



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE L'YONNE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

spécial n°32/2015 du 6 juillet 2015

Adresse de la préfecture : 1, Place de la Préfecture - CS 80119 - 89016 Auxerre cedex – tél. standard 03.86.72.79.89

Adresse de la sous-préfecture d'Avallon : 24 rue de Lyon – 89000 Avallon – tél. standard 03.86.34.92.00

Adresse de la sous-préfecture de Sens : 2 rue Général Leclerc – 89100 Sens cedex – tél. standard 03.86.64.78.00

Site internet des services de l'Etat : <http://www.yonne.gouv.fr>

RAA spécial numéro 32/2015 du 6 juillet 2015

L'intégralité de ce recueil est consultable à la préfecture (MAP), dans les sous-préfectures du département de l'Yonne, aux heures d'ouverture au public et sur le site internet des services de l'Etat.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE L'YONNE

Recueil spécial des Actes Administratifs n°32 du 6 juillet 2015

---ooOoo---

SOMMAIRE

N° d'arrêté	Date	Objet de l'arrêté	Page
--------------------	-------------	--------------------------	-------------

PREFECTURE DE L'YONNE

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BOURGOGNE

ARSB/DG/2015-0016	26/06/2015	Arrêté portant modification du schéma régional d'organisation des soins (SROS) de la région Bourgogne	
-------------------	------------	---	--

**ARRETE n° ARSB/DG/2015-0016 en date du 26 juin 2015
portant modification du schéma régional d'organisation des soins (SROS) de la région Bourgogne**

Article 1 – Le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé 2012-2016 de la Bourgogne est modifié sur les activités suivantes :

- la médecine, en ce qui concerne l'addictologie,
- l'imagerie médicale, en ce qui concerne les d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomographie à émission de positons (TEP),
- les soins de suite et de réadaptation, en ce qui concerne les mentions spécialisées,
- le schéma cible de la permanence des soins en établissements de santé.

Le volet hospitalisation à domicile (HAD) de l'activité de médecine est révisé dans sa totalité et remplace le volet HAD du SROS 2012-2016.

Article 2 – Le schéma régional d'organisation des soins révisé est annexé au présent arrêté.

Il est consultable sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut aussi être consulté :

- à la préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

Article 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

Article 4 – Le directeur de l'organisation des soins de l'agence régionale de santé de Bourgogne est chargé, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

Le directeur général,
Christophe LANNELONGUE

Schéma régional d'organisation des soins de Bourgogne 2012-2016 révisé

Début 2014 a été engagée une révision partielle du SROS/PRS 2012-2016 arrêté le 28 février 2012 concernant seulement certaines activités de soins. Le but est d'adapter les grandes orientations aux évolutions réglementaires intervenues depuis deux ans, d'étoffer l'offre dans certains cas et enfin de rationaliser l'organisation des soins pour mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Ainsi, sont visées par la présente révision les activités de médecine (hospitalisation à domicile et addictologie), l'imagerie médicale (les équipements lourds), les soins de suite et de réadaptation (notamment, les mentions spécialisées) et le schéma cible de la permanence des soins en établissements de santé, qui constitue une mission de service public essentielle pour une organisation hospitalière de qualité au service des usagers.

Une méthodologie simple a présidé à ce travail puisque c'est la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), émanation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui a désigné parmi ses membres un comité de pilotage chargé de la révision du SROS : ainsi, quinze représentants de la CSOS ont participé à ce comité qui s'est réuni à quatre reprises (les 16 juin, 11 juillet, 17 septembre et 15 octobre), avec l'appui des personnels médicaux et administratifs de l'agence. Un état des lieux synthétique par activité a servi de point de départ aux travaux et a abouti, après examen au sein du comité de pilotage, à un document final décrivant les évolutions proposées pour chacune des activités révisées.

Le SROS révisé est donc constitué des documents suivants, qui doivent être examinés en complément du SROS existant, et qui n'ont pas tous le même statut par rapport au SROS/PRS initial : au début de chaque activité revue figure donc un rappel des conséquences de la révision par rapport au SROS initial.

Après avoir été présenté à la CSOS les 28 novembre et 17 décembre 2014, le SROS révisé a été soumis à la CRSA du 23 avril 2015, qui a rendu son avis réglementaire sur le projet. Dans le délai de concertation réglementaire de deux mois ouvert du 10 mars au 10 mai 2015, l'ARS a reçu également les avis des collectivités territoriales qui me souhaitaient. Enfin, les conférences de territoire ont été aussi consultées sur ce projet.

Des éléments de chiffrage financiers ont également été rajoutés afin de proposer une estimation financière des évolutions liées à la révision pour chaque activité de soins concernée. Cette estimation est complétée le cas échéant des économies attendues des nouvelles organisations de soins prévues dans le SROS révisé.

Imagerie médicale

SROS Bourgogne révisé

Les objectifs généraux et opérationnels du SROS initial sont actualisés et le tableau de la cible des implantations suivant (point IV) vient remplacer le tableau du SROS initial, en tenant compte des équipements supplémentaires autorisés depuis l'arrêté SROS/PRS du 28 février 2012, après reconnaissance de besoins exceptionnels.

Les implantations proposées modifient à la hausse, par rapport à la cible initiale du SROS, la cible nouvelle du nombre d'IRM : +1 appareil en Saône et Loire (passage de 6 à 7), et du nombre de TEP : +2 en Côte-d'Or (passage de 1 à 3) et +1 en Saône et Loire (passage de 1 à 2).

Le tableau des implantations est complété d'une cible complémentaire pour les IRM, qui constitue le nombre maximum d'appareil possible en Bourgogne, sur la base de l'équipement moyen par habitant existant au niveau européen. Dès lors qu'un établissement aura établi un besoin pour la population et qu'il sera en capacité de faire fonctionner son équipement dans le respect des conditions techniques et réglementaires, sa demande pourra être examinée dans la limite de ce plafond.

I – POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU SROS 2012-2016

Le SROS 2012-2016 prévoyait un certain nombre d'installation d'équipements d'imagerie médicale. Lors des premières années de sa mise en œuvre, des demandes supplémentaires d'équipement ont vu le jour ce qui a nécessité des adaptations et le recours à la notion de besoin exceptionnel pour valider leur autorisation. La révision de ce volet du SROS a pour but de mettre à jour le nombre d'implantations et de revoir les besoins potentiels afin d'y pourvoir.

Scanners

	Cible SROS	Autorisés au 30/06/2014	Installés au 30/06/2014
21	10	10	10
58	4	5	5
71	9	8	8
89	7	7	7
Région	30	30	30

IRM

	Cible SROS	Autorisés au 30/06/2014	Installés au 30/06/2014
21	6 à 8	9	6
58	2	3	1
71	6	5	4
89	4	4	4
Région	18 à 20	21	15

Gamma caméras

	Cible SROS	Autorisés au 30/06/2014	Installés au 30/06/2014
21	5	5	5
58	2	2	2
71	6	6	6
89	4	3	3
Région	17	16	16

TEP

	Cible SROS	Autorisés au 30/06/2014	Installés au 30/06/2014
21	1 + 1 si possibilité	1	1
58	1	1	1
71	1	1	1
89	1	1	1
Région	4 + 1	4	4

Situation en Bourgogne au 30 juin 2014

A cette date, la Bourgogne dispose de :

- 30 scanners autorisés et installés
- 21 IRM autorisés dont seulement 15 installés
- 16 gamma-caméras autorisées et installées
- 4 TEP autorisés et installés

Tous les centres hospitaliers publics et les établissements privés autorisés à l'accueil des urgences possèdent au moins un scanner. Tous les établissements publics titulaires, ou susceptibles de l'être, d'une unité neuro-vasculaire (UNV) possèdent une IRM. Tous les établissements disposant d'une activité de cancérologie importante possèdent ou ont accès à une imagerie par scanner ou/et IRM.

Au total, la Bourgogne possède un parc théorique conséquent. Mais du fait de la répartition géographique, des problèmes d'accès et du nombre non négligeable de non installation d'appareils autorisés, il existe des disparités de volume d'activité entraînant, dans certains endroits, des retards à la réalisation d'examens. Toutefois une part importante de ces retards n'est pas due au matériel, mais au manque de ressources humaines en professionnels.

Etude Imagerie Santé Avenir pour les IRM

L'étude ISA 2013 donne une image négative de notre région. Le taux d'installation bourguignon pour l'année 2013 est de 6,7 appareils par Million d'habitants. Le taux national est à 10,19 alors que l'objectif était de 12 IRM dans les 10 régions ayant une mortalité par cancer la plus élevée (dont la Bourgogne).

Une étude sur les délais, dans le cadre d'un examen en urgence pour une suspicion de métastase donne, pour notre région, un délai moyen de 38 jours en amélioration par rapport à 2012 (41,5) mais loin derrière la moyenne nationale à 30,5 jours.

Ceci lui permet de conclure que : « *La situation est totalement anormale en Bourgogne où le taux d'équipement est désormais le plus faible de France (hors Corse). Se dessine ainsi peu à peu, tant sur le plan des taux d'équipement que des délais d'accès à ces équipements, une image contrastée opposant une France dynamique cherchant à répondre aux besoins de santé de sa population et des régions attentistes, laissant perdurer voire se dégrader des situations de sous-équipements caractérisés* ».

Cette vision très pessimiste doit être un peu corrigée :

- l'étude ne porte que sur 11 appareils installés à la date de sa réalisation (début 2013). Si l'on ramène le taux d'équipement aux IRM installées et autorisées au 30 juin 2014 nous obtenons 7,27 et 14,11 appareils/Mhab. Ce taux devrait être celui des appareils installés dans 2 ans au plus tard ;
- le cas clinique proposé (mais il est le même pour tous), induit un biais. Ce n'est pas le cancérologue qui demande lui-même l'examen. L'enquête réalisée par l'ARS en octobre 2014 indique des délais de 4 à 9 jours hors urgence et 1 à 2 jours pour les urgences (mais réponse que de 8 établissements sans aucune IRM libérale). De l'avis de cancérologues interrogés ce délai peut être raccourci si le rendez-vous est pris par contact direct.

Plan cancer 3

Dans ce cadre, les actions 2.2.3 : *Optimiser l'utilisation du parc d'IRM en améliorant les organisations, si besoin par le développement des coopérations* et 2.3.4 : *Ajuster le maillage territorial des équipements en IRM et TEP-CT pour corriger les inégalités d'accès et les situations territoriales identifiées comme critiques* seront les lignes directrices du schéma. La mise à niveau du parc de machine se heurte, comme vu précédemment, au retard d'installation. Le délai réglementaire de 3 ans devrait être diminué car, pour ce genre de matériel, les contraintes architecturales sont beaucoup moins importantes que pour l'établissement d'une structure d'hébergement

Une action sur les délais d'accès aux examens sera mise en œuvre :

- la recherche d'un consensus, sur l'optimisation du fonctionnement des machines permettant la prise en charge très rapide des urgences. Elle sera réalisée dans le cadre du comité régional d'imagerie.
- la mise en place de dispositions permettant l'accès en urgence dans des délais compatibles avec les préconisations du plan cancer (10 jours) ainsi que d'indicateurs de suivi. Ces mesures seront mises en œuvre dans le cadre des contrats liant les structures et l'Agence.

Activité en Bourgogne

L'activité externe de scanner est moins importante en public qu'en privé. En 2013, 114 328 forfaits ont été facturés en privé contre 9976 en public (hors CHU). Pour l'IRM la différence n'existe plus : 39 562 privés pour 38 301 public hors CHU (Source : Assurance maladie).

Sauf pour l'un d'entre eux, l'activité des scanners privés de Bourgogne est supérieure à l'activité de référence. Il en est de même pour les IRM. Il n'existe donc pas de tentative de limitation d'activité afin de ne pas atteindre ou de dépasser de peu le seuil au-delà duquel les réductions de forfait s'appliquent.

Dans l'état actuel, il est difficile de mettre en évidence la substitution d'examens, tant de la radiologie classique vers d'autres techniques que du scanner vers l'IRM ou l'échographie. Cette substitution reste la règle du fait de l'amélioration des bonnes pratiques, de l'évolution des indications et de la nécessité d'abaisser le niveau d'exposition aux rayonnements. Un travail en ce sens devra être réalisé durant l'année 2015 en connaissant les difficultés de recueil de l'activité des établissements hospitaliers publics dans les bases de l'assurance maladie.

Professionnels en radiologie

Le recrutement de professionnels pour les établissements publics ne s'est pas amélioré, voire s'est dégradé. En même temps, c'est sur eux que repose la majeure partie de la prise en charge des urgences impliquant, dans leur ensemble, un accès rapide aux examens radiologiques.

La téléradiologie ne s'est pas développée autant qu'il était envisagé lors de l'élaboration initiale du SROS. Un système de téléradiologie régional n'a pu être mis en place et le recours à des organismes extérieurs n'a pas été exploité autant que cela était prévu au départ. Toutefois, elle reste actuellement la seule piste possible pour remédier à la faiblesse du nombre de professionnels et permettre à certaines installations mises en place, ou devant l'être, d'assurer un service rendu aux patients à hauteur de leurs attentes.

Le développement de la télémagerie médicale en temps réel obligera l'ARS à entamer une révision des conditions de rémunération de la permanence des soins en établissements de santé dans cette spécialité.

Médecine nucléaire

La répartition territoriale des centres de médecine nucléaire couvre les besoins d'autant que ce type de matériel n'est pas dispersible en raison de la faiblesse du nombre de professionnels formés.

La majorité des centres possèdent au moins 2 appareils. L'augmentation à 3, de ceux qui n'ont pas encore atteint ce niveau, est envisageable dès l'instant où le besoin aura été identifié.

Toutefois, d'ici 2 ans, la médecine nucléaire va se trouver confrontée à un problème important lié à la baisse de l'offre de Technetium, traceur le plus utilisé actuellement pour cette technologie. En effet, la fermeture du réacteur OSIRIS prévue au 31 décembre 2015 va entraîner une baisse de production difficilement répercutable sur les autres fournisseurs mondiaux. Si l'on peut espérer l'ouverture d'un centre de production à Cadarache, une meilleure utilisation de ce traceur devra encore être mise en place, bien que des efforts déjà importants dans ce sens aient été réalisés lors de la précédente période de pénurie. Face à cette difficulté, doit aussi être mise à l'étude la substitution possible aux examens nucléaires d'examens par TEP et/ou IRM.

S'agissant des TEP, leur nombre actuel peut être modifié à la hausse à court terme par l'autorisation de deux appareils supplémentaires sur le site de Dijon, les deux demandes devant être déposées conjointement par les établissements public et privé à but non lucratif d'une part, et par les titulaires d'autorisation de médecine nucléaire privés de la région Bourgogne d'autre part. Une coopération devra être recherchée entre les exploitants des trois appareils sur le site de Dijon, notamment du point de vue des protocoles médicaux de fonctionnement. Par ailleurs

Par ailleurs, dans le cadre des évolutions technologiques, l'un des TEPscan installés sur le site de Dijon aura vocation à être transformé en TEP-IRM dans les années à venir.

Pour le reste de la région, la mise en place à moyen terme d'une machine sur le site de Macon permettrait de dégager des possibilités sur Chalon-sur-Saône par transfert de la frange de population du sud de la Saône-et-Loire se rendant actuellement dans ce centre.

La situation dans l'Yonne ne demande pas d'augmentation du parc. Toutefois l'ARS devra se montrer réactive si un besoin objectivé se fait jour et répondre favorablement à celui-ci, d'autant que les explorations au moyen de ce type d'examen, en cancérologie, n'auront tendance qu'à augmenter.

Concernant les transferts d'examen vers les IRM, le parc actuel et les modifications envisagées semble suffisant pour y faire face. Mais dans ce domaine aussi, l'ARS devra veiller à réagir rapidement le cas échéant.

Les demandes actuelles

Les demandes actuelles portent sur l'implantation d'un IRM à Autun et de deux TEP sur Dijon. Pour ce dernier matériel, une installation d'un TEP à Macon (ou en Saône-et-Loire) est envisageable afin de soulager le site de Chalon-sur-Saône et de recentrer l'activité issue des patients se tournant actuellement hors Bourgogne.

II - L'ACTUALISATION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OPÉRATIONNELS

1. Mise à jour des orientations concernant ces équipements

Le nombre de scanners est suffisant pour faire face aux besoins de la population. Tous les établissements de santé autorisés à l'accueil des urgences et à la prise en charge des cancers possèdent ou ont accès à cette imagerie. Si l'activité de référence est atteinte, la tranche supérieure ne l'est pas.

Tous les établissements titulaires d'une unité neurovasculaire (UNV) possèdent un IRM. Les établissements autorisés à la prise en charge des patients atteints de cancer doivent posséder ou avoir accès à ce type d'imagerie. Il est logique qu'un établissement autorisé à la prise en charge des urgences ait accès à ce type d'imagerie.

Actuellement, le nombre de gamma-caméras, en tenant compte de la seconde implantation sur Sens, semble suffisant pour répondre aux besoins de la population. Toute demande supplémentaire ne pourra concerner qu'un centre existant et justifié par la saturation de celui-ci dès lors que des plages horaires supplémentaires auront été mises en place.

Le regroupement de cette activité sur un seul site sera privilégié, d'autant que la distance entre deux sites existants est faible. La coopération entre les opérateurs sera, elle aussi, privilégiée.

2. Les évolutions proposées

a) Objectif général : mise à niveau de l'imagerie pour les agglomérations dont au moins un établissement est autorisé à la prise en charge des urgences et/ou des patients atteints de cancer

- installation d'un IRM sur le site d'Autun
- installation de TEP supplémentaires:
 - ⊖ 2 machines supplémentaires sur le site de Dijon, les deux demandes devant être déposées conjointement par les établissements public et privé à but non lucratif d'une part, et par les titulaires d'autorisation de médecine nucléaire privés de la région Bourgogne d'autre
 - ⊖ 1 machine sur le site de Mâcon, la demande devant être déposée conjointement par les titulaires d'autorisation de médecine nucléaire privés de la région Bourgogne.

b) Privilégier les regroupements et les coopérations

L'accès à l'imagerie moderne doit être réalisable pour tous les professionnels de santé concernés. Le regroupement sur un seul site et la coopération permettent d'augmenter les plages d'ouverture des structures et donc d'accroître le nombre de patients pris en charge.

c) Permanence d'accès et astreinte

Sur les sites de Dijon, Mâcon, Chalon-sur-Saône, Nevers, Auxerre et Sens une permanence d'accès 24h/24 sur les équipements lourds doit être mise en place. La participation des médecins libéraux est de mise dès lors qu'ils ont accès à l'imagerie concernée, soit en propre soit en coopération. La permanence d'accès 24h/24 à une IRM est obligatoire dès lors que l'établissement est titulaire d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Par ailleurs, toute nouvelle demande de scanner ou d'IRM ou renouvellement est subordonnée à la participation des praticiens à la permanence des soins en établissements de santé en radiologie. Le projet présenté doit la mettre en place.

d) Mettre en place une plateforme de téléimagerie médicale en temps réel

La constitution d'une plateforme régionale permettra de trouver une solution régionale aux problèmes récurrents d'insuffisance d'équipes médicales pour faire face à la demande. Cette plateforme devra intégrer les secteurs public et privé.

Son intérêt devra être clairement identifié au regard de l'offre existante de structures de téléimagerie déjà existantes. Les contraintes juridiques inhérentes aux notions de marchés publics et de respect de la concurrence devront être prises en compte.

III – APPROCHE THÉORIQUE

1 - Le taux d'équipement en IRM des pays de l'Europe de l'Ouest se situe à 20 appareils par million d'habitants. Sa projection en Bourgogne donnerait un équipement à 34 appareils et sa répartition territoriale :

Côte d'Or	11	soit 2 appareils supplémentaires
Nièvre :	4,5	soit 1 à 2 appareils supplémentaires
Saône-et-Loire :	11,5	soit 5 appareils supplémentaires
Yonne :	7	soit 2 appareils supplémentaires

Ces chiffres peuvent représenter les bornes hautes acceptables dès l'instant où une nécessité est mise au jour et qu'un dossier étayé et offrant des garanties sérieuses sur une implantation sous 12 mois est présenté.

2 - S'agissant de l'estimation des besoins en TEP scan, un comparatif a été réalisé avec le taux d'équipement de la Bourgogne par rapport aux autres pays de l'OCDE et à l'Europe; ces données sont issues de la Société française de médecine nucléaire et portent sur l'année 2010.

Nombre de TEP scan pour cent mille habitants :

- France : 0,2
- Europe : 0,25
- Japon : 0,33
- Etats Unis : 0,40
- Bourgogne : 0,25

D'autre part, à l'heure de la fusion des régions Bourgogne et Franche Comté, il paraît intéressant d'avoir une approche prospective de l'équipement projeté en TEP scan si l'on applique le niveau d'équipement des pays OCDE et Europe, d'autant que le SROS Franche Comté ne prévoit que 2 TEP scan sur l'ensemble de son territoire :

Nombre de TEP/100.000 hab (arrondi)			
	BOURGOGNE (1,6 million hab.)	FRANCHE-COMTE (1,2 million d'hab.)	BOURGOGNE FRANCHE-COMTE (2,8 millions hab.)
FRANCE	3	3	6
EUROPE	4	3	7
JAPON	6	3	9
ETATS-UNIS	7	4	11

Lorsque les deux régions seront réunies, l'addition des cibles d'équipement en TEP scan des deux SROS aboutira à un total de 9 machines, soit un nombre d'installations se situant entre celui du Japon et celui de l'Europe, donc un niveau d'équipement intermédiaire entre la fourchette haute et la fourchette basse par rapport aux pays de l'OCDE.

Nombre de TEP/100.000 hab (arrondi)		
	BOURGOGNE	BOURGOGNE FRANCHE COMTE
Fourchette basse	3	6
Fourchette haute	7	11

L'ensemble de ces données d'équipement en TEP scan datent de 2010 et le nombre d'installations de TEP scan a certainement augmenté depuis.

Par ailleurs, le Plan cancer III recommande le développement des examens TEP.

Enfin, l'évolution de la technique jouera aussi un rôle dans le recours accru aux examens TEP :

- augmentation de l'activité oncologique au FDG,
- recours à de nouveaux traceurs : Choline pour la prostate, DOPA pour la maladie de parkinson et les cancers neuroendocrines,
- nouvelles indications pour la démence, l'infectiologie, les malades inflammatoires,
- transferts d'activité : oncologie FDG + Fna à la place de la scintigraphie osseuse,
- problèmes d'approvisionnement en technétium dans l'avenir,
- développement des cyclotrons.

IV - TABLEAU DES IMPLANTATIONS À ÉCHÉANCE DE 3 ANS

Compte tenu des contraintes d'amplitude et à l'horizon 2017 de révision du SROS, le nombre d'implantations des IRM est ainsi modifié :

- + 1 pour la Saône-et-Loire sur le site d'Autun

Le nombre d'implantation de TEP en Bourgogne est ainsi modifié :

+ 2 en Côte d'Or, sur le site de Dijon, les deux demandes devant être déposées conjointement par les établissements public et privé à but non lucratif d'une part, et par les titulaires d'autorisation de médecine nucléaire privés de la région Bourgogne d'autre part ;

- + 1 pour la Saône-et-Loire, sur le site de Mâcon, la demande devant être déposée conjointement par les titulaires d'autorisation de médecine nucléaire privés de la région Bourgogne.

Territoires de santé	Cible SROS initial	Cible SROS révisé	Cible SROS sur la base de l'équipement européen
Côte d'Or	Scanner = 10 (9 si substitution au CHU)	10 (9 si substitution au CHU)	
	IRM = 6 à 8	9, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 1 spécialisé en cancérologie • 1 spécialisé aux urgences (pédiatriques, neurologiques) 	11
	Gamma-caméra = 5	5	
	TEP = 1 + étude sur possibilité 2ème	3 (sur Dijon)	
Nièvre	Scanner = 4	5	
	IRM = 2	3	4
	Gamma-caméra = 2	2	

Territoires de santé	Cible SROS initial	Cible SROS révisé	Cible SROS sur la base de l'équipement européen
	TEP = 1	1	
Saône et Loire	Scanner = 9	9	
	IRM = 6	7 (dont 1 sur le site d'Autun)	11
	Gamma-caméra = 6	6	
	TEP = 1	2 (dont 1 sur le site de Mâcon)	
Yonne	Scanner = 7	7	
	IRM = 4	5	7
	Gamma-caméra = 4	4	
	TEP = 1	1	

La cible pour les IRM passe de 18 ou 20 appareils dans le SROS initial à 24 appareils dans le SROS révisé : 1 nouvel appareil rajouté dans le SROS révisé et trois autres appareils qui avaient déjà fait l'objet d'une procédure de reconnaissance de besoin exceptionnel depuis la parution du SROS initial.

V – EVALUATION FINANCIERE

Les éléments de chiffrage portent sur la création d'un IRM et de 3 TEPscan supplémentaires en Bourgogne.

Méthodologie de calcul

Le seuil de rentabilité d'un IRM est estimé en France à 5 000 examens par an et celui d'un TEPscan à 2 500 examens par an.

Il est rappelé que le coût remboursé par l'assurance maladie couvre à la fois le fonctionnement et l'investissement de chaque machine. Il se compose d'un forfait technique et d'un acte intellectuel, dont les montants sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Type d'équipement	Forfait technique	Acte intellectuel
IRM	159 € *	69 €
TEPscan	1 000 € les mille premiers examens 550 € les examens suivants	89,54 €

* Forfait technique moyen estimé à 159 € en 2010 (extrait du rapport de la cour des comptes)

Application de la méthodologie pour 1 IRM

Montant relatif aux actes intellectuels :	5000 examens x 69 € =	345 000 €
Montant relatif aux forfaits techniques :	5000 examens x 159 € =	845 000 €

	Total :	1 190 000 €

Application de la méthodologie pour 1 TEPscan

Montant relatif aux actes intellectuels :	2500 examens x 89,54 € =	345 000 €
Montant relatif aux forfaits techniques :	1000 examens x 1000 € =	1 000 000 €
	1500 examens x 550 € =	825 000 €

Total :	Total :	2 048 550 €
Montant pour 3 TEPscan :	2 048 550 x 3 =	6 146 550 €

Bilan global coûts supplémentaires / dépenses évitées

Les coûts induits par l'implantation d'un IRM et de 3 TEP supplémentaires en Bourgogne se monteraient donc à 1 190 000 € + 6 146 000 €, soit un total de **7 336 550 €**.

Toutefois, l'augmentation du nombre d'examen d'IRM et de TEPscan permettra de détecter plus rapidement l'apparition d'un cancer et donc d'éviter le recours à des soins lourds, notamment à des actes chirurgicaux toujours très coûteux.

Ainsi, une étude récente du « Registre bourguignon des cancers digestifs », qui porte sur le recours aux examens de TEPscan estime à 3 000 € par patients les dépenses de chirurgie évitées dans la région. Sur la base des 7500 examens supplémentaires annuels moyens (2500 x 3) que produiraient les 3 TEPscan nouveaux installés en Bourgogne, les économies potentielles induites s'élèveraient donc à **22 500 000 €** (7500 examens x 3 000 €).

Si l'on rapproche ce dernier montant brut d'économies potentielles des 22 500 000 € du coût supplémentaire des 3 IRM valorisé ci-dessus à 6 146 550 €, on constate que le solde net reste positif, **soit des économies possibles à hauteur de 16 353 450 €**.

En résumé, 1 € remboursé par l'assurance maladie pour un examen TEP devrait permettre d'éviter 3,66 € de dépenses par l'assurance maladie sur des prises en charge chirurgicales.

S'agissant des examens d'IRM, ceux-ci permettront de développer la prévention en matière de cancérologie et se traduiront par des dépenses d'assurance maladie évitées pour l'avenir.

Médecine - addictologie

SROS Bourgogne révisé

Ce document vient compléter l'activité médecine du SROS/PRS en modifiant l'objectif spécifique n°2 de l'objectif général n°5 (*point 3.5 Objectif général n°5*) et en augmentant de 4 le nombre d'implantations d'activité de médecine, la cible du SROS passant de 44 à 48, soit une implantation de plus par territoire (*point 5.1 Implantations*).

I – POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU SROS 2012-2016

Rappel du dispositif sanitaire réglementaire en addictologie

Pour mémoire les structures sanitaires assurent :

- pour le niveau 1 des sevrages simples en service non spécialisé, des consultations et l'intervention d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- pour le niveau 2, en complément des activités de niveau 1, des sevrages et soins résidentiels complexes en unité spécialisée reconnue par l'ARS (avenant au CPOM) et peuvent mettre en œuvre une activité d'hospitalisation de jour. La facturation en GHS soins complexes répond à des conditions précises telles que comorbidités somatiques, sévérité de la dépendance...
- pour le niveau 3, niveau régional, en complément des activités de niveau 1 et 2, des activités de formation universitaire et de recherche.
- En outre il existe des unités spécialisées en addictologie de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui interviennent après un sevrage hospitalier. Elles s'adressent à des personnes nécessitant encore des soins spécifiques, avant le retour à une vie sociale ordinaire ou une orientation éventuelle vers un centre thérapeutique communautaire, ou un centre thérapeutique résidentiel.

Les établissements hospitaliers disposant d'un service d'urgence doivent pouvoir offrir un service de niveau 1 avec une équipe de liaison en soins hospitaliers, des consultations d'addictologie et la possibilité de sevrage simple.

Selon la circulaire DHOS/02 du 26 septembre 2008, au moins une unité de soins de recours de niveau 2 doit être mise en place pour un territoire de 500 000 habitants. Son champ de compétence s'étend à l'ensemble des conduites addictives (circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation de la filière addictologique). Elle doit permettre une prise en charge rapide (dans les suites immédiates d'un accueil aux urgences) avec des comorbidités somatiques, d'initialiser des traitements de substitution aux opiacés, de répondre aux demandes des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des établissements de santé de niveau 1 et des professionnels de santé libéraux, notamment de ceux qui adhèrent à un réseau de santé en addictologie.

Situation du dispositif sanitaire d'addictologie en Bourgogne

Niveau 1

A ce jour, la plupart des établissements sanitaires bourguignons disposant d'un service d'urgences bénéficie en propre d'un niveau 1 ou, par convention, de celui d'un autre CH (soit 12 établissements). Cependant perdurent des zones à conforter, notamment dans la Nièvre où le CH de Nevers n'a pas de niveau 1, et dans l'Yonne où doit être mis en place un dispositif mutualisé entre les CH d'Auxerre, Avallon, Tonnerre, Clamecy et la polyclinique d'Auxerre.

Niveau 2 et Niveau 3

Actuellement ont été attribuées des autorisations :

- au CH de Mâcon, en décembre 2012 pour une unité de 6 lits
- au CHU, en septembre 2013 pour un niveau 2/3 (10 lits) et au CH La Chartreuse pour une unité de 16 lits de niveau 2 dans le cadre de la fédération interhospitalière CHU/CH La Chartreuse. Ainsi, une

autorisation de création de lits de médecine à orientation addictologie a été délivrée au CH de la Chartreuse, suite à la reconnaissance d'un besoin exceptionnel de lits de médecine à orientation addictologie.

Ni l'Yonne ni la Nièvre ne disposent formellement d'autorisation de niveau 2, même si le CHS de l'Yonne accueille dans une de ses unités d'hospitalisation des patients en situation de soins complexes et dispose d'un hôpital de jour.

A souligner que le SROS de médecine prévoyait d'étudier la possibilité d'une deuxième unité de niveau 2 dans le Nord de la Saône et Loire.

En Bourgogne il existe également trois établissements de santé SSR avec soins spécialisés en addictologie :

- en Côte d'Or le SSR Centre Marceau de l'association du Renouveau à Dijon
- dans l'Yonne le centre Armançon à Migennes
- dans la Nièvre une unité au sein du SSR la Vénérie.

Les demandes actuelles

En Saône et Loire, deux nouvelles demandes de reconnaissance ont été déposées :

- l'une pour un projet CHS de Sevrey/CH de Chalon sur Saône d'une double unité de 5/6 lits, chacun fonctionnant en coopération,
- l'autre par les établissements du Creusot-Montceau sur le site de Montceau (unité de 5/6 lits).

Dans l'Yonne, le CHS demande la reconnaissance de son unité de médecine d'addictologie de niveau 2 (25 lits de niveaux 1 et 2).

Enfin, dans la Nièvre, un projet pourrait être construit par le CH de Nevers ou en coopération avec le CHS Pierre Lôo ou la clinique du Tremblay. Celle-ci avait présenté une demande d'autorisation mais sa demande ne répondait pas aux critères de reconnaissance d'un niveau 2.

II - L'ACTUALISATION DES OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS

1. Le SROS médecine actuel

Le SROS médecine actuel du Projet régional de santé 2012-2017 retient comme objectif général n°5 « de réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements de santé ». Celui-ci prévoyait notamment de compléter le dispositif existant en addictologie et de le renforcer :

« permettre un accès précoce du patient aux différents services, dans un parcours de soins adapté aux personnes grâce à une répartition des structures addictologiques adaptée à la démographie et à la géographie ».

L'objectif général n°5, dans son objectif spécifique n°2 du SROS médecine est ainsi libellé :

« Disposer d'un niveau 2 en addictologie (niveau 1 plus soins complexes, hôpital de jour, avec ou sans soins de suite avec mention conduites addictives) dans chacun des 3 territoires de santé hors Côte-d'Or, voire deux pour le territoire de la Saône-et-Loire. » et dans les modalités de mise en œuvre « ...évaluer le besoin éventuel sur le site de Chalon ».

2. Les évolutions proposées

a) Objectif général : attribuer de nouvelles autorisations de médecine à orientation addictologique aux différents CHS de la région, soit trois nouvelles autorisations:

- au CHS de l'Yonne,
- au CHS de Sevrey (Saône et Loire),
- et au CHS de La Charité sur Loire (Nièvre).

Le CH de la Chartreuse, dans le cadre de sa fédération hospitalière avec le CHU, a déjà obtenu une autorisation de création de lits de médecine à orientation addictologique en septembre 2013. Cette autorisation sera reprise dans le SROS actualisé en tant que nouvelle implantation.

Les établissements publics de santé mentale exercent tous une activité addictologique, la plus aboutie étant celle du CHS de l'Yonne. Celui dispose d'une unité d'addictologie complète qui pourrait être reconnue de niveau 2 (soins complexes, hospitalisation de jour, consultations, convention avec le CH d'Auxerre pour les soins somatiques, lien avec le SSR Armançon...). En Saône et Loire, le centre hospitalier de Sevrey demande à développer cette activité en lien avec le CH de Chalon sur Saône. Celui de la Nièvre dispose de consultations addictologiques et pourrait mettre en place un niveau 2 sous le pilotage du CH de Nevers dans le cadre d'une fédération interhospitalière.

Pour bénéficier de la tarification à l'activité, ces trois CHS doivent obtenir une autorisation d'activité de médecine.

b) Modification de l'objectif spécifique n°2 de l'objectif général n°5

La rédaction de cet objectif spécifique doit être révisée pour tenir compte des projets de création d'une activité d'addictologie de niveau 2 en Saône et Loire :

- projet commun du CHS de Sevrey et du CH de Chalon sur Saône,
- projet du CH de Montceau-Le Creusot (installation à Montceau).

La circulaire DHOS/02 du 26 septembre 2008 prévoit qu'au moins une unité de soins de recours de niveau 2 est mise en place pour un territoire de 500 000 habitants, mais n'interdit pas d'en avoir plusieurs.

Les deux projets répondent aux critères d'éligibilité d'un niveau 2 (unité individualisée, présence de médecins somaticiens, comorbidités, sevrages complexes...).

L'origine de la patientèle accueillie au niveau 2 de Mâcon se révèle très circonscrite au territoire du Sud Saône et Loire. Les personnes concernées par ce type d'hospitalisation se déplacent mal et la proximité des soins s'avère très importante. Ainsi, la création de petites unités de niveau 2, de 6 lits, tarifées à l'activité, serait de nature à répondre au besoin de proximité sans nécessiter un équipement supplémentaire coûteux et sans créer une concurrence injustifiée.

La rédaction de l'objectif spécifique n°2 de l'objectif général n°5 sera en conséquence modifiée de la manière suivante :

« Disposer au moins d'un niveau 2 en addictologie dans chacun des 3 territoires de santé hors Côte d'Or, voire trois pour le territoire de Saône et Loire » ;

et dans les modalités de mise en œuvre : « évaluer la mise en place de telles unités sur les sites de Chalon-Sevrey et Le Creusot-Montceau ».

III - TABLEAU DES IMPLANTATIONS

Le nombre d'implantations de services de médecine est ainsi modifié : + 4 sur la région (incluant le CH de la Chartreuse). L'échéance de mise en œuvre sera la durée du SROS: 2015 pour les CHS de l'Yonne et de Sevrey en Saône et Loire, mais fin 2015 ou 2016 pour la Nièvre.

En outre, deux nouvelles unités d'addictologie de niveau 2 en Saône et Loire peuvent être reconnues.

Territoires de santé	Cible SROS 2012-2016 initial	Cible SROS révisé
Côte d'Or	13	14
Nièvre	9	10
Saône et Loire	14	15
Yonne	8	8 *
Total sur la région	44	48

* suite à la fermeture de la médecine de Villeneuve sur Yonne depuis le début du SROS, la cible du SROS révisé reste inchangée, à 8

IV – EVALUATION FINANCIERE

On constate que les recettes T2A en année pleine de l'unité de médecine à orientation addictologique déjà ouverte au centre hospitalier de la Chartreuse, à Dijon, s'élèvent en 2014 à 1 200 000 €.

Le rajout de trois implantations supplémentaires sur la région à Mâcon, Auxerre et Nevers devrait permettre d'atteindre 3 600 000 € en recettes T2A, compte tenu de la part d'activité estimée de chacun des sites psychiatriques bourguignons concernés.

Toutefois, là encore, il conviendrait de mettre en regard les dépenses évitées par l'assurance maladie pour l'avenir grâce à l'amélioration de la prise en charge des malades dans les unités d'addictologie.

Médecine - Hospitalisation à Domicile

SROS Bourgogne révisé

Le volet HAD du SROS révisé remplace dans sa totalité le volet HAD du SROS initial.

I - CHAMP ET PERIMETRE DE L'ACTIVITE

Extrait rapport IGAS : Hospitalisation à domicile, novembre 2010 :

« ... Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval de l'hospitalisation complète (en particulier du MCO) dont elle permet de raccourcir la durée. En fin d'HAD, la plupart des patients restent à domicile mais une part non négligeable d'entre eux est ré-hospitalisée. Les relations entre les prescripteurs hospitaliers jouent donc un rôle essentiel. Elles s'organisent de façon différente selon que l' HAD est rattachée à un établissement de santé ou non. En pratique, elles dépendent beaucoup des relations personnelles entretenues entre les médecins et les cadres infirmiers des deux structures, les critères d'admission étant vagues et généralement mal connus. Les médecins libéraux, quand à eux, sont désormais plus enclins à prescrire une HAD dont ils apprécient l'aide logistique et organisationnelle et qui permet d'éviter ou de retarder l'hospitalisation complète de leurs patients.

L'HAD intervient dans des champs variés, selon trois modèles de prise en charge. Elle peut, en premier lieu, apporter des soins ponctuels, en alternative ou en compléments au MCO.

L' HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Cette tendance devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement : outre le bien du malade, le maintien à domicile permet en effet d'éviter la désocialisation des personnes âgées et plus généralement des personnes fragiles.

L' HAD peut également contribuer à la coordination des différentes formes de prise en charge à domicile en apportant son expérience et son savoir faire (permanence des soins, coordination, protocolisation,...)... »



II - ANALYSE DES BESOINS ET DE L'OFFRE

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2012-2016	Bilan des actions réalisées
Réorganiser les lieux d'implantation des structures d'HAD	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser le dispositif actuel - Prévoir une organisation des structures HAD dont le rayon d'intervention ne dépasserait pas 30 km à partir d'un site référent ou d'une antenne afin de faciliter la prise en charge des patients - Prévoir en zones rurales la mise en place d'antennes HAD dépendantes de structures autorisées référentes
Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Associer les structures HAD autonomes à un établissement d'hospitalisation complète par voie de conventions - Améliorer le circuit du médicament en HAD - Développer le recours à la télé-médecine en HAD
Améliorer l'efficacité du dispositif HAD	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à un seuil critique d'activité minimum de 30 places - Prendre en charge les patients dans le cadre d'une filière de soins à domicile
Continuer à promouvoir la prise en charge en HAD	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser les règles de prescriptions auprès des professionnels, notamment auprès des médecins généralistes ou hospitaliers - Favoriser le recours à la prescription de soins en HAD dans les EHPAD pour éviter le recours à l'hospitalisation

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

En 2014 les structures autorisées pour l'HAD en Bourgogne ont réalisé : 74 357 journées.
Ce chiffre était de 64 379 en 2012

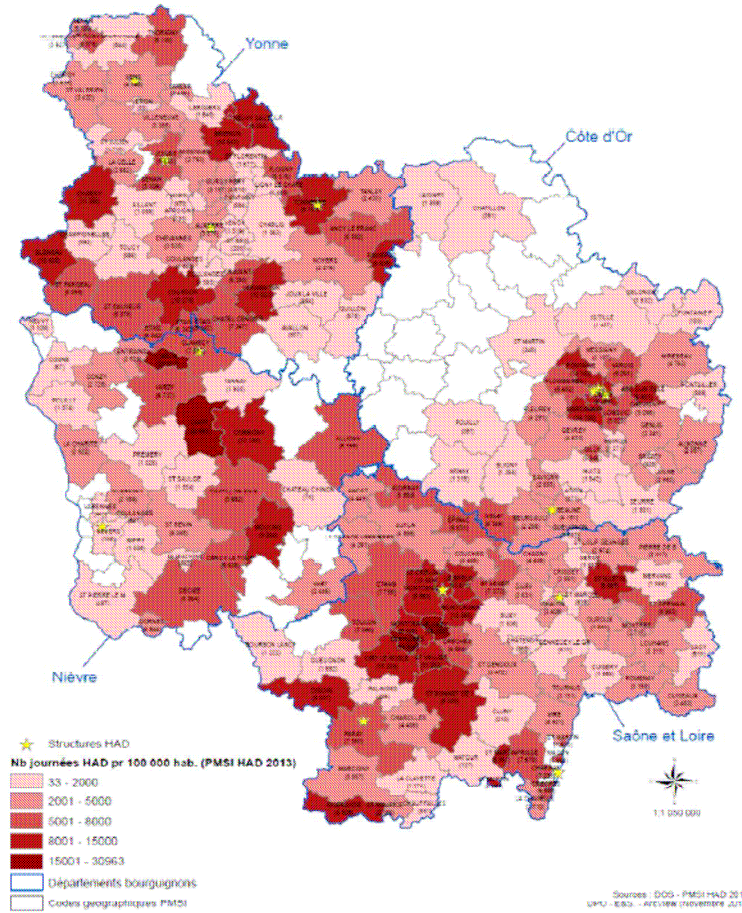
Principaux motifs de prise en charge en HAD

Les soins palliatifs	17,55 %
Retour précoce à domicile après accouchement	14,60 %
Pansements complexes	11,31 %
Prise en charge du nouveau-né à risque	9,22 %
Surveillance post chimio anticancéreuse	9,03 %
Traitement intraveineux	8,34 %
Post partum pathologique	5,73 %
Chimiothérapie anticancéreuse	5,38 %

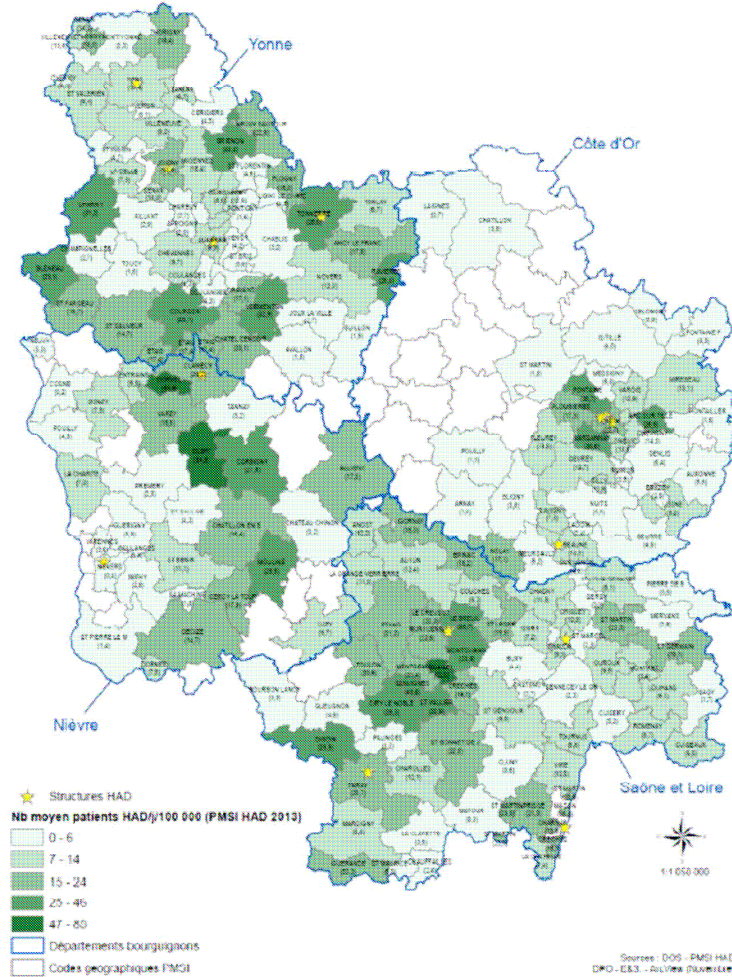
Modes d'entrée en HAD en % source ATIH mars 2014 :

Mutations court séjour	51,3
S / t Mutation transfert MCO et SSR	70,9
Mutations moyen séjour	0,6
Mutation long séjour	0
Mutation HAD	0
Transfert court séjour	18,2
T (ransfert moyen séjour	0,8
Transfert long séjour	0
Transfert HAD	0,3
Domicile	27,6
Structure hébergement médico social	0,8
SSIAD	0,3

Nb de journées HAD pour 100 000 habitants



Nb moyen de patients HAD par jour
 (pour 100 000 hab.)



Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Cote d'Or	4 autorisations mises en œuvre : CGFL, FEDOSAD, Bénigne Joly, CH Beaune 3 autorisations non mises en œuvre et caduques : CH Auxonne, CH Is sur Tille, CHI Chatillon Montbard
Nièvre	- 2 autorisations mises en œuvre : Croix Rouge de la Nièvre, CH Clamecy Renoncement du CH Nevers à poursuivre son activité HAD en 2012
Saône et Loire	- 5 autorisations mises en œuvre : GCS Nord 71, CH Chalon sur Saône, Hôpital Privé Sainte Marie, CH Macon, CH Paray le Monial
Yonne	- 4 autorisations mises en œuvre : CH Auxerre, CH Sens, CH Joigny, CH Tonnerre - Poursuite de l'activité HAD au CH Villeneuve sur Yonne (caduque) par convention avec le CH de Sens - 1 autorisation non mise en œuvre et caduque (CH Avallon)
Bourgogne	- 15 structures HAD autorisées mises en œuvre: - 4 non mises en œuvre et caduques

2.2.2 Analyse qualitative de l'offre

- malgré les progrès réalisés, de nombreux médecins (libéraux et hospitaliers) sont encore insuffisamment enclins à prescrire une hospitalisation en HAD.
- le maillage de la région en structures d'HAD est encore incomplet.
- plusieurs établissements peinent à mettre en œuvre cette activité de soins, relativisant l'aspect de couverture territoriale au vu des autorisations accordées.
- l'usage de la télémédecine reste à développer.
- plusieurs structures d'HAD ont été précédemment autorisées pour un dimensionnement inférieur à 20 lits. Le format recommandé est maintenant celui d'une activité « plancher » correspondant à une prise en charge journalière de 30 à 35 patients pour 100 000 habitants par structure autorisée.
- la continuité et la permanence des soins, notamment médicale, reposant sur le médecin généraliste, restent fragiles et souvent assurés par le médecin coordonnateur. Ce point est à conforter afin d'avoir un dispositif opérationnel 24h/24.
- le développement des interventions HAD en EHPAD reste à développer. Le chantier de l'intervention HAD en établissements sociaux et médico-sociaux reste à mettre en œuvre.
- le relai d'aval de l'HAD est souvent difficile à organiser.
- la population est en diminution dans certaines zones de Bourgogne, rendant l'habitat plus dispersé et augmentant les temps de distance et d'intervention. Afin de permettre un égal accès de la population, en

tous points du territoire à l' HAD, de nouvelles organisations doivent être mises en place notamment par la création d'antennes HAD et le développement des coopérations entre structures autorisées, réseaux de santé, maisons de santé, professionnels libéraux.

Les travaux actuels préfigurant le maillage du territoire en communautés hospitalière de territoire peuvent être le support de futures autorisations HAD à ressort territorial.

2.2.3 Evolution de la réglementation relative à l' HAD en 2013

2.2.3.1 La circulaire DGOS/R4/du 4 décembre 2013 relative au positionnement de l'hospitalisation à domicile

Objectifs principaux de la circulaire :

Viabilité des établissements HAD

- éviter les territoires d'intervention HAD à trop faible population,
- porter une attention particulière aux structures qui en dépit d'un potentiel significatif n'ont pu faire progresser le recours à l' HAD,
- taux régional plancher de recours à l' HAD de 30 à 35 patients/jour pour 100 000 habitants.

Responsabilité de l' HAD sur son territoire autorisé

- exclusivité territoriale sur leur zone de desserte autorisée,
- responsabilité accrue des structures autorisées en termes d'organisation de l'accessibilité à l'HAD,
- privilégier les extensions, les regroupements, les créations d'antennes plutôt que des autorisations supplémentaires.

Développement des prescriptions d' HAD

- travail auprès des prescripteurs d' HAD (libéraux, hospitaliers)
- identification des séjours d'hospitalisation complète pouvant être écourtés ou inadéquats
- positionnement direct des HAD en aval des services d'urgence
- développement de la télémédecine, télésurveillance, téléconsultation
- objectif de prescription HAD inscrit au CPOM (de 0,6 à 1,2 % des séjours MCO+SSR)
- forte association du médecin traitant à la prise en charge en HAD
- proposition de stage en HAD pour les internes

Diversification des modes de prise en charge

- compétence généraliste des HAD,
- développement des prises en charge spécialisées exigeantes (suites AVC, soins palliatifs, chimiothérapies),
- remise en cause des petites structures n'ayant pas développé cette activité,
- encourager les coopérations entre HAD et offres de soins spécialisées,
- attention particulière pour les prises en charge spécialisées en obstétrique.

Diversification des populations accueillies

Extension des prises en charge en HAD aux personnes accueillies en établissements d'hébergement social et médico-social :

- mise en œuvre de la circulaire 2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des HAD dans les établissements à caractère social et médico-social.

Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l' HAD

- améliorer la qualité du fonctionnement des établissements,
- garantir la continuité des soins :
 - capacité interventionnelle soignante jour et nuit,
 - recours à un avis médicalisé à tout moment,
 - prescription possible par le médecin coordonnateur si le médecin traitant en est dans l'impossibilité.

2.2.3.2 La circulaire 2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social et médico-social

Principaux objectifs de la circulaire :

- étendre le champ d'intervention des structures d'HAD aux établissements médico-sociaux avec hébergement,
- permettre l'accès aux soins des personnes âgées, handicapées et aux autres publics vulnérables,
- préserver la qualité de vie des personnes en établissements médico-sociaux en évitant toute déstabilisation liée à la rupture de l'accompagnement assuré au quotidien par les professionnels des établissements d'accueil,
- assurer la continuité des parcours de soins et de vie.

2.2.4 Accès des patients à l'hospitalisation à domicile en Bourgogne

La circulaire envisage une activité minimum de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants.

Pour une population d'environ 1,6 million d'habitants, et sur la base de 35 patients par jour, cette activité devrait être de 217 000 journées.

Au point 2.2.1 il est rappelé que l'activité 2013 était en Bourgogne de 74 357 journées.

Les cartes insérées au même paragraphe montrent globalement un très faible taux de couverture de la Bourgogne ainsi que plusieurs zones blanches où les patients n'ont pas accès à l' HAD.