

- l'insuffisance rénale chronique terminale
- la sclérose en plaques.

Les résultats montrent que le dispositif d'annonce apporte une plus-value dans l'information, le soutien et l'accompagnement du patient visant à développer son autonomie.

Organisation

- place et rôle des aidants et des associations de patients ;
- positionnement du médecin généraliste comme pivot de la coordination des soins et de la prévention, avec un rôle affirmé de synthèse

- actions de dépistage précoce chez les populations à risque au niveau du 1er recours ;
- accessibilité géographique et financière des patients aux soins spécialisés ;
- mise en place d'une organisation autour du médecin généraliste favorisant un système d'information partagé et l'accès à la télémédecine.
- Meilleure articulation de l'offre de l'ETP entre l'hôpital et les soins de premiers recours.

Soins palliatifs

En région, il existe une organisation cohérente et graduée de l'offre :

- **Unités de soins palliatifs** : 3 (CHU Nantes : 8 lits, CHU d'Angers : 10 lits, CH du Mans : 12 lits)
- **Equipes mobiles de soins palliatifs** : 22
- **Lits identifiés de soins palliatifs** : 394 lits répartis entre des établissements MCO et des SSR
- **4 réseaux de santé en soins palliatifs**
- une offre d'HAD par territoire de santé

Cependant, la région se caractérise par un faible taux d'équipement en matière d'unité de soins palliatifs (0.8 lits en USP / 100 000 hab . vs 2,09 pour la France).

Par ailleurs, pour couvrir des besoins aujourd'hui non couverts ou mal identifiés, l'ARS a lancé en 2016 et dans le cadre du plan régional de déploiement de la démarche palliative, un appel à candidatures « innovation en soins palliatifs ».

Accès aux avis spécialisés

Il existe des disparités fortes selon les territoires, notamment en en terme d'accès aux avis de spécialistes libéraux en ville.

Cette inégalité de répartition entraine dans certains territoires un report d'activité sur les établissements de soins qui ne sont pas toujours en capacité de l'absorber entraînant un risque élevé de rupture de parcours.

Cette situation est parfois source d'hospitalisations dite évitables.

Délais moyens de RDV en jours²:

- Cardiologie 31 - 186
- Dermatologie 62-186
- Gynécologie 31 – 186

² Selon l'Observatoire de l'accès aux soins réalisé par l'Ifop pour le cabinet Jalma, 2017

Les addictions

La région Pays de la Loire est caractérisée par une augmentation de la prévalence des problématiques addictives ces dernières années, avec une situation proche de la moyenne nationale hormis en matière de consommation d'alcool, pour laquelle la région est dans une situation péjorative.

Dans ce contexte, l'ARS a amorcé en 2013 des travaux sur l'offre régionale en addictologie et, après la réorganisation des réseaux et des dispositifs médico-sociaux (CSAPA), l'attention de l'Agence s'est portée sur l'addictologie hospitalière.

La circulaire DHOS/02/2008/299 de 2008 organise la gradation de l'offre.

Le plan 2007-2011 sur la prévention des addictions la complète en précisant pour son volet hospitalier :

Un niveau de proximité qui comprend une consultation hospitalière d'addictologie qui regroupe :

- les consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addiction sans substance ;
- une équipe hospitalière de liaison

L'objectif est de disposer d'une consultation et d'une équipe de liaison dans tous les établissements de santé dotés d'un service d'urgences

Un **niveau de recours** constitué par des services d'hospitalisation bénéficiant de personnels formés à l'addictologie et proposant des prises en charge spécifiques. Ils proposent, en complément de la consultation et de l'équipe de liaison :

- un hôpital de jour ;
- des hospitalisations complètes pour sevrage simple (séjour d'environ 7 jours) ou complexe (séjour prolongé).

L'objectif est de disposer d'au moins un service d'addictologie de recours pour 500.000 habitants.

Disposer **d'un pôle d'addictologie dans chaque Centre Hospitalo-Universitaire**. Ces pôles hospitalo-universitaires d'addictologie sont de niveau régional et constituent à la fois un service de recours de niveau 2 et un centre régional de référence, de formation, et de recherche.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prévoyait de « Renforcer et améliorer la couverture territoriale et populationnelle des équipes de liaison et de soins en addictologie ». Cela recouvre notamment les établissements de santé pourvus d'un service d'urgence, mais aussi la psychiatre, ainsi que les populations pénitentiaires.

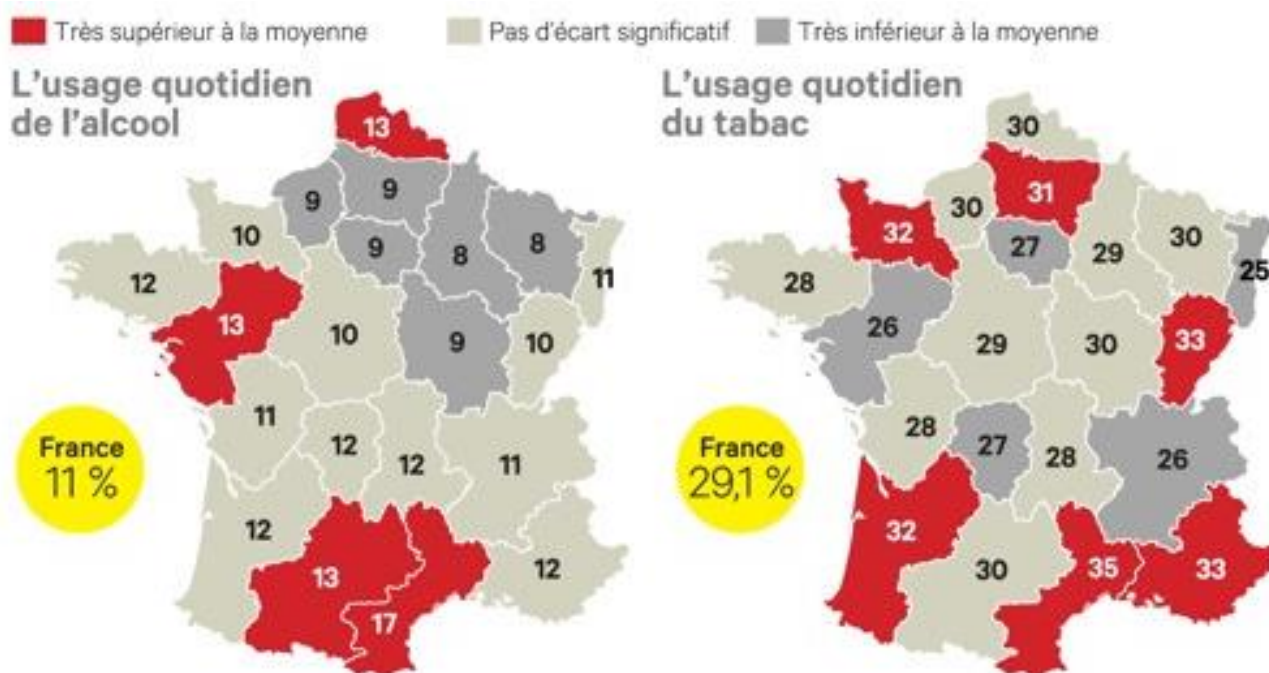


Figure 1 : (Source : atlas des addictions par régions 2010 - INPES)

Situation dans les pays de la Loire

Répartition des établissements possédant des consultations :

	Consultations				
	Toutes substances	Alcool	Tabac	D illicites	addictions sans produits
44	8	7	10	4	1
49	1	5	10	8	0
53	3		3	1	
72	2	4	6	6	
85	0	4	6	4	
Total	14	20	35	23	1

Répartition des établissements possédant des lits d'Hospitalisation :

	Lits HDJ	Lits SSR	ELSA	Hospitalisation	
				Sevrage simple	Sevrage complexe
44	3	2	10	4	6
49	1	4	3	3	3
53		2	1	3	1
72	1	3	1		3
85	1	2	3	5	3
Total	6	13	18	15	16

Nombre d'associations gestionnaires de structures médico-sociales Centre des soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) :

	Associations gestionnaires CSAPA	Associations gestionnaires CAARUD
44	3	1
49	1	1
53	1	1
72	2	1
85	2	1
Total	9	5

Globalement la région dispense une offre suffisante même si certains départements pourraient compléter leur offre.

Seuls 2 établissements possédant une consultation addictologie et un service d'urgence de la région ne bénéficient pas d'une ELSA.

Insuffisance de prise en charge de la douleur chez les patients dyscommuniants

Les personnes présentant des douleurs chroniques et souffrant de pathologies mentales, de troubles du spectre de l'autisme dits « dyscommuniants », ont insuffisamment accès à des structures de soin et ne peuvent de ce fait pas toujours être suivis et traités.

La prise en charge de tels patients est extrêmement complexe, nécessite une formation spécifique tant pour les médecins que pour le personnel para médical, avec des organisations tenant compte des spécificités de ces prises en charge.

Que ce soit les 12 structures de soins de la douleur chronique labélisées dans la région, ou les CLUD de chaque établissement, ils reconnaissent tous ne pas être en possibilité de les prendre en charge.

Cette absence d'organisation, et d'identification d'une filière structurée pour ces patients est aussi bien formalisée par les professionnels de santé, que les familles et les associations de patients et aidant.

Un effort conséquent de formation des futurs médecins

Entre 2016 et 2020, le nombre d'internes en formation sur les 2 Facultés de médecine de Nantes et Angers passera de **342 à 396** (+ 16 %).

Deux nouveaux diplômes créés en 2017 : Gériatrie, médecine d'urgence.

Parmi cette augmentation, signalons :Gynécologie (+1) dermatologie, cardiovasculaire (+2), pédiatrie (+4), psychiatrie (+9).

III. Problématiques liées aux parcours

Des hospitalisations évitables témoin de difficultés d'accès aux soins primaires

L'ARS Pays de la Loire et l'ORS ont en 2014 mené une analyse des hospitalisations potentiellement évitables (HPE), afin :

- d'identifier, sur une base statistique simple, trois territoires cibles au niveau desquels l'ARS pourrait développer des plans d'actions spécifiques ;
- de fournir des éléments explicatifs sur les associations entre le taux d'HPE et le contexte territorial (données démographiques, socio-économiques, d'offre de soins, d'état de santé)

Les hospitalisations potentiellement évitables sont des admissions à l'hôpital que l'on pourrait éviter par des soins primaires efficaces délivrés au moment opportun.

28 730 hospitalisations potentiellement évitables sont dénombrées chaque année (sur la période 2010-2012) entraînant un taux brut régional de **10,8** pour 1 000 hab âgés de plus de 20 ans.

44	49	85	53	72
9,3	11,1	11,5	12	12,7

Les 3 territoires ayant les indices comparatifs d'HPE³ les plus hauts : (le régional est de **97,3**)

- Mamers : 134
- Ancenis : 126
- Saumur : 114

Un défaut de coordination est très fréquemment retrouvé pour les personnes âgées de plus de 85 ans.

Le niveau d'éducation des patients et les caractéristiques de l'offre en soins primaires sont des facteurs majeurs de risques.

³ les indices comparatifs d'HPE : séjours constatés/séjours attendus, permet une comparaison entre territoire

IV. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Garantir la qualité et sécurité des soins

Un certain nombre de mesures permettront conjointement avec les démarches qualité de l'établissement de santé de tendre vers ce niveau d'exigence.

La politique régionale d'identitovigilance destinée à sécuriser les échanges entre professionnels de santé, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins conforteront l'atteinte de ces objectifs.

Assurer la permanence et la continuité des soins

Le schéma de PDES garantit aux horaires de permanence des soins en lien avec le réseau des urgences, dans un principe de filière de soins graduée.

Veiller à l'utilisation efficiente des lits d'hospitalisation

Gérer des lits oblige à appréhender le parcours du patient dans sa globalité, depuis son entrée (pré-admission/admission) jusqu'à sa sortie ; et même en amont et en aval de sa présence au sein de l'établissement (lien avec la médecine de ville et les structures d'aval : SSR, EHPAD, HAD programmées (depuis les urgences ou les admissions directes dans les unités de soins), etc.

Cette réflexion sur la gestion des séjours ou du parcours patient amène à revoir le dimensionnement des services de médecine et de tendre vers des unités de 28 lits sauf pour les services de médecine des Hôpitaux de proximité dont les capacités peuvent être mutualisées avec celle de l'autorisation de SSR.

Développer les alternatives à l'hospitalisation en médecine

Objectif : poursuivre le virage ambulatoire engagé en région

Plusieurs travaux et expérimentation en cours pour étudier le potentiel de transfert de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire.

Cette offre de médecine pose la question de son positionnement dans la coordination des parcours ville-hôpital et l'organisation de l'offre de soins territoriale.

La circulaire frontière (en cours de rédaction) sera un des éléments important du développement de cette prise en charge.

Prévoir une convention de site associé pour toute structure qui réalise de la chimiothérapie

Toute structure qui réaliserait de la chimiothérapie via son autorisation de médecine, doit passer une convention avec un établissement autorisé en chimiothérapie pour devenir site associé.

Créer un centre régional douleur pour les patients dyscommuniquants

Ce centre s'adresserait à des personnes souffrant de pathologie mentale et atteintes de troubles envahissants du développement et d'autisme, enfants et adultes, pour des bilans, hospitalisation et suivi ou tout autre établissement de santé mentale de la région, ainsi qu'aux résidents des institutions médico-sociales.

En outre, ce centre aurait une fonction formation, recherche.

Renforcer les parcours de soins des patients atteints de maladie chronique

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques passe par un accompagnement global, lequel ne peut être effectif que si un diagnostic complet de la situation des patients est effectué.

Amélioration de la participation de professionnels des principaux champs de la santé, notamment travailleurs sociaux (notamment de secteur), médecin du travail.

Faciliter le relais aux médecins généralistes en leur facilitant l'accès aux formations nécessaires.

Associer plus souvent les associations d'usagers

Améliorer l'organisation des parcours de santé des personnes âgées

- optimiser le recours des personnes âgées aux urgences ;
- favoriser le maintien à domicile de la personne âgée par la prévention de la perte d'autonomie ;
- améliorer la coordination des différents intervenants autour de la personne âgée ;
- rendre lisible pour les acteurs et l'utilisateur l'ensemble des dispositifs et services ;
- améliorer les mécanismes de coordination ville-hôpital et EHPAD

Veiller à une meilleure articulation ville hôpital pour éviter les hospitalisations non pertinentes

Les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires sont les principales causes d'hospitalisation non pertinentes.

L'amélioration de la prévention et de l'organisation des soins primaires auront un impact significatif sur ces hospitalisations.

Confirmer la dynamique d'évolution des HAD

Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également.

Compléter l'offre en équipe de liaison en soins d'addictologie

Afin de compléter le volet hospitalier du plan 2007-2011 prévention des addictions, créer 2 équipes hospitalières de liaison

Renforcer le déploiement de la télémédecine

La télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins. Elle permet en effet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé.

Aux thématiques identifiées par les professionnels de santé des EHPAD (plaies chroniques complexes, les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, les situations psychiatriques et les situations de fin de vie), pourrait s'adjoindre la cardiologie.

Développer une stratégie territoriale d'accès au recours spécialisé

Sur chaque territoire, élaborer puis mettre en œuvre une stratégie territoriale d'amélioration de l'accès au recours spécialisé :

- Analyser les ressources, la démographie, les potentiels, les fonctionnements et dysfonctionnements éventuels dans chacun des territoires
- Proposer une organisation permettant d'optimiser les trajets de soin sur le territoire

Lien avec chantier hôpitaux de proximité, accès soins spécialisés, soins de premiers recours.

Développer des programmes d'éducation thérapeutiques

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à en prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

L'éducation thérapeutique du patient est aujourd'hui reconnue par l'ensemble des acteurs comme un élément déterminant de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Désormais inscrite dans le code de la santé publique, elle doit s'intégrer dans le parcours de soins et doit être dispensée par des intervenants formés.

Développer les actions de prévention au sein des établissements de santé

Une des missions de l'établissement de santé est de fournir des soins nécessitant des investigations complexes et/ou hyperspécialisées en s'appuyant sur des plateaux techniques de qualité. Lors de cette mission, un certain nombre d'actes de prévention peuvent être effectués :

- pour prévenir récurrences et/ou aggravation d'une pathologie
- pour identifier lors d'un séjour des facteurs de risques (hypertension, diabète, insuffisance rénale débutante), des comportements à risques (addictions), des problèmes de santé au travail. Ces situations doivent faire l'objet après accord du patient d'une analyse et d'une communication auprès du médecin traitant, du travail ou d'autres acteurs afin de mettre en place des mesures correctrices.

L'établissement au côté des opérateurs de prévention apportent leur expertise pour répondre aux besoins identifiés en association avec les acteurs libéraux de territoire.

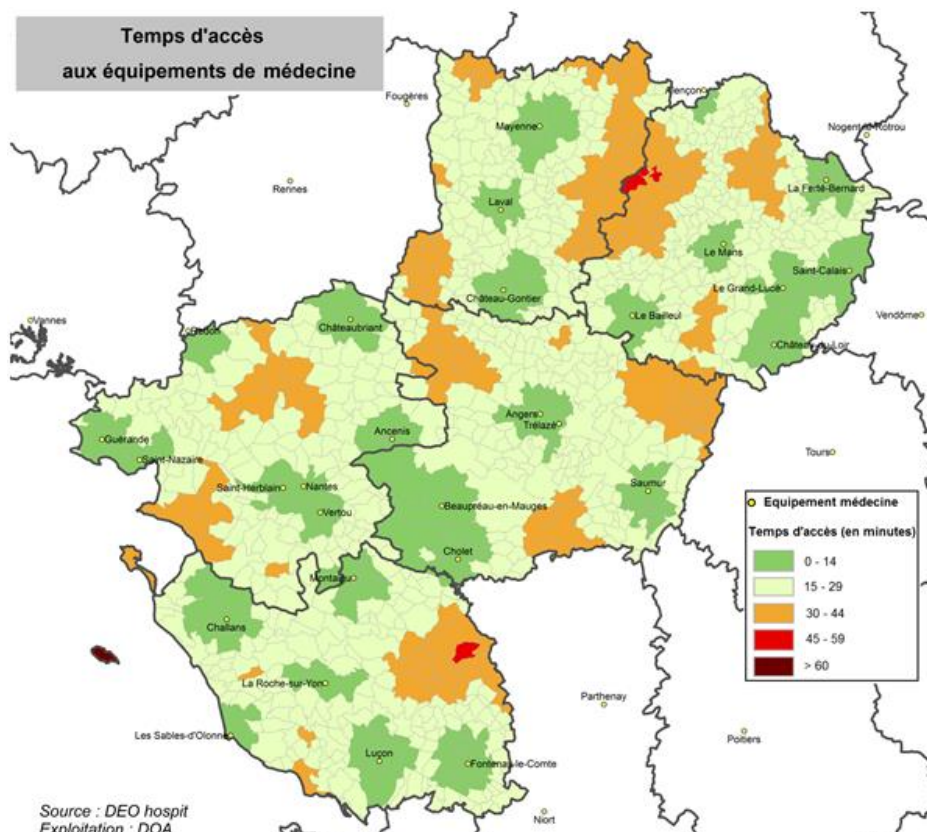


Figure 2: Carte temps d'accès à un plateau médical

Les livrets du PRS

