



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**COMITE DE PILOTAGE
SOINS CRITIQUES / PRS 3**

16 février 2023

Arnaud FOUCRIER - Direction de l'Offre de Soins / Département Soins Non Programmés

**1. Retour grille
autodiagnostic**

**2. retour objectifs
qualitatifs**

**3. Analyse activité /
réflexions objectifs
quantitatifs**

4. Sujets annexes

Retour autodiagnostic

Degré atteinte des nouvelles obligations

MENTION 1	FHP_{13/13}	FHF_{19/24}	FEHAP_{7/8}
Locaux / Equipements	85%	82%	82%
Organisation des soins	56%	55%	61%
RH	79%	73%	97%

MENTION 2	FHP_{36/43}	FHF_{5/9}	FEHAP_{4/4}
Locaux / Equipements	77%	83%	81%
Organisation des soins	49%	67%	46%
RH	63%	66%	77%

Item les plus souvent cités comme non atteints

- Contraintes architecturales
- Mutualiser et équiper les lits de l'unité de soins intensifs polyvalents contiguë à l'identique de l'unité de réanimation
- Conditions de permanence médicale (USIP)
- filière des soins critiques pédiatriques, filière territorial, sur site d'un plan de flexibilité
- un outil informatisé de gestion des lits, télésanté
- masseur-kinésithérapeute psychologue, un diététicien, un ergothérapeute
- ...

Souplesse de l'obligation de contiguïté des unités REA+USIP

Les futurs titulaires ont deux ans à compter de la notification de leur autorisation pour se mettre en conformité avec les conditions d'implantation.

Une souplesse additionnelle de délai est accordée aux actuels titulaires d'autorisation de réanimation sur l'exigence de contiguïté en faveur d'une proximité immédiate de l'USIP (ex USC), et ce pour la durée totale de l'autorisation, soit 7 ans.

En revanche, si le titulaire entreprend une restructuration du plateau de soins critiques avant l'échéance de son autorisation, il devra respecter l'exigence de contiguïté.

La notion de proximité immédiate s'entend dans le même bâtiment ou dans un bâtiment accolé, sous réserve que la distance soit compatible avec l'organisation de la permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques

Délai de conformité aux nouveaux ratios PNM en soins intensifs

CTF - Article 3

II. - ...*l'autorisation de soins critiques de mention 1 à 5 mentionnées à l'article R. 6123-34-1 ou de mention 1 à 3 mentionnées à l'article R. 6123-34-2 est accordée à la condition que **le demandeur s'engage à se mettre en conformité avec les dispositions du 1° des articles respectivement D. 6124-28-5, D. 6124-29-3, D. 6124-30-3, D. 6124-31-3 et D. 6124-33-5 dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'autorisation.***

→ Ce délai de 5 ans permet de lisser dans le temps la montée en charge des places en IFSI nécessaires pour augmenter les ratios en unités de soins critiques, en tenant compte de la durée de la formation.

Obligations renforcées – retex de la crise sanitaire (D.6124-27-2)

1

outil informatisé de gestion des lits mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques ;

2

outils numériques nécessaires aux activités de **télésanté** ;

3

dossier patient numérisé adapté à l'organisation des **soins critiques** ;

4

plan de flexibilité de l'organisation de son **capacitaire** et de ses **ressources humaines** permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un **volet de formation** afin de constituer et maintenir sur site une **réserve de professionnels de santé formés** pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;

5

plan de formation aux soins de réanimation prévoyant **notamment** une période de **formation pour les infirmiers prenant leur fonction** dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de **huit semaines**, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

Objectifs qualitatifs

Proposition d'objectifs de l'ARS	Enjeux identifiés par le GT ARS	Contributions du GT AP-HP
Renforcer les filières	Fluidifier l'amont (adressage / régulation par SAMU – SAU) et aval (éviter les séjours indus, consolider l'offre de SRPR)	<ul style="list-style-type: none"> - Faire intervenir les SAMU (travail en cours à l'ARS sur le SI SMUR avec des tablettes) - Valoriser les SRPR (statuts, financements)
	Favoriser les coopérations inter-statuts / interspécialités	<ul style="list-style-type: none"> - Création de postes d'assistants spécialistes partagés. - Activité d'enseignement et développement de modules e-learning. Développement en collaboration avec d'autres centres. - Animation d'un réseau territorial de réanimation sur les soins critiques : indicateurs à définir - Animation d'un groupe de recherche - Valoriser les projets de Simulation in situ - Valoriser les projets de recherche médico-infirmiers.
	Savoir mieux décrire les parcours de soins, leur pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la création de SPRR dans le parcours de soins du patient : statut? Financement? - Lignes téléphoniques directes
	Promouvoir les réseaux de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les filières spécifiques qui apportent un service rendu : grande garde de neurochirurgie ; Chirurgie cardio-vasculaire ; trauma center ; SOS rachis ; grands brûlés ; caisson hyperbare ; sites mères enfants ; greffes hépatiques (notamment amélioration du recensement dans les SAU et dans les USINV). - Valoriser l'expertise spécifique de l'AP-HP et son rôle majeur en cas de crise ou tensions extrêmes ; Valoriser le rôle de recours de l'APHP pour l'ensemble du territoire francilien, en sécurisant l'offre territoriale pour permettre à l'AP-HP d'assurer ce rôle de recours en période de tensions saisonnière ou de crise aigüe. - Recenser les conventions bilatérales entre les unités de réanimation de l'AP-HP et les USC isolées du territoire - Clarifier les conditions de ces partenariats (reprise des patients, participation aux staffs, postes partagés financés par l'ARS, pas de fermeture pendant les vacances scolaires, etc.).

<p>Ajuster le capacitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les personnels médicaux et paramédicaux, principales clés du maintien d'un capacitaire effectif suffisant, tout en prévoyant une marge de de manœuvre cohérente - Poursuivre une attention particulière à la régulation de l'offre de soins critiques afin de ne pas dégrader les conditions de prise en charge dans certains territoires - Modéliser les besoins territoriaux et régionaux en soins critiques à l'aide d'outils fiables de prévisions 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître / reconsidérer les conditions de permanence de soins. <i>L'ARS indique que ce sujet sera traité dans un GT dédié organisé fin mars (à suivre).</i> - Reconnaissance spécifiques des IDE de soins critiques. - Consolider l'offre existante. <p>Pas d'outil intra-AP-HP mais voir les outils existants au niveau de l'ANAP et ATIH pour cet outillage de régulation régionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recenser les projets des 5 prochaines années (création, restructuration): Hôpital Nord, NGAP, développement ou création de service de chirurgie. - Clarifier le rôle des SSPI dans le PRS3 (un travail coordonné par la collégiale MAR au sein de l'AP-HP est en cours)
<p>Sécurité et qualité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encourager les réflexions médicales multidisciplinaires - Maîtrise du risque nosocomial, lutte contre l'émergence de BMR - Améliorer les conditions de soins autour de la fin de vie en réanimation - Mettre en place un dispositif de suivi régional de la mise en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (arrêté 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ces éléments doivent figurer dans le tableau des indicateurs - Nécessité que l'AP-HP contribue au choix des indicateurs
<p>Moderniser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les plans d'investissement de rénovation en vue d'améliorer l'ergonomie des unités de soins critiques (locaux, accessibilité, etc.) - Financer la dotation en matériel de surveillance modernisés, adaptés - Développer de systèmes d'informations sûrs, interconnectables (y compris SMUR) - Développer des outils de prédiction en temps réel - Encourager et faciliter les recours à la télémédecine 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail SI - GT ORBIS ; groupe ARS SI SMUR - Réactiver le groupe AP-HP sur la télémédecine - Valoriser expertise APHP et rémunération.
<p>Enrichir et partager la connaissance</p>	<p>Encourager le financement de la recherche clinique, par le biais de registre de données coordonnés</p>	

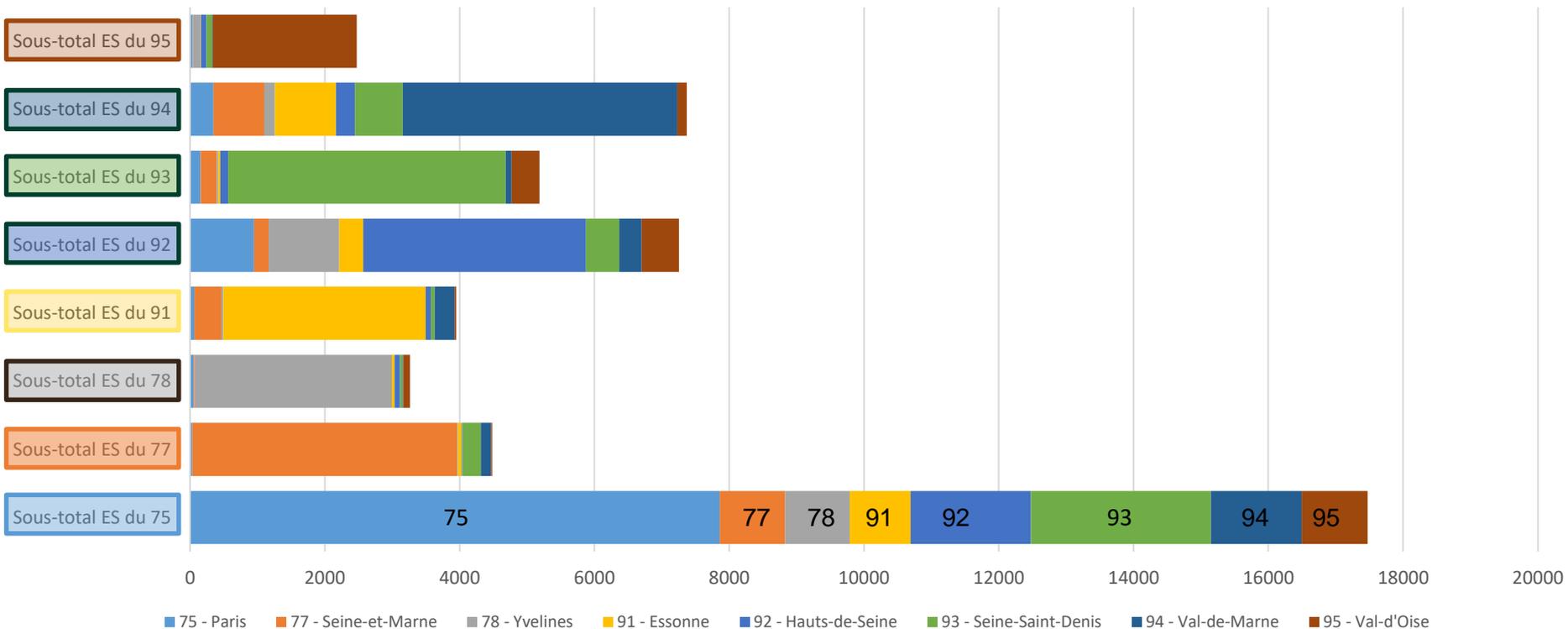
Proposition d'objectifs de l'ARS	Enjeux identifiés par le GT ARS	Contributions / commentaires FHP
Renforcer les filières	Fluidifier l'amont (adressage / régulation par SAMU – SAU) et aval (éviter les séjours indus, consolider l'offre de SRPR)	La fluidification de l'amont n'est pas un sujet majeur car le 15/18 nous adresse peu de patients. (Nous regrettons les directives d'adressage au public qui constituent un biais). Souhait de plus de transparence et de communication des adressages pompier et Samu vers les établissements privés. Au contraire la fluidification de l'aval est le plus critique.
	Favoriser les coopérations inter-statuts / interspécialités	Cette coopération fonctionne bien en aval . Le seul frein est le manque de lits pour y satisfaire pleinement en amont.
	Savoir mieux décrire les parcours de soins, leur pertinence	Nécessité de favoriser les logiques de parcours
	Promouvoir les réseaux de soins	Idem point 2, les réseaux fonctionnent en aval mais manque de lits pour y satisfaire pleinement en amont
Ajuster le capacitaire	- Soutenir les personnels médicaux et paramédicaux, principales clés du maintien d'un capacitaire effectif suffisant, tout en prévoyant une marge de de manœuvre cohérente	Il s'agit de loin du point majeur. Cela implique une révolution copernicienne de notre écosystème : formation initiale, management, plan de carrières, passerelles. Par ailleurs, aide au logement pour tous les établissements de santé (de tous statuts), revalorisation des salaires, réévaluation des outils informatiques, des contraintes administratives ou embauche de secrétaires IDE, prise en considération des surcharges ...
	- Poursuivre une attention particulière à la régulation de l'offre de soins critiques afin de ne pas dégrader les conditions de prise en charge dans certains territoires	D'accord avec cela, mais l'ARS semble le faire de manière appropriée. Il paraît important de l'analyser au vu des dernières crises sanitaires mais également pour la prise en charge de certaines activités comme la cancérologie
	- Modéliser les besoins territoriaux et régionaux en soins critiques à l'aide d'outils fiables de prévisions	Oui en utilisant les bons critères d'analyse du besoin : temps d'attente plutôt que distance par exemple. Densité par population plutôt que par secteurs. On a parfois l'impression que les besoins sont analysés en fonction des variables dont on dispose et non des variables pertinentes.

Sécurité et qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Encourager les réflexions médicales multidisciplinaires - Maîtrise du risque nosocomial, lutte contre l'émergence de BMR - Améliorer les conditions de soins autour de la fin de vie en réanimation - Mettre en place un dispositif de suivi régional de la mise en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (arrêté 2016) 	<p>Les deux premiers points sont respectivement la définition et la hantise des soins critiques. On y souscrit pleinement.</p> <p>Nous sommes favorables à des travaux sur les conditions de fin de vie en réanimation et la mise en place qu'un suivi des indicateurs qualité mais il est indispensable de s'appuyer sur les dispositifs et indicateurs déjà existants afin de ne pas alourdir les recueils de données dans les services.</p>
Moderniser	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les plans d'investissement de rénovation en vue d'améliorer l'ergonomie des unités de soins critiques (locaux, accessibilité, etc.) - Financer la dotation en matériel de surveillance modernisés, adaptés - Développer de systèmes d'informations sûrs, interconnectables (y compris SMUR) - Développer des outils de prédiction en temps réel - Encourager et faciliter les recours à la télémédecine 	<p>Certainement pour tous ces points si les financements appropriés sont proposés.</p> <p>Nécessité d'une équité entre les établissements de tous statuts et transparence.</p>
Enrichir et partager la connaissance	<p>Encourager le financement de la recherche clinique, par le biais de registre de données coordonnés</p>	<p>Nous serions favorables à la mise en place d'un registre piloté par une société savante et ouvert à tous. Nécessité que la structure qui hébergerait ces données soit indépendante afin de permettre le partage des données en toute confiance et de redistribuer les SIGREC au profit des contributeurs.</p>

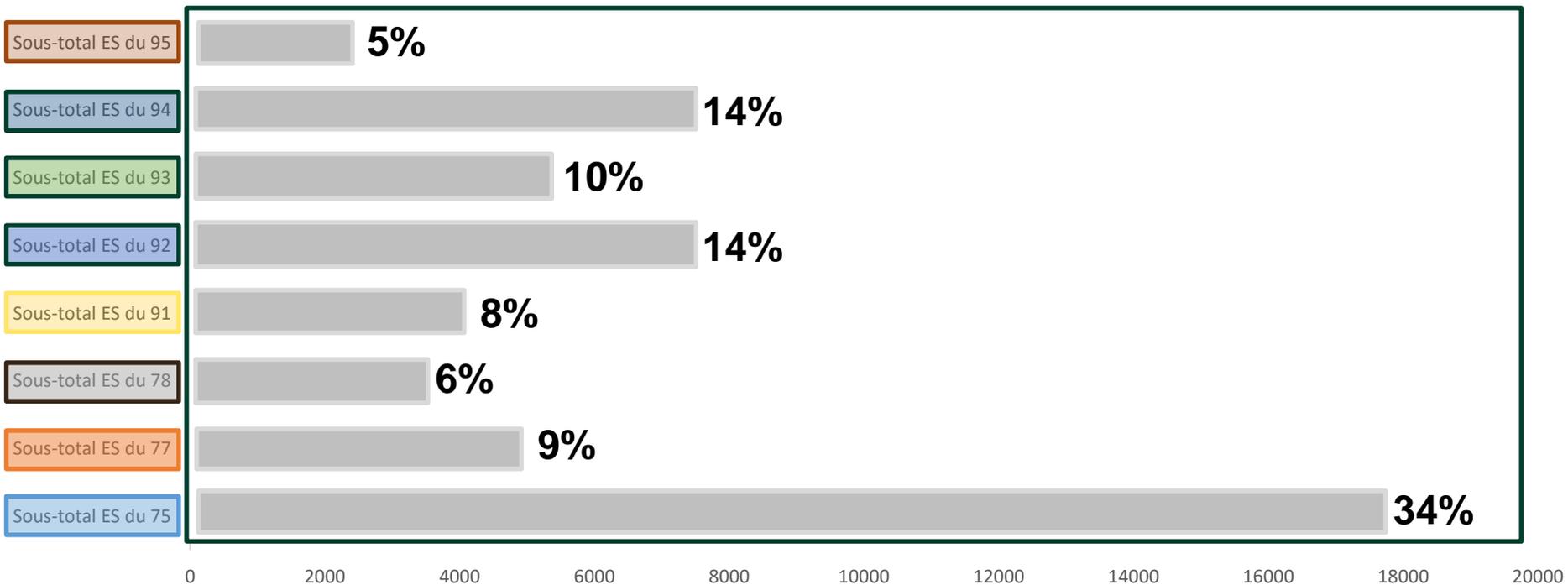
Analyse activité 2021

origine géographique

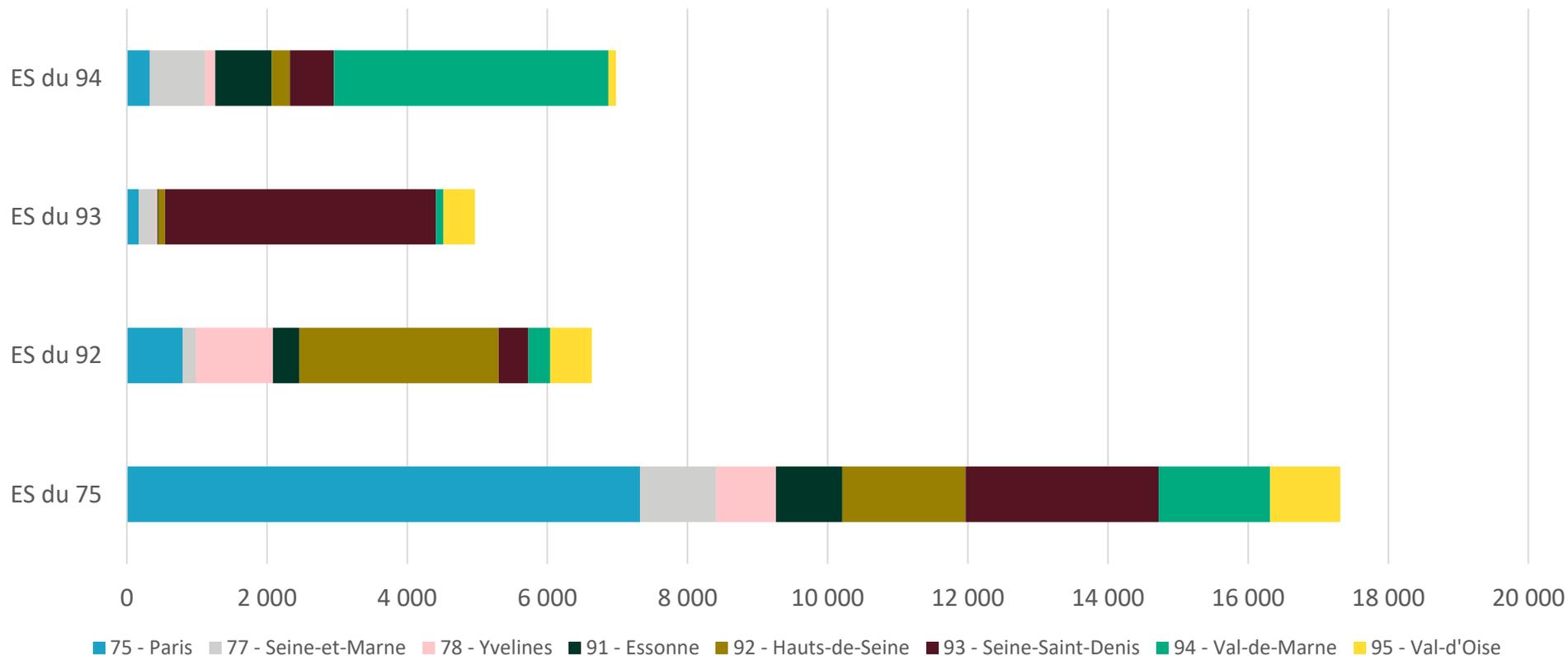
Origine géographique des séjours de réanimation



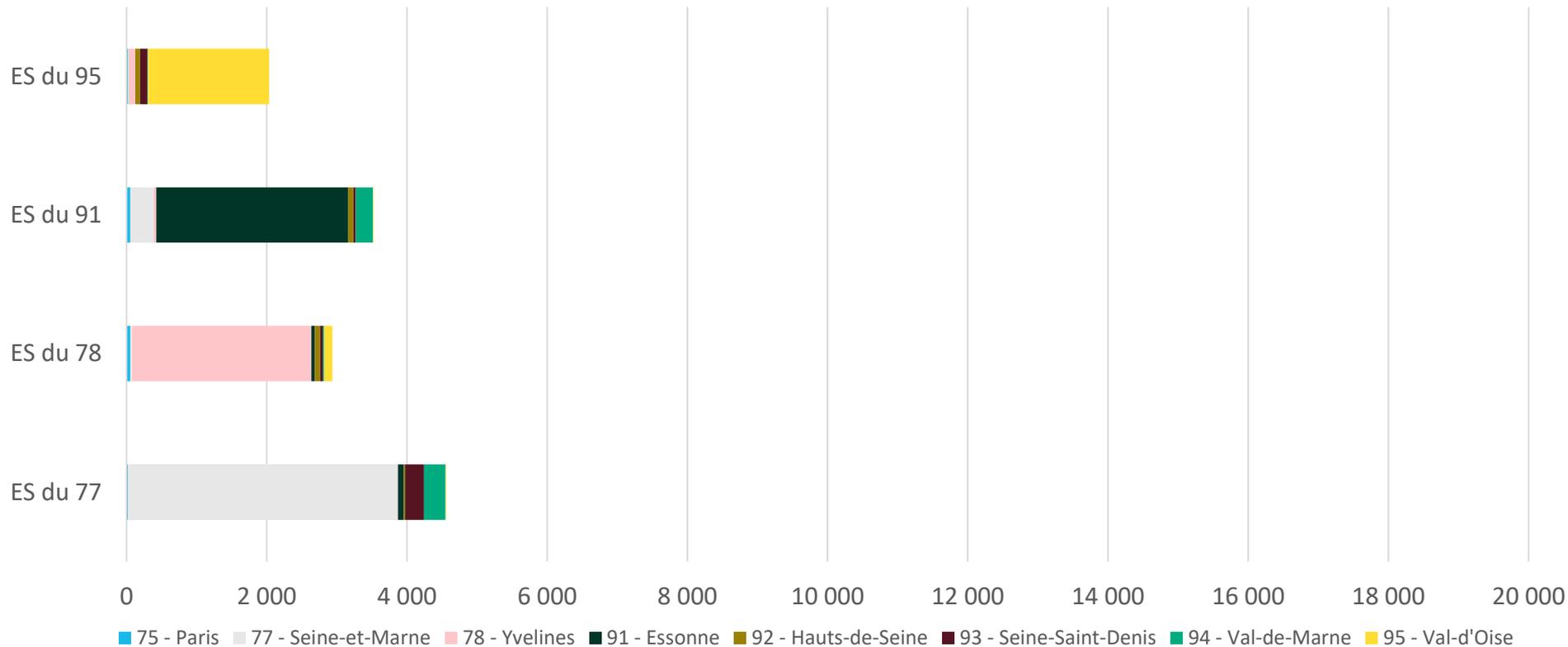
Proportion des prises en charge en réanimation selon les départements



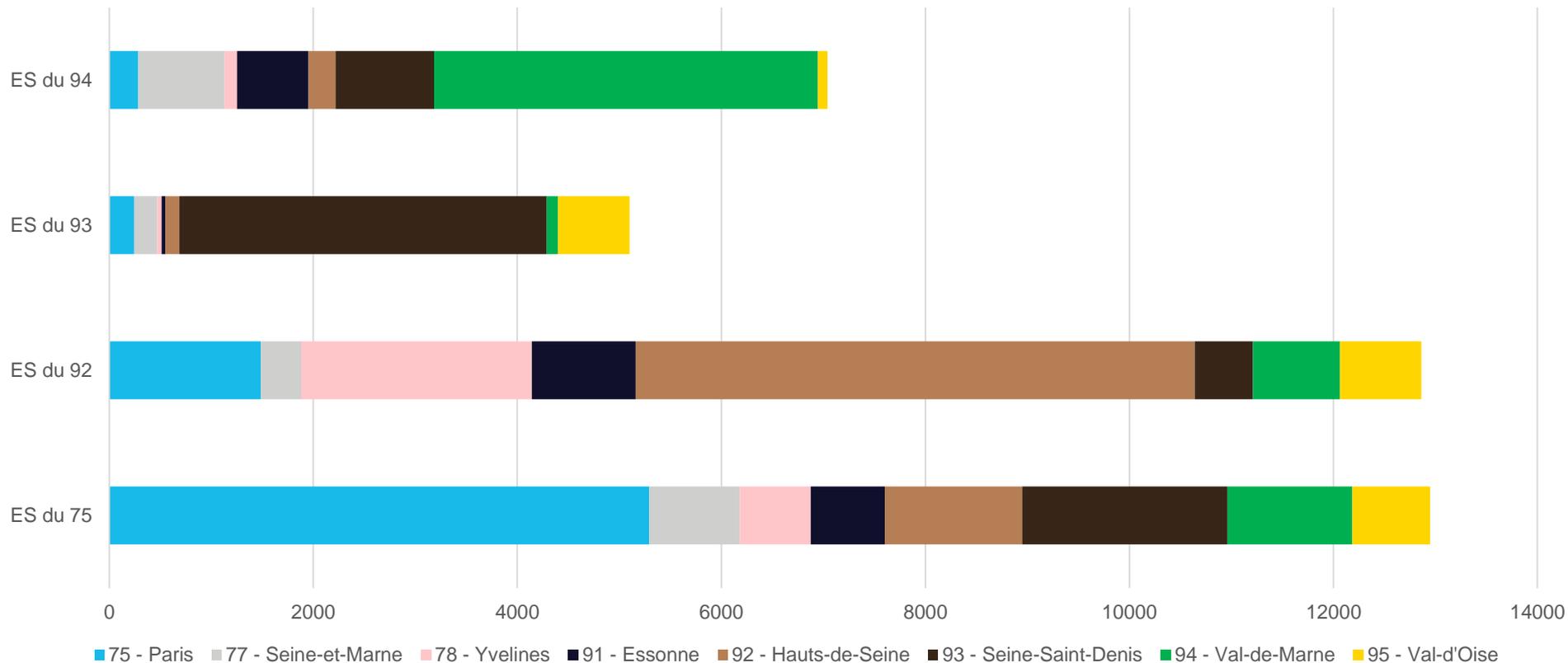
Origine des patients pris en charge en réanimation Paris-petite couronne



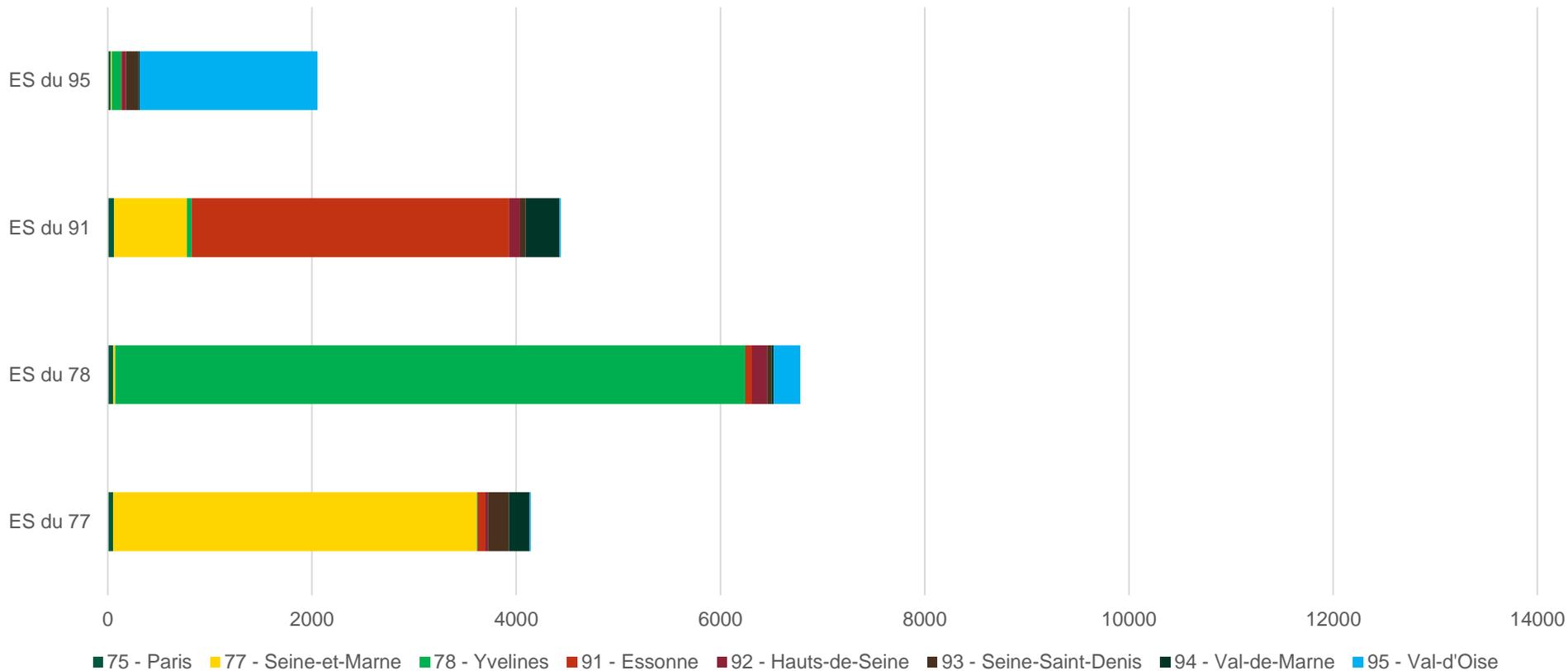
Origine des patients pris en charge en réanimation Grande Couronne



Origine des patients pris en charge en USC Paris-petite couronne



Origine des patients pris en charge en USC **Grande Couronne**



département	REANIMATION		USC	
	Séjours (%)	nombre de lits (%)	Séjours (%)	nombre de lits (%)
PARIS - PC				
PARIS	34	35	24	27
HAUTS DE SEINE	14	15	24	20
SEINE St DENIS	10	8	9	9
VAL DE MARNE	14	13	13	11
GRANDE COURONNE				
SEINE et MARNE	9	6	7	9
YVELINES	6	8	12	8
ESSONNE	8	10	8	11
VAL D'OISE	5	5	4	5

département	REANIMATION		USC	
	Séjours (%)	nombre de lits (%)	Séjours (%)	nombre de lits (%)
PARIS - PC				
PARIS	34	35	24	27
HAUTS DE SEINE	14	15	24	> 20
SEINE St DENIS	10	> 8	9	9
VAL DE MARNE	14	> 13	13	> 11
GRANDE COURONNE				
SEINE et MARNE	9	> 6	7	9
YVELINES	6	8	12	> 8
ESSONNE	8	10	8	11
VAL D'OISE	5	5	4	5

Proportions séjours vs proportion nombre de lits (en %)

	REANIMATION		USC	
	séjours	lits	séjours	lits
PUBLIC	27	25	16	18
AP-HP	47	48	24	28
ESPIC	10	11	14	16
SSA	1	1		
PRIVE	15	15	46	38

Part des prises en charges extra-régionales - USC (env 10% de l'ensemble des séjours)

	Répartition des séjours d'origine extra-IDF (%)
Paris petite couronne	
75 Paris	29
92 Hauts-de-Seine	26
93 Seine-Saint-Denis	8
94 Val-de-Marne	13
Grande couronne	
77 Seine-et-Marne	3
78 Yvelines	9
91 Essonne	9
95 Val d'Oise	3

	Répartition des séjours d'origine extra-IDF (%)
PUBLIC	8
AP-HP	24
ESPIC	27
PRIVE	40

ASPECTS QUANTITATIFS – ZONAGE

besoins

RAPPEL REPARTITION CAPACITAIRE

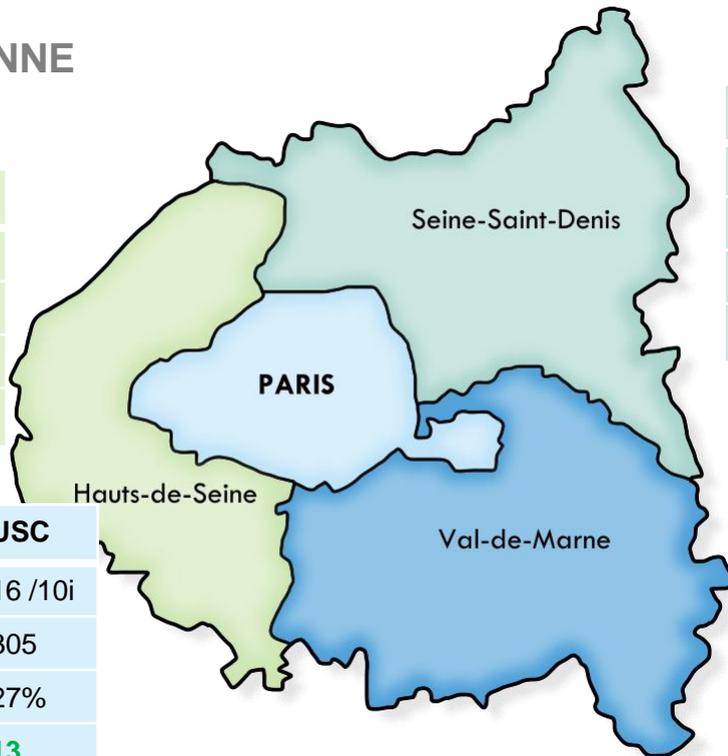
LISEZ-MOI

département	REA	USC	
implantations			→ Nombre d'implantation (établissement) au sein du département / détail USCi
Nb lits			→ Nombre de lits recensés au sein du département
Proportion (région)			→ Proportion du nombre de lits du département / nombre de lits de la région
Densité			→ Nb de lits/100000 hab

RAPPEL REPARTITION CAPACITAIRE

PARIS – PETITE COURONNE

Hauts-de-Seine	REA	USC
implantations	12	12 / 8
Nb lits	177	222
Proportion (région)	15%	20%
Densité	13	17



Saine-Saint-Denis	REA	USC
Implantations	8	8 / 7i
Nb lits	97	105
Proportion (région)	8%	9%
Densité*	7	8

PARIS	REA	USC
implantations	16	16 /10i
Nb lits	404	305
Proportion (région)	35%	27%
Densité*	20	13

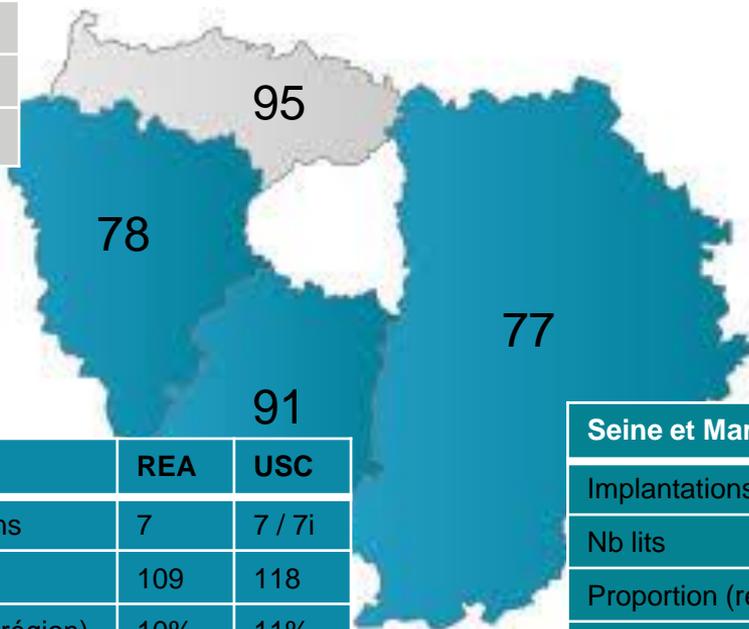
Val-de-Marne	REA	USC
Implantations	8	8 / 7i
Nb lits	146	126
Proportion (région)	13%	11%
Densité*	11	10

Densités régionales
10 lits /100000 hab

RAPPEL REPARTITION CAPACITAIRE

Val d'Oise	REA	USC
Implantations	4	4 /4i
Nb lits	52	56
Proportion (région)	5%	5%
Densité	6	5

GRANDE COURONNE



Yvelines	REA	USC
implantations	8	8 / 6i
Nb lits	86	91
Proportion (région)	8%	8%
Densité*	6	8

Essonne	REA	USC
Implantations	7	7 / 7i
Nb lits	109	118
Proportion (région)	10%	11%
Densité*	9	10

Seine et Marne	REA	USC
Implantations	7	7 / 7i
Nb lits	73	100
Proportion (région)	6%	9%
Densité	6	9

IDF

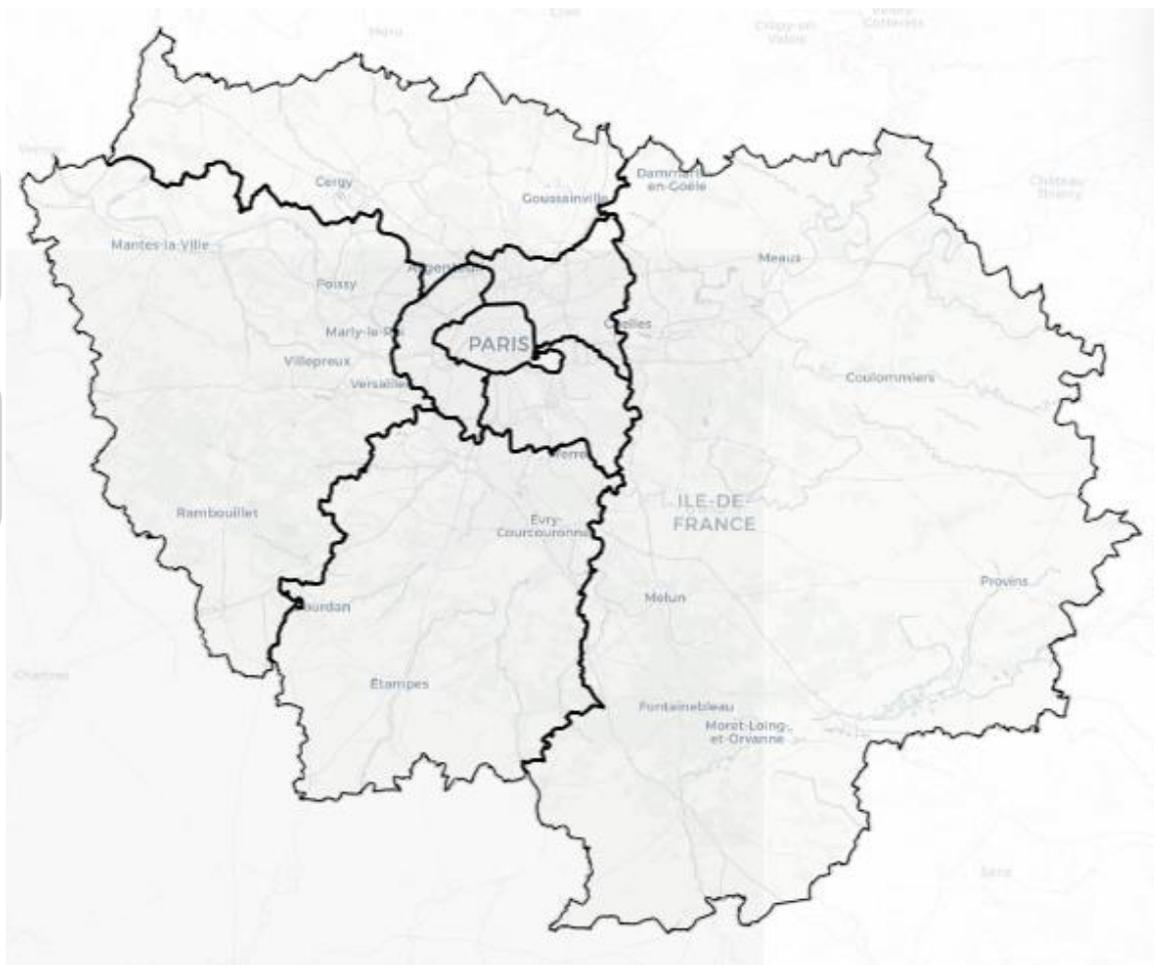
- 8 départements

PRS

- **ZONAGE**

Activités

- De proximité
- Territoriales
- Régionales



RAPPEL GRADATION

Champ d'autorisation	Activités de proximité	Activités Territoriales	Activités Régionales
Soins Critiques	USC isolées (USIP dérogatoires)	Réanimations chirurgicales, médico-chirurgicales et médicales d'activité polyvalente	Réanimations adultes spécialisées Neuroréanimation Réanimation de chirurgie cardiaque lourde (post-transplantation) Réanimation traumatologique lourde (accolement à traumacenter de niveau I) Réanimation spécialisées
	13 zones de proximité	8 zone territoriales (départements)	1 zone régionale

- 4 zones « Paris-petite couronne » : **proximité** = département

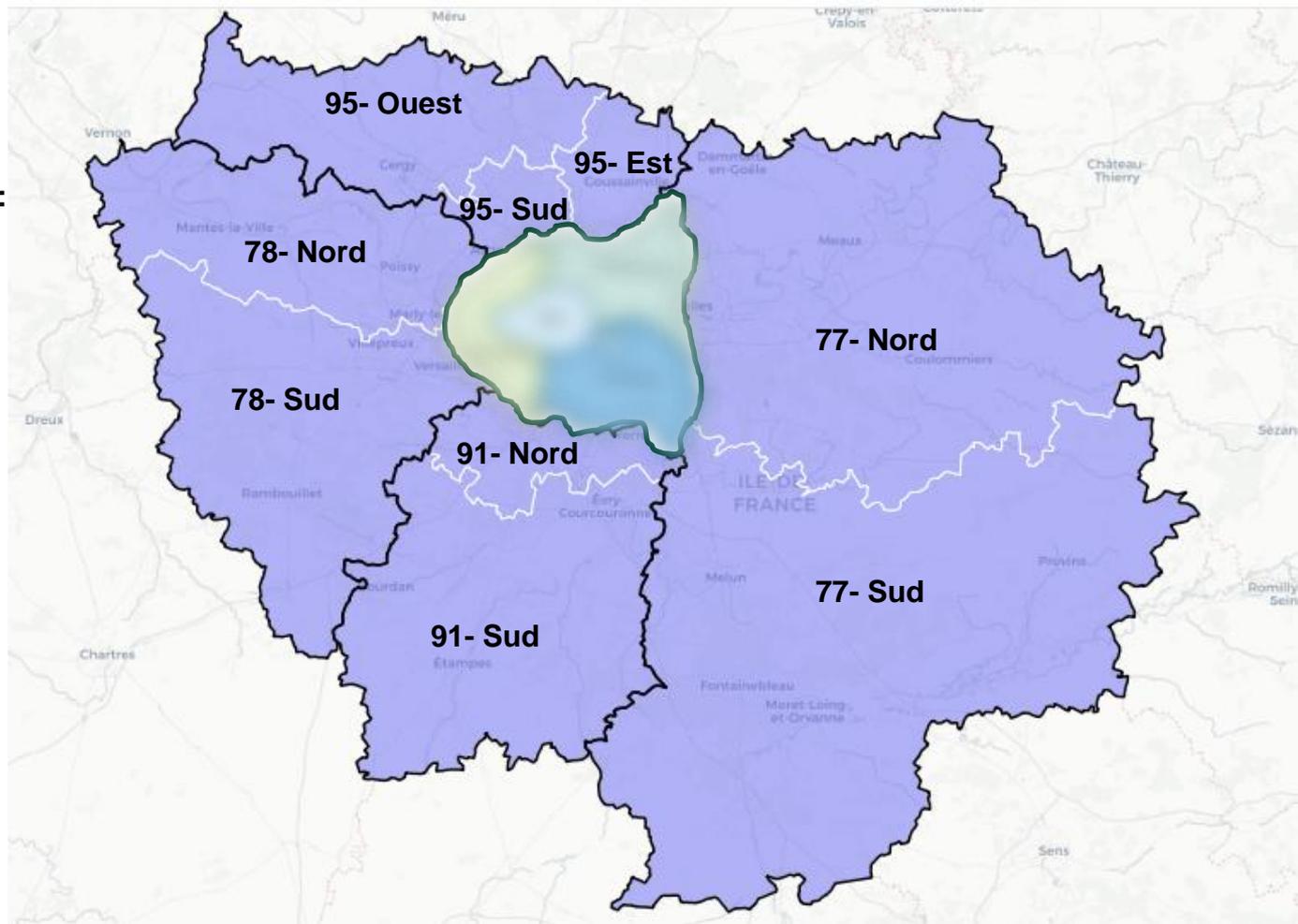
- Département de Paris
- Département des Hauts de Seine
- Département de Seine Saint Denis
- Département Val de Marne



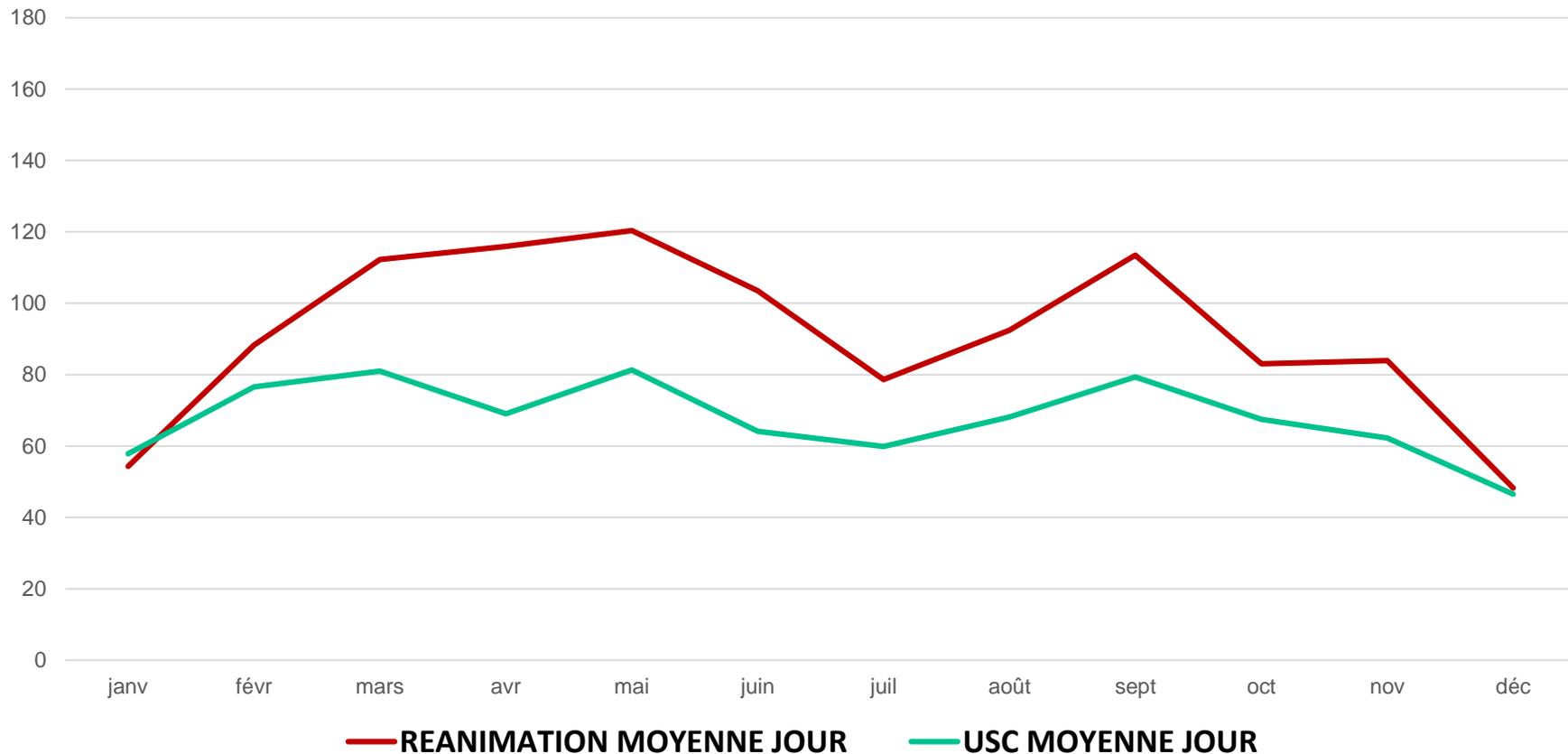
- 9 zones « Grande couronne » :

Proximité = DAC

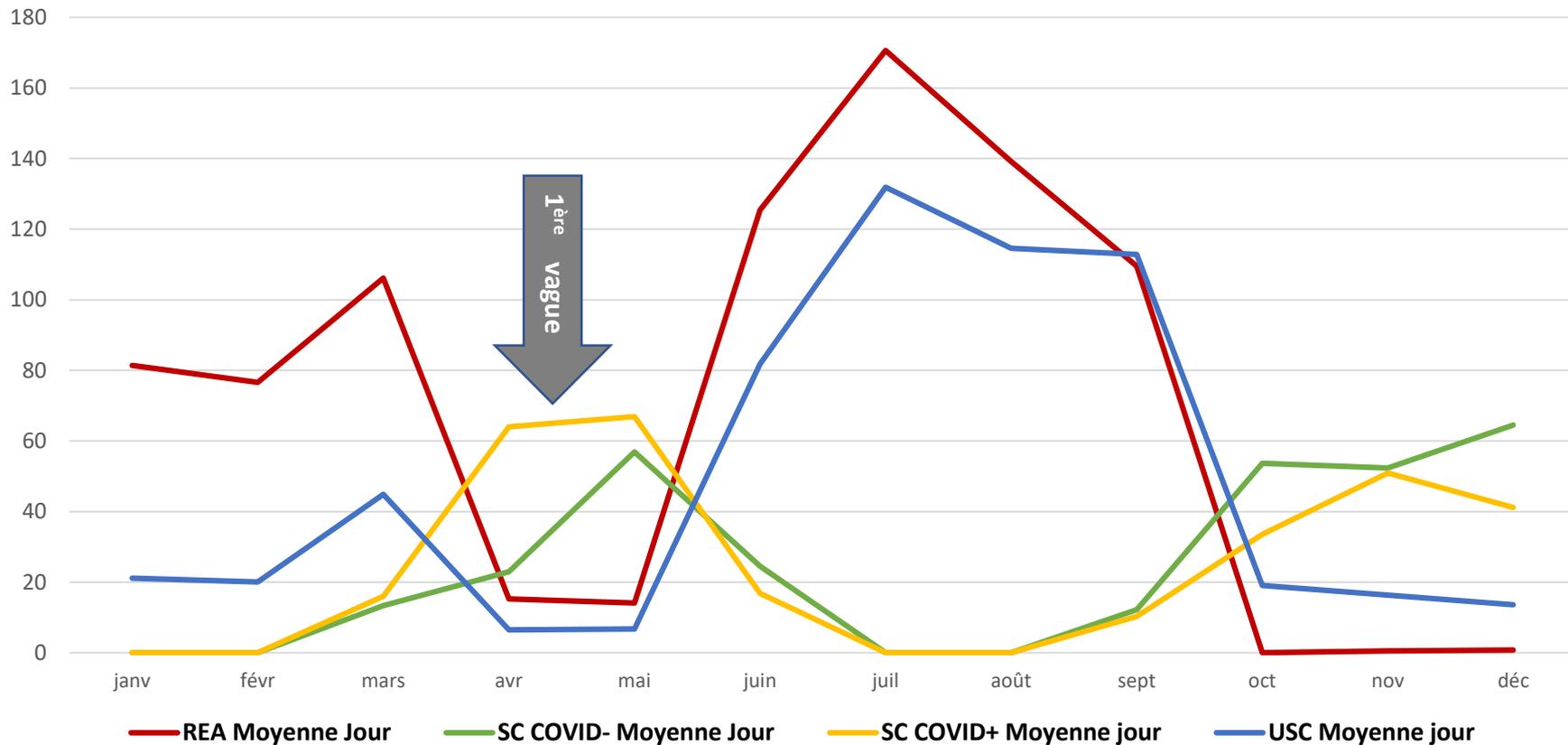
- 77- Nord
- 77- Sud
- 78- Nord
- 78- Sud
- 91- Nord
- 91- Sud
- 95- Est
- 95- Ouest
- 95- Sud



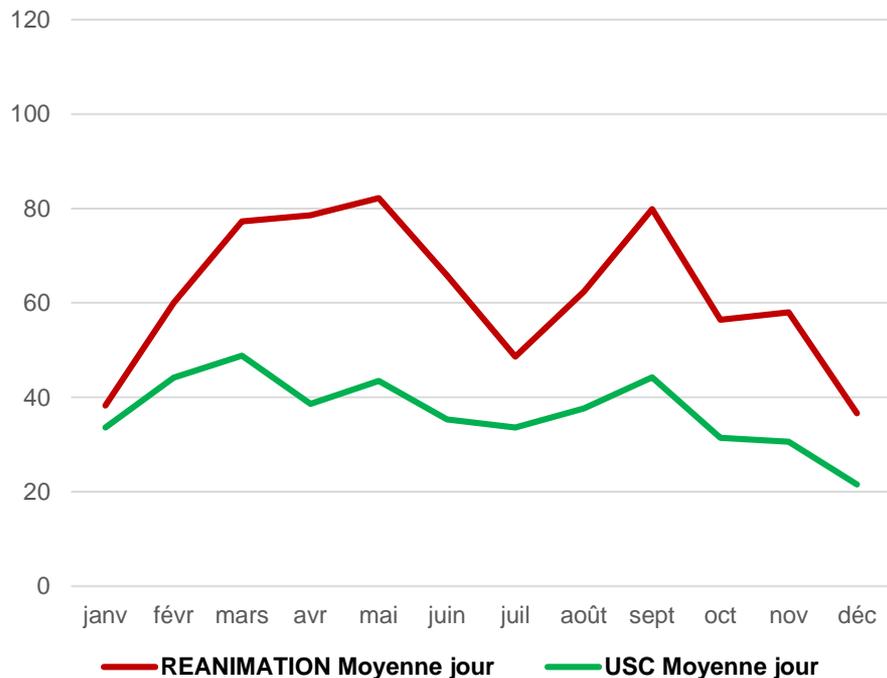
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2022 sur la Région Ile-de-France



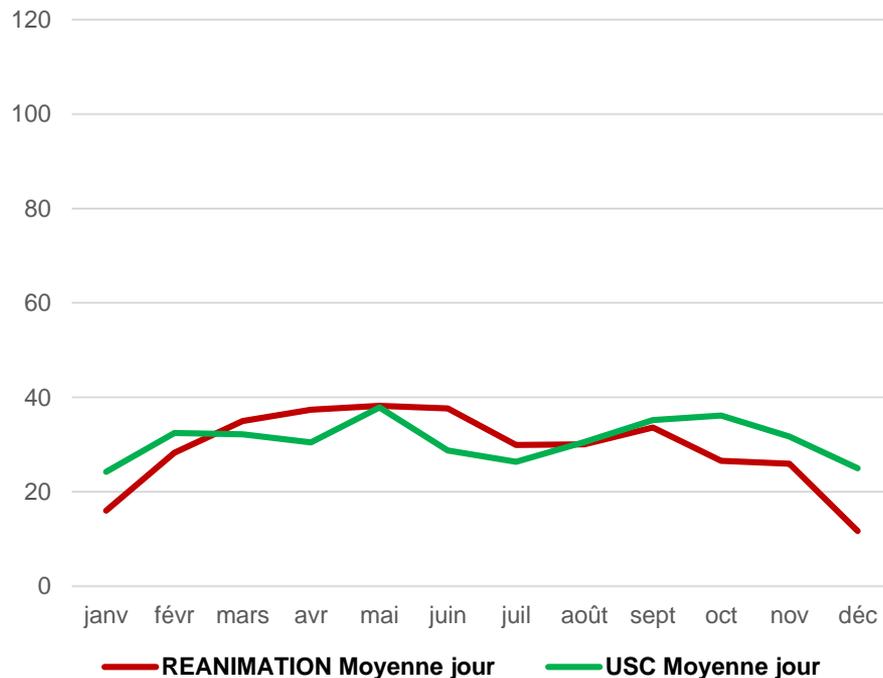
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2020 sur la Région Ile-de-France



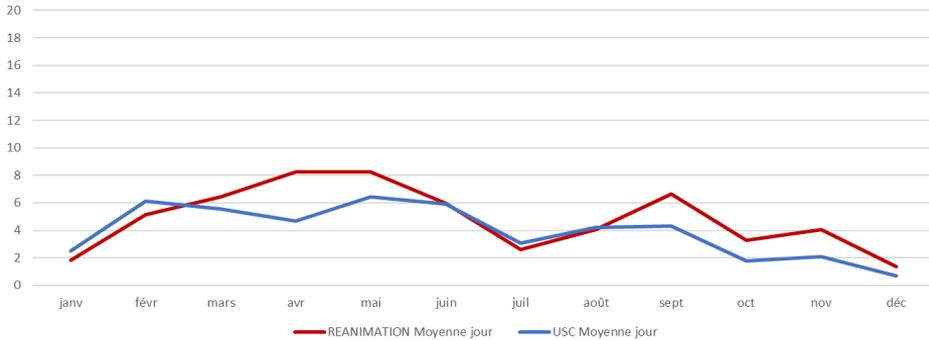
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2022 sur la Petite Couronne (75, 92, 93, 94) (saisies ROR)



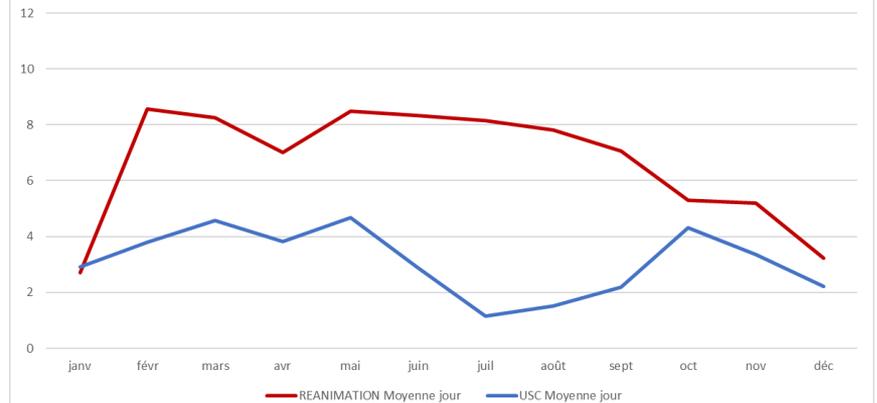
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2022 sur la Grande Couronne (77, 78, 91, 95) (saisies ROR)



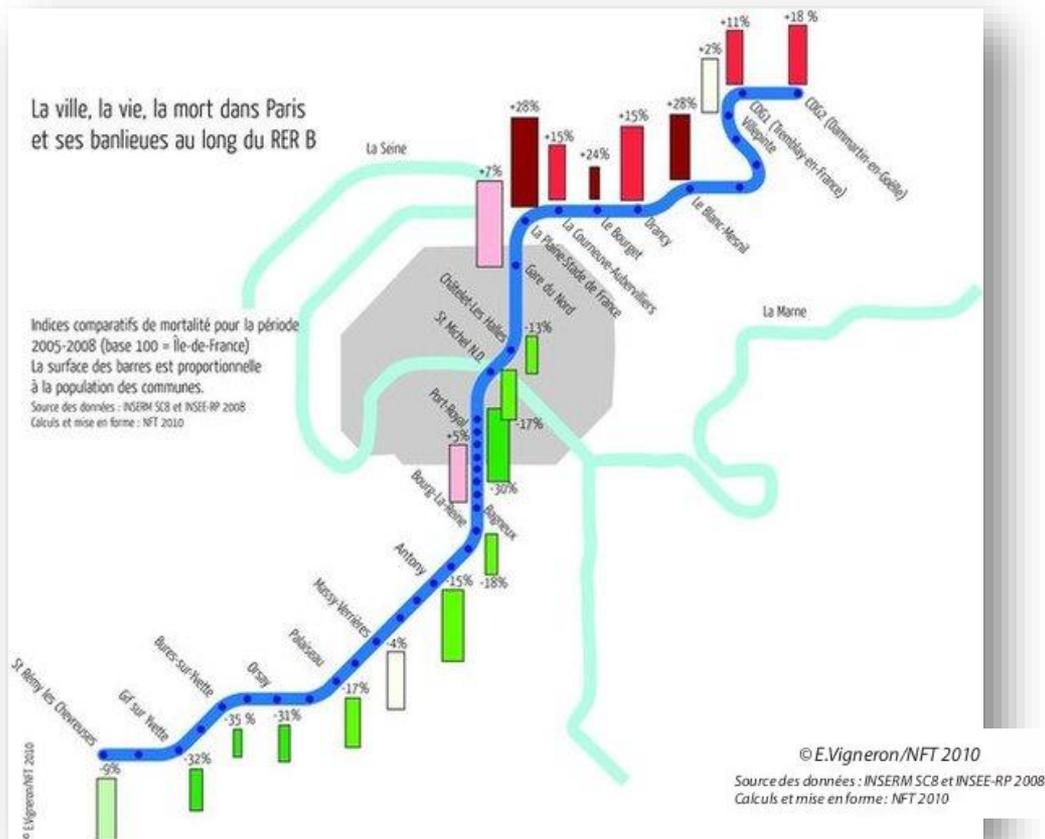
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2022 sur le département 93 (saisies ROR)



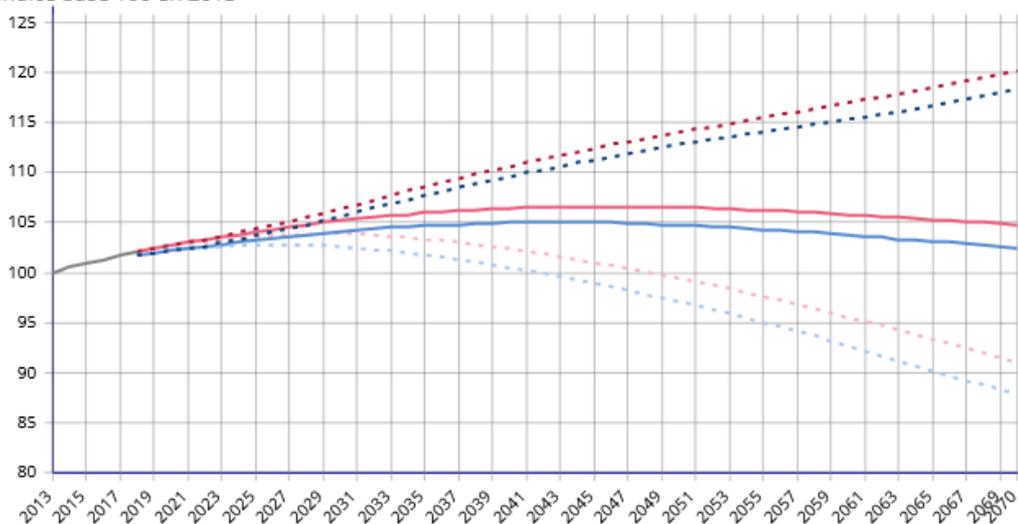
Disponibilité moyenne journalière des lits en 2022 sur le département 95 (saisies ROR)



BESOINS



indice base 100 en 2013



Max attendu 2040 12,75 M
(2022 : 12,4 M)

■ Population en plus ■ Population en moins

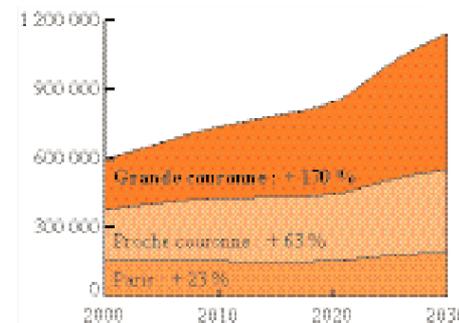
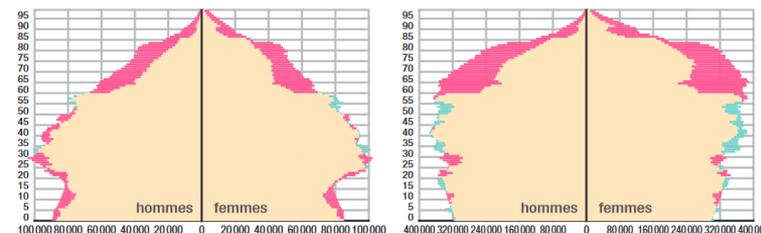


Figure 2. Projections de population âgée de 75 ans ou plus en Île-de-France entre 2000 et 2030

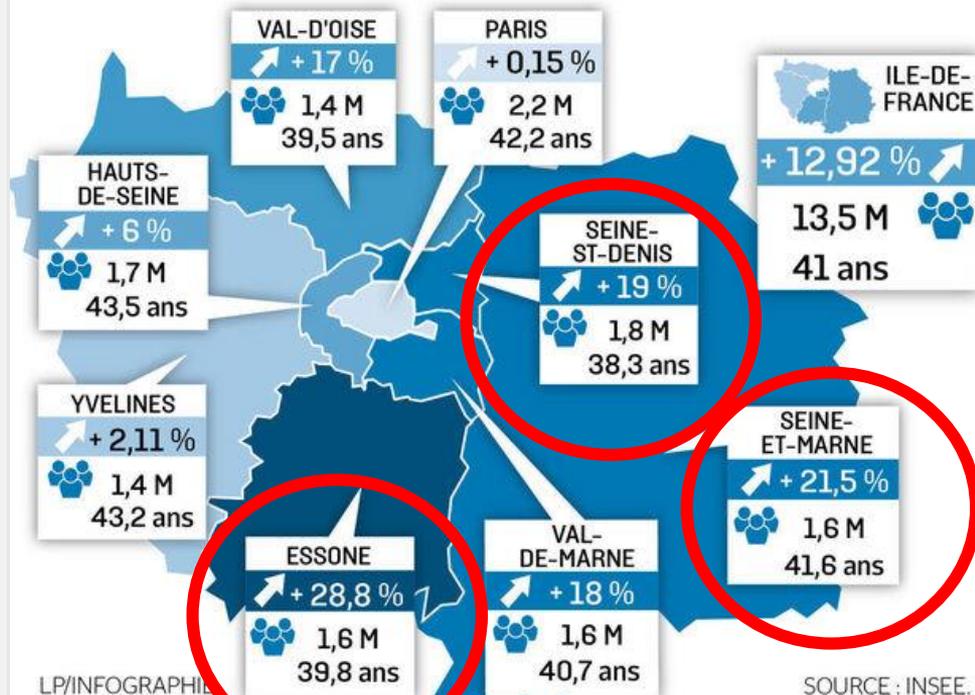
La population en 2030 comparée à celle de 2006 : scénario central



L'évolution démographique en Ile-de-France

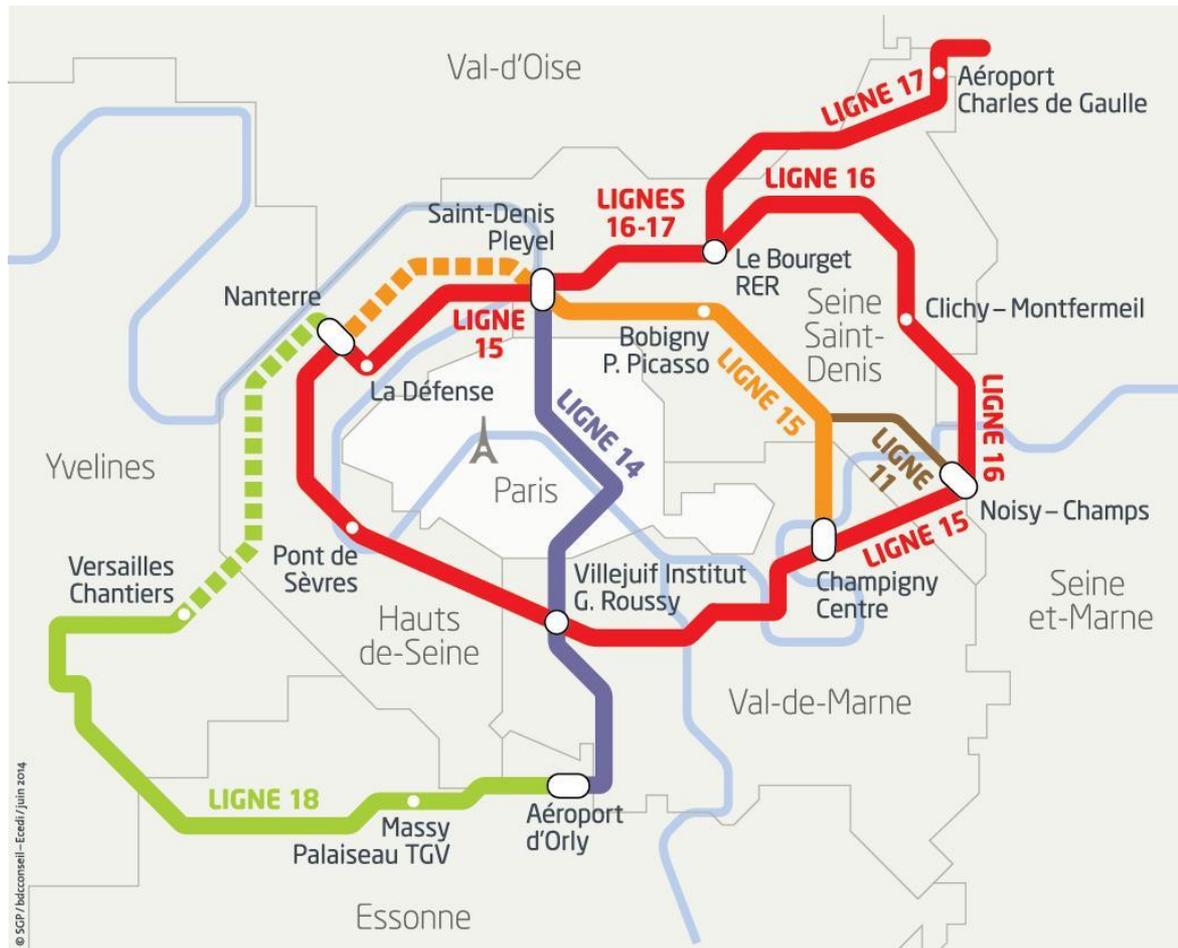
Evolution
de la population
entre 2013 et 2050

Millions d'habitants
et moyenne d'âge
de la population
en 2050



LP/INFOGRAPHIE

SOURCE : INSEE.



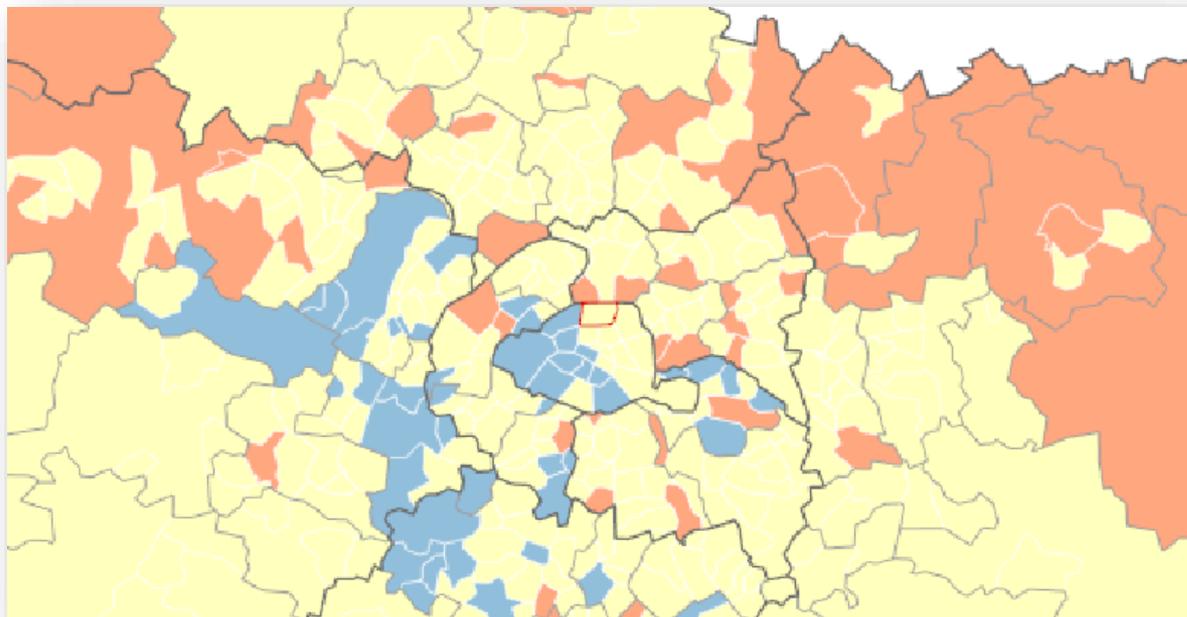
BESOINS

Mortalité par cancer

Patients + 60 ans
22% en 2030
(vs 16% en 2006)

Écart à la moyenne régionale
■ Sur-mortalité significative
■ Écart non significatif
■ Sous-mortalité significative

Sources : Inserm, CépiDc 2011-2015,
Insee RP 2011-2015, traitement ORS-IdF

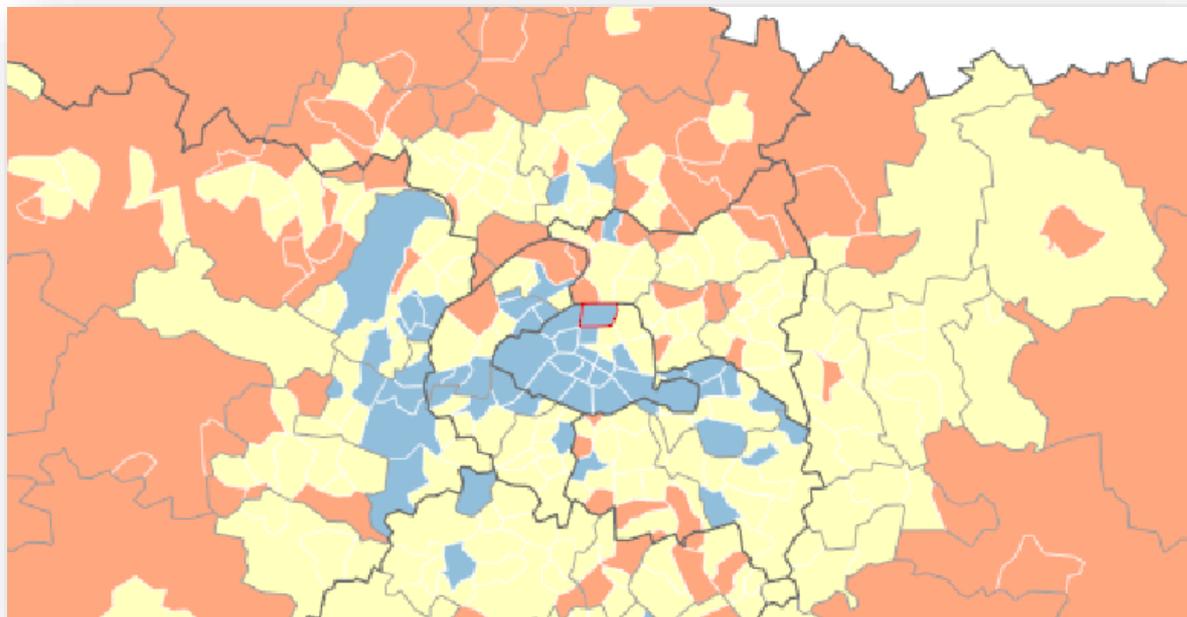


BESOINS

Maladies cardio-vasculaires

Écart à la moyenne régionale
■ Sur-mortalité significative
■ Écart non significatif
■ Sous-mortalité significative

Sources : Inserm, CépiDc 2011-2015,
Insee RP 2011-2015, traitement ORS-IdF



Autres sujets

cas de Forcilles et Bligny
soins critiques adultes et filière pédiatrique
filière grands brûlés et caisson hyperbare
séjours SSPI

Filière pédiatrique

Besoin de clarification

Dans les CTF :

« Art. D. 6124-28-6. – Le titulaire fait partie de la filière territoriale de soins critiques visant à favoriser et structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques notamment par télésanté. Le titulaire adhère au dispositif spécifique régional de soins critiques de sa région. **Le titulaire participe à la filière des soins critiques pédiatriques.**

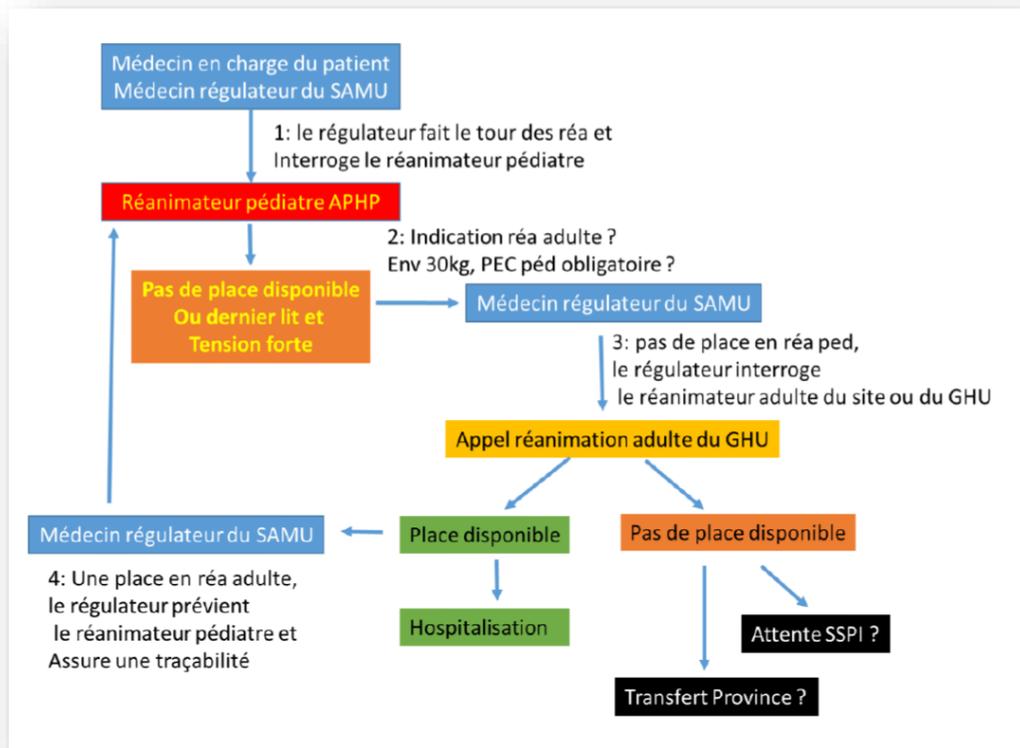
Dans les CI :

« Art. R. 6123-34-4. – **A titre exceptionnel et de manière temporaire,** en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, **les patients à partir de 15 ans** peuvent être pris en charge en soins critiques adulte sur site ou par convention avec un titulaire de l'autorisation de l'activité de soins critiques

Filière pédiatrique

Besoin de clarification

Exemple :
directives AP-HP hiver
2021



Peu de lits, 20 à 50% des enfants sont pris en charge par les services adultes, manque de personnel

ANNEXE 5

ORGANISATION DES REANIMATIONS-SOINS CRITIQUES PEDIATRIQUES (SC PED) DANS SIX DE NOS PAYS VOISINS SYNTHESE DES REPNSES AU QUESTIONNAIRE PAR LES CONSEILLERS D'AMBASSADE EN SANTE

Items	SUEDE Population 10,4M	DANEMARK Population 5,9 M	Espagne Population 47,3 M	Italie Population 59,1 M	ANGLETERRE Population 56 M	Allemagne Population 83 M
1 - Critères de détermination du nb de lit /pop de 0 à 18 ans	Compétence de la région. 84 unités SC dont 4 SC PED Dans les unités d'anesthésie, du bloc ou unités dédiées. 50 lits (souvent limités à 30 lits ouverts : pénurie de soignants).	18 services SC avec une valence pédiatrique (patients âgés de 0 à 15 ans).	33 unités avec une répartition inégale sur le territoire (13 régions avec une ou plusieurs, 4 n'en ont aucune). 2 unités (32 lits)	Dotation par région et province autonome, correspondant à 0,4 lits pour 1 000 habitants.	312 lits SC PED au sein du NHS répartis dans 23 unités Ratio 2,7 lits pour 100 000 jeunes de moins de 18 ans.	Offre de soins régionale sous l'autorité des 16 Länder avec une organisation qui incombe aux hôpitaux.
2 - Répartition de l'offre, tutelle	50 % des enfants sont pris en charge en unités SCR adultes. Priorité d'admission en REA PED : enfants de moins de 3 ans en insuffisance respiratoire.	1/3 des patients pédiatriques sont pris en charge par les services adultes.	Capacitaire non consolidé : 297 en 2013 pour 9000 lits de pédiatrie (8000 dans le secteur public et 1000 dans le privé). (Source MSS 2013).	Proportion d'enfants en SC adultes encore élevée : 23% en unités post-opératoires mixtes (SC adultes et enfants) pour des spécialités élevées et 26% pour la gravité de pathologie nécessitant des soins pédiatriques spécialisés admis dans des services pour adultes. 12 % des enfants sont admis dans des unités de SC pour adultes.	Objectif du NHS : ne jamais dépasser un TO de 80 %, standard respecté irrégulièrement	106 unités SC PED dont 70 mixtes néonatal/pédiatriques. 300 lits (hors néonatal) / 9 millions d'enfants (âges non définis) Fermeture d'1/3 des lits par manque de personnel soignant. Certains enfants sont pris en charge en SC adultes. 1 enfant sur 5 est transféré faute de personnel et n'a pas accès à un hôpital dans un rayon de moins de 100 km.

Filières / organisation spécifiques

SSPI

Caisson hyperbare

Grands brûlés. Saint-Louis / Percy

- Saint Louis : 150 admissions/an
- Grands brûlés (>20%) : 400/an en France. 50 /an St Louis.
- Saint-Louis 6 lits « hybrides » / 4 lits de réanimation / 5 lits profils USC
- Recours régional, national. Capacitaire semblant suffisant

enjeux

enjeux

- **Maintenir le capacitaire ?**
 - Équilibre capacitaire réanimation / USIP
 - Nouveaux capacitaires planchers par implantation
 - Tenir compte des évolutions démographiques et des besoins
- **Articulation avec soins critiques spécialisées / filières dépendantes des soins critiques**
- **Identification formelle des futures implantations**
 - Maintien de la plupart
 - Regroupements

enjeux

CALENDRIER

- **V0 du PRS3 attendue pour fin mars-début avril 2023**
- **Détermination par l'ARS des OQOS d'ici là**
- Prochain COPIL 30 mars 2023



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

