

III - OBJECTIFS D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE – SROS Révisé

3.1 Objectif général n°1 : réorganiser les lieux d'implantations des structures d'HAD

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1</p> <p>Réorganiser le dispositif actuel des autorisations HAD en Bourgogne</p>	<p>Procéder à la fusion, au regroupement des autorisations actuelles, en tenant compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des autorisations reposant sur des bassins de population limités et à faible activité - des autorisations dont l'activité ne s'est pas développée en fonction des besoins de la population
<p>Objectif spécifique n°2</p> <p>Assurer le maillage du territoire en autorisant des structures mettant en place une organisation couvrant les besoins des zones déficitaires en Bourgogne</p>	<p>Répondre prioritairement aux besoins des zones suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partie nord de la Côte d'Or, - partie ouest de la Côte d'Or, - partie sud de l'Yonne, - zone du Morvan
<p>Objectif spécifique n°3</p> <p>Assurer le maillage du territoire en permettant à l'ensemble de la population d'accéder à une prise en charge</p>	<p>Mise en place par les structures autorisées d'une organisation reposant sur des antennes permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une déconcentration des autorisations HAD, - un recours aux professionnels libéraux locaux, - un appui sur les structures sanitaires et médico-sociales déjà existantes.

3.2 Objectif général n°2 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment au niveau de la continuité et de la permanence des soins

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1</p> <p>Assurer pour chaque patient en HAD la continuité des soins H 24</p>	<p>Chaque structure autorisée doit pouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantir la possibilité d'un avis médicalisé H24, - permettre le déplacement H24 d'un personnel soignant au domicile du patient dans un délai raisonnable.
<p>Objectif spécifique n° 2</p> <p>Assoir l'activité HAD sur la prise en charge d'un socle de prises en charge spécialisées « exigeantes »</p>	<p>Prendre en charge, pour les structures autorisées, à minima, les disciplines suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gériatrie, - soins palliatifs - suites d'accidents vasculaires cérébraux, - oncologie (chimiothérapie) - pédiatrie - développer l' HAD en post chirurgical - ne prendre en charge le post-partum que pour ce qu'il présente de pathologique
<p>Objectif spécifique n°3</p> <p>Eviter les hospitalisations inutiles des personnes âgées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre la prise en charge directe en HAD des personnes âgées arrivant en service d'urgence. - Mise en place de « zones tampon » ou d'observation adaptée aux personnes âgées dans les services d'urgence. - Favoriser le recours à l' HAD pour la prise en charge des patients en période de grand froid ou de canicule. - Intégrer la dimension HAD dans la mise en œuvre du dispositif PAERPA
<p>Objectif spécifique n°4</p> <p>Développer le recours à la télémédecine en HAD (ex: télésurveillance, téléconsultation) afin d'améliorer le suivi du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Généralisation de la surveillance des plaies - Développer la télésurveillance à domicile - Intégrer le volet HAD dans le projet expérimental « Territoire de soins numérique » validé en 2014 sur le territoire du nord de la Saône et Loire et étendre aux autres territoires après évaluation

3.3 Objectif général n°3 : améliorer l'efficacité du dispositif HAD

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1</p> <p>Pour les structures d'HAD, veiller à un seuil critique d'activité minimum de 35 patients pris en charge journalièrement, l'objectif étant d'atteindre une activité équivalente à 60 patients par jour à échéance 2018</p>	<p>Accorder les autorisations HAD aux projets posés sur un bassin minimum de 100 000 habitants et démontrant leur capacité à prendre en charge à minima 35 patients / jour.</p>
<p>Objectif spécifique n°2</p> <p>Prendre en charge les patients dans le cadre d'une filière de soins à domicile (services de soins infirmiers à domicile, libéraux, centres infirmiers, réseaux de santé,...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une convention type dans le cadre du comité régional HAD - Promouvoir la signature des conventions
<p>Objectif spécifique n°3</p> <p>Permettre un égal accès à l' HAD en zones rurales et zones urbaines</p>	<p>Accorder les autorisations HAD aux projets démontrant une capacité de couverture, sur un même territoire, de zones urbaines et rurales</p>
<p>Objectif spécifique n° 4</p> <p>Permettre un égal accès à l' HAD aux personnes hébergées en institutions sociales et médico sociales</p>	<p>Accorder les autorisations HAD aux projets démontrant une démarche de développement auprès des structures sociales et médico sociales (conventions, partenariats, etc.)</p> <p>Rédiger avec les professionnels de l' HAD un cahier des charges à l'attention des futurs porteurs de projet HAD</p>

3.4 .Objectif général n° 4 : continuer à promouvoir la prise en charge en HAD

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1</p> <p>Utiliser les CPOM comme levier de prescription en HAD</p>	<p>Inscrire au CPOM de chaque établissement sanitaire, et au cas par cas, un objectif de prescription d' HAD permettant de tripler l'activité HAD en Bourgogne à horizon 2018.</p>
<p>Objectif spécifique n°2</p> <p>Mettre en place une démarche d'incitation de la prescription HAD, de préférence en première intention, auprès des médecins libéraux et hospitaliers</p>	<p>Mettre en place une politique régionale d'action et de communication en partenariat avec l'URPS médecins et les hôpitaux de Bourgogne, ainsi qu'avec les autres URPS, notamment l'URPS infirmiers.</p> <p>Confier aux structures autorisées un rôle de promotion de l'HAD sur leur territoire d'intervention.</p>
<p>Objectif spécifique n°3</p> <p>Mettre en œuvre les dispositions de la circulaire DGOS 2013/107 du 18 mars 2013</p>	<p>Poursuivre le développement de l'HAD en EHPAD</p>
<p>Objectif spécifique n° 4</p> <p>Favoriser l'intervention des structures HAD en établissements sociaux et médicaux sociaux</p>	<p>Mise en œuvre de la circulaire 2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico social</p>
<p>Objectif spécifique n° 5</p> <p>Permettre aux HAD d'être lieu de stage et de formation des personnels médicaux et paramédicaux(IDE, AS...)</p>	<p>Organiser au sein des structures HAD la possibilité de stages à l'attention des médecins au cours de leur cursus</p> <p>Permettre aux médecins de réaliser un stage d'internat en structure d' HAD</p>

IV - OBJECTIFS DE REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS .

4.1 Nombre cible d'autorisations HAD - SROS révisé

A noter : une implantation HAD = une autorisation

Territoires de santé	Cible SROS 2012-2016	Autorisations mises en œuvre en 2014	Cible SROS révisé 2015-2016
Cote d'Or	7 ou 6	4	4
Nièvre	3	2	1
Saône et Loire	5	5	Nord S et L : 1 Sud S et L : 1
Yonne	5 ou 4	4	Nord Yonne : 1 Sud Yonne : 1
Bourgogne	20 ou 18	15	9

4.2 Objectifs chiffrés d'activité

La circulaire du 4 décembre 2013 détermine comme seuil plancher d'activité un nombre de 35 patients par jour pour 100 000 habitants.

L'ARS retient comme volume d'activité optimum un nombre de 60 patients pris en charge journalièrement par chaque structure autorisée (donnée validée par les professionnels HAD) à horizon 2018.

4.3 Accessibilité

Afin de permettre une couverture du territoire il est proposé que le fonctionnement de l'HAD repose sur des structures autorisées et sur des antennes, ce dispositif s'organisant comme une déconcentration de la structure autorisée sur un ou plusieurs sites de proximité ou plus éloignés.

Dans ce cadre, pour une antenne, les responsabilités administratives et logistiques restent du ressort de la structure autorisée, l'antenne ne se consacrant qu'à la dimension des soins à apporter aux patients.

Il appartiendra à chaque structure autorisée d'assurer de façon permanente la qualité des soins et l'accès à l'hospitalisation à domicile des patients en tout point du territoire qui sera lié à l'autorisation dont il sera bénéficiaire, notamment par la mise en place d'antennes HAD.

Le choix de la localisation des antennes HAD reste de la responsabilité des structures autorisées.

4.3.1 Accessibilité géographique

Principe	Description et modalités
Egal accès des patients à l' HAD en tous points du territoire	L'activité HAD étant fortement impactée par les déplacements des professionnels (distances, temps d'accès) la mise en place d'antennes HAD assurant la même qualité des soins aux patients devra être effective

V - INDICATEURS D'EVALUATION

5.1 Mise en place de l' HAD :

- Nombre de patients pris en charge en HAD par jour pour 100 000 habitants
- Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO + SSR)
- Taux brut de journées HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO, SSR)

5.2 Accessibilité à l' HAD :

- Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO, SSR)
- Part des séjours en HAD à partir du domicile
- Part de certaines prise en charge spécialisées dans l'activité HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)
- Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico sociaux
- Part des CPOM des établissements d'hospitalisation temps plein (MCO, SSR) comportant des objectifs de prescriptions d'HAD

5.3 Pertinence de l' HAD :

- Taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l' HAD sur la base des référentiels existants

VI - EVALUATION FINANCIERE

Le SROS révisé prévoit un objectif de 35 malades (chiffre de la circulaire HAD de décembre 2013) à 60 malades (objectif retenu dans le SROS révisé), par jour et pour 100 000 habitants. Les hypothèses financières sont donc appliquées à ces deux nombres, sur la base de la population de la Bourgogne, soit environ 1 600 000 habitants (16 x 100 000). Puis, dans un deuxième temps, est établie une comparaison entre les coûts de l'hospitalisation conventionnelle en médecine et ceux de l'HAD, pour déterminer les économies potentielles à venir que pourra entraîner cette révision du SROS.

Méthodologie de calcul

1 – détermination du nombre total de journées attendues :

Hypothèse basse (35 malades) : $35 \times 365 \times 16 = 204\,400$ journées

Hypothèse haute (60 malades) : $60 \times 365 \times 16 = 350\,400$ journées

Par comparaison, le nombre de journées effectivement réalisées en 2014 s'est élevé à 74 357.

2 – estimation de l'activité nouvelle attendue

Différence entre l'activité attendue et l'activité réalisée en 2014 :

Hypothèse basse (35 malades) : $204\,400 - 74\,357 = 130\,043$ journées nouvelles

Hypothèse haute (60 malades) : $350\,400 - 74\,357 = 276\,043$ journées nouvelles

3 – calcul de la dépense attendue du fait de ces journées supplémentaires

Le coût moyen d'une journée HAD est actuellement de **210 €**.

En appliquant ce coût moyen au nombre de journées supplémentaires attendues pour les deux hypothèses, on obtient :

Hypothèse basse : $130\,043 \text{ journées} \times 210 \text{ €} = 27\,090\,030 \text{ €}$

Hypothèse haute : $276\,043 \text{ journées} \times 210 \text{ €} = 57\,969\,030 \text{ €}$

4 – évaluation de la substitution de l'HAD à l'hospitalisation conventionnelle

Le recours à l'HAD est encouragé dans le cadre du plan triennal 2015-2017, ce qui doit se traduire par une diminution du nombre de séjours hospitaliers et une substitution par de l'hospitalisation à domicile. Si l'on applique un taux de conversion entre durée moyenne de séjour hospitalier et journée d'HAD, chaque séjour hospitalier (dont la durée moyenne est estimée à 5 jours), peut être remplacé par 5 à 10 journées d'HAD.

Le coût moyen d'un séjour hospitalier en médecine est actuellement de **2750 €** :

5 journées d'HAD coûtent : $210 \text{ €} \times 5 = 1050 \text{ €}$

10 journées d'HAD coûtent : $210 \text{ €} \times 10 = 2100 \text{ €}$

La conversion des séjours hospitaliers de médecine (sur la base de 5 journées) en séjours HAD donne le résultat suivant :

Hypothèse basse : $130\,043 \text{ journées nouvelles HAD} / 5 \text{ jours (hospit.complète)} = 26\,008$

Hypothèse haute : $276\,043 \text{ journées nouvelles HAD} / 5 \text{ jours (hospit.complète)} = 55\,209$

La conversion des séjours hospitaliers de médecine (sur la base de 10 journées) en séjours HAD donne le résultat suivant :

Hypothèse basse : $130\,043 \text{ journées nouvelles HAD} / 10 \text{ jours (hospitalisation)} = 13\,004$

Hypothèse haute : $276\,043 \text{ journées nouvelles HAD} / 10 \text{ jours (hospitalisation)} = 27\,604$

A partir de là, il est possible d'établir les économies réalisées en évitant des hospitalisations en médecine, plus coûteuses que l'HAD.

Le tableau suivant résume les économies potentielles en appliquant les nouvelles orientations du SROS HAD, dans les hypothèses basses (35 malades) et hautes (60 malades), en envisageant les cas d'un taux de conversion à 5 journées et à 10 journées, enfin, en supposant que la substitution de l'HAD à de l'hospitalisation en médecine ne s'appliquait pas toujours à 100 %, d'où le rajout d'une colonne comportant un taux de substitution de seulement 50 %.

	Dépenses HAD supplémentaires brutes (1)	Economies sur les séjours hospitaliers (taux de conversion hospit.complète /HAD avec 5 journées et 10 journées) (2)	Economies assurance maladie avec un taux de substitution de 100 % (1)-(2)	Economies assurance maladie avec un taux de substitution de 50 % $\frac{(1)-(2)}{2}$
Hypothèse basse (35 malades/jour)	27 090 030 €	71 522 000 € * (5 journées)	- 44 431 970 € (5 journées)	- 22 215 985 € (5 journées)
Hypothèse basse (35 malades/jour)		35 761 000 € ** (10 journées)	- 8 670 971 € (10 journées)	- 4 335 485 € (10 journées)
Hypothèse haute (60 malades/jour)	57 969 030 €	151 822 000 € (5 journées)	- 93 852 970 € (5 journées)	- 46 926 485 € (5 journées)
Hypothèse haute (60 malades/jour)		75 511 000 € (10 journées)	- 17 541 970 € (10 journées)	- 8 770 985 € (10 journées)

* Développement : 26 008 journées converties (5 jours) x 2750 € (coût moyen d'un séjour hospitalier) = 71 522 000 €

** Développement : 13 004 journées converties (10 jours) x 2750 € (coût moyen d'un séjour hospitalier) = 35 761 000 €

On constate que, même dans le cas de figure le plus défavorable (hypothèse basse + taux de conversion à 10 journées + taux de substitution à 50 %), on arrive au final à une économie de plus de 4,3 millions d'euros pour l'assurance maladie. La situation la plus favorable permettrait de réaliser plus de 22 millions d'euros d'économies sur les dépenses d'assurance maladie.

Soins de suite et de réadaptation

SROS Bourgogne révisé

Le document vient modifier et compléter le SROS initial en précisant le nombre d'implantations de mentions spécialisées de SSR sur les territoires. Il prévoit aussi le gel d'autorisations ou de mentions susceptibles de devenir disponibles suite à des opérations de restructuration.

L'objectif spécifique n°1 de l'objectif général n°2 du SROS initial est modifié.

De même, l'objectif spécifique n°1 de l'objectif général n°4 est modifié.

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

Objectifs réalisés :

- la filiarisation des internes

Le nombre d'internes à former est passé, pour les périodes de 2012 à 2016 et de 2013 à 2017 de 14 à 15 en MPR (médecine physique et de réadaptation).

- les terrains de stage dans le privé

3 terrains de stage ont été ouverts au niveau de la région, au :

- CRF Divio en Côte d'Or, en novembre 2011,
- CMPR Mardor en Saône et Loire, en novembre 2012,
- CRRF le Bourbonnais en Saône et Loire, à partir de novembre 2014.

- le déploiement de l'outil informatique Trajectoire

Une équipe, disposant d'un temps de médecin de MPR et d'un chef de projet, a été mise en place afin d'assurer au niveau de la région, le déploiement de cet outil. Celui-ci a débuté par la zone géographique de Mâcon, du fait de sa proximité avec Rhône Alpes qui utilise Trajectoire et oriente dans ce cadre des patients sur le CH de Mâcon.

Fin 2014, l'ensemble du territoire bourguignon devrait être couvert.

- les besoins en structures médicosociales

Ils constituent un des axes de travail du parcours neurologie.

II – ACTUALISATION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET OPERATIONNELS

Modifications de :

- l'objectif spécifique n°1 de l'objectif général n°2 (assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention) :
Mettre en œuvre les mentions de prise en charge spécialisée selon les tableaux d'implantation par territoire, figurant ci-après.
- l'objectif spécifique n°1 de l'objectif général n°4 (améliorer la prise en charge au sein des SSR) :
Maintenir les préconisations du précédent SROS SSR, notamment les 6 lits de SRPR au CHU et les unités EVC/EPR selon les modifications apportées ci-après.

III – TABLEAU DES IMPLANTATIONS MIS A JOUR

3.1 Les données démographiques

	Bourgogne	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	France
Population au 01.01.10 (recensement)	1 642 115	524 358	219 584	555 663	342 510	62 765 235
Population au 01.01.12* (estimation)	1 646 600	525 790	220 184	557 181	343 445	63 409 191
Indice de vieillissement de la population en 2012**	90,7	75,7	120,2	97,7	86,5	70,7

Source INSEE

* : résultats provisoires arrêtés fin 2012

** : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

3.2 Les taux d'équipement

Soins de suite et de réadaptation	Bourgogne	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	France métropolitaine
Hospitalisation complète						
Secteur public	1 305	377	204	465	259	40 890
Secteur privé	1 440	442	261	580	157	59 713
Total lits	2 745	819	465	1 045	416	100 603
Hospitalisation à temps partiel						
Secteur public	47	11	12	0	24	2 475
Secteur privé	131	81	10	40	0	6 609
Total places	178	92	22	40	24	9 084
Total lits et places	2 923	911	487	1 085	440	109 687
Taux d'équipement (lits et places)	1,8	1,7	2,2	1,9	1,3	1,7

Lits et places installés au 01/01/2013.

Sources : DREES-ARS-Données SAE 2012 déclarées par les établissements.

La Bourgogne présente un taux d'équipement supérieur à celui national. Ce taux est supérieur aux valeurs régionale et nationale dans la Nièvre et la Saône et Loire et inférieur à celles-ci dans l'Yonne.

Les places représentent 8,28 % des modalités d'hospitalisation au niveau national et 6,08 % en Bourgogne. La Côte d'Or dispose de plus de la moitié des places de la région.

3.3 Les besoins

Dans le cadre de la révision partielle du SROS, il est proposé d'examiner :

- les mentions appareil locomoteur et système nerveux uniquement, à partir d'un document intitulé « Activité des établissements SSR. Résultats de l'analyse en composante principale » élaboré par le Ministère, compte tenu des projets en cours au niveau régional (regroupement, transfert,...) devant aboutir dans la période restant à courir du schéma,
- la mention personne âgée, au regard des capacités atteintes à l'heure actuelle par les SSR disposant de cette mention (données disponibles dans les dossiers d'évaluation de mai/juin 2014) et des projections de population 2016 pour les personnes âgées de plus de 75 ans,
- la mention enfant/adolescent dans le cadre des différents projets en cours ou achevés au niveau de la région (transfert, regroupement, ...).

Pour les autres mentions de prise en charge spécialisée, il n'y a pas de changement.

Une mise à jour des données relatives aux unités EVC/EPR est également effectuée à partir des estimations de population au 1^{er} janvier 2012, auxquelles le taux de prévalence figurant dans la circulaire du 3 mai 2002, est appliqué.

3.31 La méthodologie

ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Afin d'évaluer les besoins au titre de l'activité de SSR (avec et sans mention, adultes et enfant/adolescent), tous les patients bourguignons ont été pris en compte dans la base PMSI SSR 2013, quel que soit le lieu de prise en charge, déterminant ainsi un nombre de journées et de venues en SSR,

pour la région et par département, converti respectivement en lits et en places, sur la base d'un taux d'occupation de 85% pour les lits et de 365 venues pour une place.

Les limites de cette approche par le PMSI SSR-2013 :

- une appréciation partielle des besoins, dans la mesure où on ne dispose pas d'informations sur les patients qui retournent à domicile à l'issue du séjour MCO alors qu'ils relèvent d'un SSR
- tous les séjours recensés ne correspondent pas forcément à un besoin de prise en charge en SSR (adéquation).

MENTION ENFANT/ADOLESCENT

L'article R6123-120 du code de santé publique précise :

« L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant :

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :

- les enfants de moins de 6 ans,
- les enfants de plus de 6 ans ou les adolescents. »

A partir de la base PMSI SSR 2013, une requête a été effectuée afin d'individualiser les enfants de moins de 6 ans (de 0 à 5 ans) et les enfants de plus de 6 ans ou les adolescents (de 6 à 17 ans, l'activité étant considérée par le Ministère comme pédiatrique, pour les patients de moins de 18 ans, dans sa lettre du 27 avril 2009).

Cette requête a permis l'identification d'un nombre de journées et de venues pour la région et par département pour ces 2 tranches d'âge, avec une répartition de celles-ci, selon le type d'autorisation de l'unité médicale de prise en charge (intitulé juridique de la structure d'accueil : SSR indifférencié, SSR avec mention ...).

MENTIONS DE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

o Les mentions appareil locomoteur et système nerveux

Le Ministère a édité comme indiqué ci-dessus, un document intitulé « Activité des établissements SSR. Résultats de l'analyse en composante principale ».

Ce document précise :

« Les domaines étudiés correspondent aux 10 prises en charge spécialisées réglementaires (8 par groupes de pathologies et 2 populationnelles).

Au sein de ces domaines, nous avons identifié des segments à partir de la liste des affections citées dans la circulaire du 3 octobre 2008.

Pour chaque segment nous avons recherché la liste des codes CIM10 (ou le GMD) permettant de le décrire. Au final l'ensemble des segments identifiables soit par un code CIM 10 soit par un GMD ont été étudiés. (...)

Les critères de sélection utilisant des codes CIM10 ont été recherchés uniquement parmi les variables du RHA décrivant la morbidité principale (finalité principale de prise en charge (FP), manifestation morbide principale (MMP) et affection étiologique (AE)). (...)

Lorsque le critère utilisé est un code CIM10, afin d'éviter une « double affectation » d'un RHA donné aux différents segments étudiés, l'information correspondant à la MMP est prioritaire par rapport à celle relative à l'AE. (...)

Il y a forcément des doublons entre les domaines correspondant aux pathologies (cardio, neuro...) et ceux correspondant à des populations (personnes âgées et pédiatrie). Ex : un insuffisant cardiaque de + de 75 ans sera pris en compte dans le segment insuffisances cardiaques ET dans le segment tot>75 ans ».

La mise en place d'un groupe de travail régional chargé d'examiner les codes ainsi retenus, de les valider ou de les compléter le cas échéant, constitue une étape dans la démarche d'évaluation des besoins, qui ne peut être réalisée dans le cas présent, au regard des délais contraints pour mener cette révision partielle, mais qui aurait tout son sens dans le cadre de l'élaboration du prochain PRS.

Néanmoins, compte tenu des projets en cours au niveau régional, qui concernent les mentions appareil locomoteur et système nerveux, il est proposé d'appliquer à celles-ci, la méthodologie adoptée par le Ministère. Ainsi, une requête a été effectuée dans la base PMSI SSR 2013, pour ces 2 domaines ou mentions, selon les critères de sélection déterminés par le Ministère :

- domaine appareil locomoteur

DOMAINE	SEGMENT	Critères de sélection	
		Code CIM 10/GMD	Age
LOCOMOTEUR	Lésions traumatiques multiples complexes ou compliquées	GMD 17A03 (Codes de la liste 1702 sans les codes commençant par « M »)	>=18
	Amputation	CMC 18	>=18
	Traumatologie du rachis	CIM S22/S23/S12/S13/S32/S33	>=18
	Scoliose	CIM M41*	>=18
	Affections musculaires et neuro-musculaires	CIM G70* à G73*	>=18
	Ostéochondrite-épiphysiolyse	CIM M42* – M91* à M93*	<18
	Scoliose	CIM M41*	<18

- domaine système nerveux

DOMAINE	SEGMENT	Critères de sélection	
		Code CIM 10/GMD	Age
NEUROLOGIE	Lésions cérébrales traumatiques	GMD 12A03	>=18
	Tétraplégies	GMD 12A01	>=18
	Paraplégies	GMD 12A04	>=18
	AVC	CIM I60* à 64*	>=18
	Maladies démyélinisantes du système nerveux central	CIM G35* à G37*	>=18
	Affections dégénératives systémiques affectant SNC	CIM G10* à G13*	>=18
	Affections musculaires et neuro-musculaires	CIM G70* à G73*	>=18
	Paralysie cérébrale	CIM G80*	>=18
	TC + tétraplégies + paraplégies + paralysie cérébrale	GMD 12E01, 12E03 et 12E04 / CIM G80*	<18
	Affections démyélinisantes et pathologies neuro-musculaires	CIM G10* à G13*/G35* à G37*/G70* à G73*	<18

Les limites de cette approche par le PMSI SSR-2013 :

- la qualité du codage : on peut estimer un risque d'erreur d'au moins 10 %
- l'appréciation partielle des besoins, dans la mesure où on ne dispose pas d'informations sur les patients qui retournent à domicile à l'issue du séjour MCO alors qu'ils relèvent d'un SSR avec mention. Les données constituent une hypothèse basse des besoins.

Cette étude pourrait être complétée par une requête identique dans le PMSI MCO afin de procéder à un chaînage des séjours, permettant de déterminer les patients qui intègrent un SSR et ceux pour lesquels ce n'est pas le cas, bien qu'ils en relèvent.

- **La mention personne âgée**

La circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR n'offre qu'une définition très large, puisqu'il est précisé que l'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR « gériatrique » est liée à la complexité de son état de santé se caractérisant par la fragilité, une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et/ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux.

Ainsi, lors de la révision du volet SSR du SROS pour la période 2009-2011, la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, a été utilisée pour définir le nombre d'implantations.

En effet, le PMSI ne permettait ni de faire la distinction entre SSR adultes et SSR avec mention « personne âgée », ni de différencier la lourdeur des patients et n'autorisait pas une évaluation des besoins (confirmé en cela par un message du ministère).

La définition d'une liste de pathologies pour lesquelles une prise en charge, en SSR avec mention « personne âgée » était nécessaire, n'était pas possible du fait de la notion de risque de décompensation.

La circulaire du 28 mars 2007 précisait dans son annexe V relative aux SSR pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, les critères en termes d'implantation géographique avec un minimum de 1000 journées et un maximum de 2600 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques. La valeur moyenne de cet intervalle, définie pour chaque territoire de santé, a été retenue, puis convertie en lits dont le nombre a été divisé par 30 (capacité minimale considérée comme efficiente).

Des mentions « personne âgée » figurant au bilan quantifié de l'offre de soins, il convient d'examiner si elles doivent ou non être maintenues au regard des capacités atteintes à l'heure actuelle par les SSR avec mention « personne âgée » (données disponibles dans les dossiers d'évaluation de mai/juin 2014) et des projections de population 2016 pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

LES UNITES EVC/EPR

La circulaire du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel précise qu'en l'état actuel des connaissances, la prévalence des personnes en EVC ou en EPR est estimée à 2,5 pour 100 000 habitants.

En s'appuyant sur les données épidémiologiques actuellement disponibles, il semble que l'on doive s'approcher de la constitution d'une telle unité pour tout bassin de population de 300 000 personnes. Il semble également indiqué qu'il y en ait au moins une par département.

Le cahier des charges prévoit une unité de 6 à 8 lits dans un service existant de SSR.

A noter, ces unités ne font pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique, mais d'une reconnaissance au sein du CPOM.

3.32 Les résultats

ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

SSR		Données PMSI 2013		Besoins PMSI 2013		Données SAE 2012		Existant 2014	
		Journées	Venues	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Côte d'Or	Total	256860	25336	828	70	819	92	888	115
	dont A :	253113	25103	816	69	-	-	888	115
	dont E :	3747	233	12	1	-	-	0	0
Nièvre	Total	163687	6634	528	19	465	22	492/520/598	27/32
	dont A :	161932	6444	522	18	-	-	492/520/598	27/32
	dont E :	1755	190	6	1	-	-	40/0	0
Saône et Loire	Total	364715	16419	1176	45	1045	40	1070	60/70
	dont A :	356983	16130	1 151	44	-	-	1070/1040	60
	dont E :	7732	289	25	1	-	-	0/30	0/10
Yonne	Total	181437	5060	585	14	416	24	461/551	42
	dont A :	177865	4914	573	13	-	-	461/551	42
	dont E :	3572	146	12	1	-	-	0	0
Bourgogne	Total	966699	53449	3116	147	2745	178	2911/3029/3107	244/259
	dont A :	949893	52591	3 062	144	-	-	2881/2999/3077	244/249
	dont E :	16806	858	54	3	-	-	30	10

A : adultes

E : enfant/adolescent de 0 à 17 ans (<18)

Existant : nombre de lits et de places selon les dossiers d'évaluation déposés en mai/juin 2014, dans le cadre du renouvellement des autorisations de SSR quand celui-ci est disponible, sinon recours notamment, aux données des visites de conformité.

40/0 : correspond à l'évolution du nombre de lits, ici en l'occurrence de 40 lits à 0.

A noter pour :

- La Nièvre, la capacité de 492 lits ne comporte pas celle de la MECS les Myosotis dont le transfert des 40 lits, de St Honoré les Bains sur Nevers, a été autorisé. Ceux-ci deviendront 40 lits de SSR polyvalents dans un nouvel établissement sur Nevers, suite à la suppression de la mention spécialisée dans la prise en charge des enfants. Il n'y a plus d'activité sur le site à l'heure actuelle. Par ailleurs, un autre établissement a présenté un projet d'extension de capacité de 28 lits de SSR, ce qui portera la capacité en lits pour le département à **520**. Enfin, un projet portant sur une cession d'autorisation, un transfert/regroupement de lits sur un lieu unique à Nevers (dont ceux des Myosotis), accompagnés d'une extension de capacité afin d'atteindre 90 lits, fait l'objet d'un examen de la CSOS du 23 janvier 2015. Ceci se traduira par une augmentation de capacité de 78 lits pour le département, soit un total de **598 lits**.
- La Saône et Loire, la capacité dévolue aux adultes sera amenée à diminuer au fur et à mesure de la mise en œuvre de la mention enfant/adolescent à la clinique du Chalonnais (30 lits).
- L'Yonne, la capacité de 461 lits ne comprend pas celle du Petit Pien dont l'activité a cessé et pour lequel il existe un projet de reconstruction d'une structure de 90 lits de SSR, d'où l'indication des **551 lits**.

Une évolution à la hausse des capacités est observée entre les données déclarées dans SAE 2012 et celles dans les dossiers d'évaluation de 2014, ce qui porte les taux d'équipements en lits et places pour 1000 habitants, en prenant en compte la population estimée au 1^{er} janvier 2012, aux valeurs suivantes par département :

- Côte d'Or : **1.9** (888 + 115 = 1003)
- Nièvre : **2.36** (492 + 27 = 519) à **2.86** (598 + 32 = 630)
- Saône et Loire : **2** (1070 + 70 = 1140)
- Yonne : **1.46** (461 + 42 = 503) à **1.73** (551 + 42 = 593)

Selon ces données, les besoins en hospitalisation complète (PMSI SSR 2013) ne sont pas couverts au niveau de la région, en ce qui concerne l'activité de SSR au regard de la valeur basse de l'intervalle, mais le seront au regard de la valeur supérieure, néanmoins des disparités territoriales sont notées.

Pour les enfants/adolescents

Dans les faits, il n'y a plus d'offre de soins déployée à l'heure actuelle, au niveau de la région.

En effet, dans la Nièvre, les 40 lits comme indiqué ci-dessus, ne seront plus dédiés à cette mention, suite à la demande de transfert de l'établissement de santé Les Myosotis sur le site de Nevers, s'accompagnant d'un abandon de celle-ci.

En Côte d'Or, la mention avec prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux n'a pas été mise en oeuvre.

En Saône et Loire, une mention de prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien a été accordée et devrait bientôt être installée.

Pour les adultes

Pour les besoins en SSR en hospitalisation complète, la même remarque que ci-dessus, peut être formulée. Des disparités territoriales sont notées, avec des besoins en lits :

- couverts, en Côte d'Or et dans la Nièvre
- non couverts, en Saône et Loire et dans l'Yonne.

Ainsi, il est proposé notamment dans le cas d'opération de regroupement ou lors d'une suspension d'activité concernant une autorisation de SSR, de geler celle-ci, pour la Côte d'Or et la Nièvre, jusqu'au prochain PRS.

MENTION ENFANT/ADOLESCENT

Données d'activité en SSR pour les enfants et les adolescents (PMSI SSR 2013)		Age	Type d'autorisation de l'unité médicale							Total
			Indifférencié	Appareil locomoteur	Système nerveux	Cardio vasculaire	Respiratoire	Digestif	Brûlés	
Côte d'Or	Journées	0-17	1328	196	176	-	268	1460	319	3747
		0-5	17	-	-	-	-	-	30	47
		6-17	1311	196	176	-	268	1460	289	3700
	Venues	0-17	42	134	29	21	3	-	4	233
		0-5	-	-	-	-	-	-	-	-
		6-17	42	134	29	21	3	-	4	233
Nièvre	Journées	0-17	220	224	330	-	280	489	212	1755
		0-5	42	-	5	-	-	-	59	106
		6-17	178	224	325	-	280	489	153	1649
	Venues	0-17	-	58	102	-	-	-	30	190
		0-5	-	11	12	-	-	-	19	42
		6-17	-	47	90	-	-	-	11	148
Saône et Loire	Journées	0-17	3390	745	1156	-	118	1818	505	7732
		0-5	845	25	148	-	-	-	251	1269
		6-17	2545	720	1008	-	118	1818	254	6463
	Venues	0-17	95	62	42	-	-	13	75	289
		0-5	-	4	7	-	-	-	43	54
		6-17	95	58	35	-	-	13	32	235
Yonne	Journées	0-17	791	686	861	-	504	634	6	3572
		0-5	336	-	53	-	36	-	-	425
		6-17	455	686	808	-	468	634	6	3147
	Venues	0-17	43	40	58	-	-	-	5	146
		0-5	21	13	12	-	-	-	3	49
		6-17	22	27	46	-	-	-	2	97
Bourgogne	Journées	0-17	5729	1851	2523	-	1170	4401	1042	16806
		0-5	1240	25	206	-	36	-	340	1847
		6-17	4489	1826	2317	-	1134	4401	702	14959
	Venues	0-17	180	294	231	21	3	13	114	858
		0-5	21	28	31	-	-	-	65	145
		6-17	159	266	200	21	3	13	49	713

Il convient de noter qu'il s'agit de patients hospitalisés dans un service disposant d'une mention (type d'autorisation de l'unité médicale) mais qui ne présentent pas forcément une pathologie relevant d'une mention.

Les besoins en hospitalisation complète au niveau régional, pour la mention enfants/adolescents sont de 55 lits dont 49 pour les enfants de 6 à 17 ans et 6 pour les enfants de moins de 6 ans, ce qui ne permet pas de dédier une unité ou des lits pour cette tranche d'âge.

Les besoins en lits pour les 6-17 ans sont de :

- 15 pour les SSR indifférenciés
- 14 pour l'appareil locomoteur et le système nerveux
- 15 pour le système digestif.

Pour les brûlés, la prise en charge est à favoriser en dehors de la région car l'activité ne permet pas la mise en place d'une unité d'une capacité suffisante autorisant l'atteinte d'un seuil critique.

Pour les affections pneumologiques, la prise en charge en ambulatoire est à favoriser comme indiqué dans le SROS.

Ces résultats amènent à proposer :

Le maintien de :

- la mention avec prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, à vocation régionale en Côte d'Or. Celle-ci fera l'objet d'une inscription au bilan quantifié de l'offre de soins pour l'activité de SSR, en Côte d'Or, dans la mesure où son renouvellement n'a pas été demandé par le titulaire de l'autorisation.
- la mention de prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, à vocation régionale et son transfert de Côte d'Or en Saône et Loire (avec inscription de l'HDJ), dans le cadre d'un projet devant assurer notamment, la vocation régionale de celle-ci.

La suppression de :

- la mention enfant/adolescent dans la Nièvre, suite à la demande de transfert des lits de la MECS Les Myosotis de St Honoré les Bains à Nevers accompagnée de l'abandon de la mention enfant/adolescent et au regard de l'activité réalisée. Cette mention n'avait été maintenue lors de la révision du SROS SSR 2009-2011 que dans le cadre du fonctionnement de cette MECS caractérisée par une prise en charge à orientation respiratoire, ouverte de façon temporaire sur l'année.

MENTIONS DE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

o Mentions appareil locomoteur et système nerveux adultes

			Appareil locomoteur	Système nerveux
Côte d'Or	Données PMSI 2013	Journées	15257	29195
		Venues	863	4185
	Besoins	Lits	50	95
		Places	3	12
	Existant	Lits	117/112	85
		Places	30	23
Nièvre	Données PMSI 2013	Journées	8863	17585
		Venues	430	1558
	Besoins	Lits	29	57
		Places	2	5
	Existant	Lits	43	46/66
		Places	4	13/18
Saône et Loire	Données PMSI 2013	Journées	21070	34618
		Venues	548	961
	Besoins	Lits	68	112
		Places	2	3
	Existant	Lits	146/126	96/106
		Places	25	10
Yonne	Données PMSI 2013	Journées	11603	21389
		Venues	979	417
	Besoins	Lits	38	69
		Places	3	2
	Existant	Lits	15	14
		Places	5	5
Bourgogne	Données PMSI 2013	Journées	56793	102787
		Venues	2820	7121
	Besoins	Lits	185	333
		Places	10	22
	Existant	Lits	296	271
		Places	64	56

Au regard de ces données, il apparaît en termes de capacités installées par rapport aux besoins :

- un excédent en lits et places sur la région, pour la mention appareil locomoteur hormis pour le département de l'Yonne
- un déficit en lits pour la mention système nerveux, essentiellement dans l'Yonne. L'écart est modéré en Côte d'Or et en Saône et Loire, et pourrait à terme, être couvert dans la Nièvre.

Les besoins en hospitalisation complète pour ces 2 mentions sont de 518 lits (185 + 333) avec toutes les réserves indiquées ci-dessus, pour un nombre de lits installés de 567 (296 + 271).

Ainsi, il est proposé :

- de réduire le déficit constaté pour la mention système nerveux, notamment par la «reconversion» de lits de la mention appareil locomoteur (sauf pour l'Yonne)
- de diminuer le nombre d'implantations pour la mention appareil locomoteur au niveau de la région, par la suppression de celles inscrites à l'heure actuelle au bilan quantifié de l'offre de soins ou qui le seront suite à des opérations de regroupement ou de transfert.

- Mention personne âgée

Les besoins au regard de la circulaire du 28 mars 2007 :

	Capacité de l'établissement en SSR pour la mention PA		Estimations besoins PA ≥ 75 ans								Mentions restantes au PRS	
	Lits	Places	Projection PA ≥ 75 ans		Nombre de journées selon circulaire*			Besoin en lits				
			2016	2021	1000 j	Moyenne	2600 j	1000 j	Moyenne	2600 j	HC	HDJ
Côte d'Or	325/372	9	51 495	53 787	51495	92691	133887	166	299	432	1	2
Nièvre	160/177	0	30 625	30 566	30625	55125	79625	99	178	257	0	1
Saône et Loire	282/312	0	68 510	70 056	68510	123318	178126	221	398	575	4	3
Yonne	216	5	39 283	39 711	39283	70709	102135	127	228	329	2	2
Bourgogne	983/1077	14	189913	194120	189913	341844	493774	612	1102	1592	7	8

325/372 : correspond à l'évolution du nombre de lits.

j : journées

* : valeurs calculées à partir des projections de population 2016 pour les personnes âgées de + de 75 ans.

Si on se fonde sur la valeur moyenne de l'intervalle comme indiqué ci-dessus, les besoins en lits sont couverts pour la Côte d'Or et la Nièvre.

Un déficit est noté pour la Saône et Loire où 4 implantations restent disponibles au bilan quantifié de l'offre de soins, soit une moyenne de 20 lits par implantation. Au regard des difficultés de mise en œuvre de la mention, notamment en termes de recrutement des professionnels de santé, l'option d'unités de plus de 20 lits, pourrait être privilégiée et conduire à l'inscription de 2 implantations en hospitalisation complète plutôt que le maintien des 4.

Ainsi, il est proposé en termes d'implantations :

Côte d'Or :

HC : 9 (sans changement)

HDJ : 4 (sans changement)

Au regard des dossiers en cours, il est proposé dans le cas où une implantation serait inscrite ultérieurement au bilan quantifié de l'offre de soins, le gel de celle-ci jusqu'au prochain PRS, l'objectif étant d'atteindre à terme de ce PRS, 8 implantations sur la Côte d'Or.

Nièvre :

HC : 5 (sans changement)

HDJ : 1 (sans changement)

Saône et Loire :

HC : 10 (12 dans le SROS actuel)

HDJ : 4 (sans changement)

Yonne :

HC : 6 (7 dans le SROS actuel)

HDJ : 3 (4 dans le SROS actuel)

LES UNITES EVC/EPR

Les unités existantes en 2014 :

- Côte d'Or : 2
CHIC Châtillon/Montbard
Centre de convalescence gériatrique de Fontaine-les-Dijon
- Saône et Loire : 1 au CH de Mâcon
- Yonne : 1 au CH d'Avallon.

Ainsi, par rapport aux préconisations du SROS restent disponibles en :

- Côte d'Or : 1 unité
- Nièvre : 1 unité
- Saône et Loire : 2 unités
- Yonne : 1 unité.

Les besoins au regard de la circulaire du 3 mai 2002

Département	Population*	Evaluation besoins circulaire 03.05.2002	Unités prévues au SROS PRS	Unités EVC/EPR			Propositions nombre d'unités révision SROS PRS	Disponibilités
				Existantes		Restantes au SROS PRS		
				Nbre	Capacités			
Côte d'Or	525790	14 (13,2)	3	2	18	1	2	0
Nièvre	220184	6 (5,5)	1	0	0	1	1	0**
Saône et Loire	557181	14 (13,93)	3	1	10	2	2	1
Yonne	343445	9 (8,6)	2	1	10	1	1	0
Bourgogne	1646600	42/43	9	4	38	5	6	1

* : Population au 1^{er} janvier 2012 (estimation de population)

** : projet présenté dans la Nièvre d'une unité EVC/EPR de 8 lits

3.3 Les propositions d'implantations

TERRITOIRE DE LA COTE D'OR

Etablissements disposant d'une autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR Adultes) :

- **sans mention (4) :** CH d'Is sur Tille, Jouvence Nutrition, Maison de Jouvence, La Fougère à Vitteaux
- **avec mention (10) :** CH de Beaune, CHIC Chatillon Montbard, CH d'Auxonne, CH de Saulieu. Sur l'agglomération dijonnaise : Clinique Bénigne Joly (BJ) site de Valmy, Centre de Convalescence Gériatrique (CCGF), Le Renouveau pour son Centre Marceau, CHU, Les Rosiers, Divio.

Activité de SSR	Modalités	Autorisations, mentions accordées	SROS révisé	Disponibilité au bilan quantifié de l'offre de soins lors de la révision
Les autorisations				
		14	14*	0*
Les mentions				
Enfant de plus de 6 ans ou adolescent avec mention appareil locomoteur et système nerveux	HC	CHU	1	0
	HDJ	0	0	0
Enfant de plus de 6 ans ou adolescent avec mention systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Appareil locomoteur	HC	CHU, Divio, Les Rosiers	3**	0
	HDJ	CHU, Divio, Les Rosiers	3**	0
Système nerveux	HC	CHU, Divio	2	0
	HDJ	CHU, Divio	2	0
Cardiovasculaire	HC	CHU, CHIC	2	0
	HDJ	Les Rosiers, CHIC	3	1
Respiratoire	HC	Les Rosiers	2	1
	HDJ	Les Rosiers	2	1
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	Bénigne Joly	1	0
	HDJ	Bénigne Joly	1	0
Oncohématologie	HC	0	1	1
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	Le Renouveau	1	0
	HDJ	Le Renouveau	1	0
Personne âgée	HC	CH Beaune (2), CHIC, BJ, CCGF, CH Auxonne, CH Saulieu, CHU	9**	1
	HDJ	CHIC, BJ	4	2

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

* : gel jusqu'au prochain PRS, de l'autorisation de SSR rendue disponible dans le cas d'opération de regroupement ou lors d'une suspension d'activité.

** : gel d'1 implantation jusqu'au prochain PRS, dans le cas d'une disponibilité au bilan quantifié de l'offre de soins, pour :

- la mention personne âgée,
- la mention appareil locomoteur

TERRITOIRE DE LA NIEVRE

Etablissements disposant d'une autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR Adultes) :

- **sans mention** (4 à 5) : CH de Decize, CH de Lormes, Polyclinique du Val de Loire à Nevers, Clinique du Morvan à Luzy, Les Myosotis
- **avec mention** (8 à 7) : CH de Nevers, Le Réconfort à Saizy, CH Henri Dunant à la Charité sur Loire, CH de Cosne sur Loire, CH de Château Chinon, Centre Médical La Venerie à Champlemy, CRF Pasori à Cosne sur Loire.

Activité de SSR	Modalités	Autorisations, mentions accordées	SROS révisé	Disponibilité au bilan quantifiée de l'offre de soins lors de la révision
Les autorisations				
		12	12*	0*
Les mentions				
Enfant/adolescent	HC	MECS	0	0
	HDJ	0	0	0
Appareil locomoteur	HC	CRF Pasori	1	0
	HDJ	CRF Pasori	1	0
Système nerveux	HC	CRF Pasori	1	0
	HDJ	CH Nevers, CRF Pasori	2	0
Cardiovasculaire	HC	0	0	0
	HDJ	CH Nevers	1	0
Respiratoire	HC	0	0	0
	HDJ	CH Nevers	1	0
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	0	1	1
	HDJ	0	0	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	CM La Venerie	1	0
	HDJ	0	1	1
Personne âgée	HC	CH Nevers, CH H Dunant CH Cosne sur Loire CH Château Chinon Le Réconfort	5	0
	HDJ	0	1	1

HC : hospitalisation complète HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

* : gel jusqu'au prochain PRS, de l'autorisation de SSR rendue disponible dans le cas d'opération de regroupement ou lors d'une suspension d'activité.

TERRITOIRE DE SAONE ET LOIRE

Etablissements disposant d'une autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR Adultes) :

- **sans mention (12) :** CH Autun, CH Montceau, CH de Toulon sur Arroux, Hôtel Dieu du Creusot, La Varenne, CH de Marcigny, CH de Tramayes, SAS Polyclinique du Val de Saône à Mâcon, CH de Bourbon Lancy, CH de Tournus, SAS La Roseraie à Hurigny, Clinique du Val de Seille à Louhans
- **avec mention (11) :** Clinique du Chalonnais à Châtenoy le Royal, CH de Chalon, CH de la Guiche, CH de Louhans, CMPR Mardor à Couches, Dracy le Fort, CH de Mâcon, CRRF Le Bourbonnais à Bourbon Lancy, CH de Cluny, CH de Charolles, CH de Paray le Monial

Activité de SSR	Modalités	Autorisations, mentions accordées	SROS révisé	Disponibilité au bilan quantifié de l'offre de soins lors de la révision
Les autorisations				
		23	23	0
Les mentions				
Enfant de plus de 6 ans ou adolescent avec mention systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	Clinique du Chalonnais	1	0
	HDJ	Clinique du Chalonnais	1	0
Appareil locomoteur	HC	Mardor, Dracy, CH Mâcon, CRRF le Bourbonnais	4*	0
	HDJ	Dracy, CH Mâcon, CRRF le Bourbonnais	3	0
Système nerveux	HC	Mardor, CH Mâcon, CRRF le Bourbonnais	3	0
	HDJ	Mardor, CH Mâcon, CRRF le Bourbonnais	3	0
Cardiovasculaire	HC	Mardor site de Couches	1	0
	HDJ	Mardor (Chalon et Le Creusot), CH Mâcon	3	0
Respiratoire	HC	Mardor site de Couches	1	0
	HDJ	Mardor (Chalon et Le Creusot), CH Mâcon	3	0
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	Clinique du Chalonnais	1	0
	HDJ	Clinique du Chalonnais	1	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Personne âgée	HC	CH Chalon, CH La Guiche, CH Louhans, Dracy, CH Mâcon, CH Cluny, CH Paray, CH Charolles	10*	2
	HDJ	CH Mâcon	4	3

HC : hospitalisation complète HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

* : gel jusqu'au prochain PRS, dans le cas d'une disponibilité au bilan quantifié de l'offre de soins, pour :

- la mention appareil locomoteur, d'une implantation,
- la mention personne âgée, dans la limite de deux implantations.

TERRITOIRE DE L'YONNE

Etablissements disposant d'une autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR Adultes) :

- **sans mention (5) :** Ste Colombe à St Denis, HL R. Bonnion à Villeneuve-sur-Yonne, CH Avallon, Le Petit Pien à Monéteau, la Polyclinique Ste Marguerite à Auxerre
- **avec mention (6) :** Centre Armançon à Migennes, CH de Joigny, Croix Rouge Migennes, CH de Sens, CH Auxerre, CH Tonnerre

Activité de SSR	Modalités	Autorisations, mentions accordées	SROS révisé	Disponibilité au bilan quantifié de l'offre de soins lors de la révision
Les autorisations				
		11	11	0
Les mentions				
Enfant/adolescent	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Appareil locomoteur	HC	CH Tonnerre	2	1
	HDJ	CH Tonnerre	2	1
Système nerveux	HC	CH Tonnerre	2	1
	HDJ	CH Tonnerre	2	1
Cardiovasculaire	HC	CH Joigny	1	0
	HDJ	CH Joigny	1	0
Respiratoire	HC	CH Joigny	1	0
	HDJ	CH Joigny	1	0
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	Centre Armançon	1	0
	HDJ	Centre Armançon	1	0
Personne âgée	HC	CH Joigny, Croix Rouge Migennes, CH Sens, CH Auxerre CH Tonnerre	6	1
	HDJ	Croix Rouge Migennes CH Auxerre	3	1

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

IV – EVALUATION FINANCIERE

En l'absence de nouvelles implantations, le SROS révisé est sans incidence.

Permanence des soins en établissements de santé

SROS Bourgogne révisé

Le document vient compléter ou préciser les orientations et les objectifs du schéma de la permanence des soins en établissements de santé (PDES).

Toutefois, les tableaux de l'organisation par territoire figurant en annexe 6 du SROS initial sont remplacés par les tableaux du SROS révisé ci-dessous, avec une évaluation du financement par le FIR de cette organisation, et constituent la nouvelle organisation de la PDES en Bourgogne.

I – POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA CIBLE PDSES 2011

Les tableaux ci-annexés détaillent l'état des lieux des lignes de PDSES, et leur conformité au schéma cible actuel.

Globalement, la plupart des permanences sur place ou astreintes retenues par le schéma cible sont en place.

Objectifs réalisés depuis 2011 en conformité avec le schéma cible :

- suppression d'astreintes de chirurgie et d'anesthésie en nuit profonde sur certains sites (2 cliniques privées assurant l'accueil des urgences sur Dijon et Auxerre, et le CH de Decize dans la Nièvre)
- suppression de l'astreinte scanner en nuit profonde sur le site privé d'urgences de l'agglomération dijonnaise
- suppression des astreintes de cardiologie en dehors des sites d'USIC
- création en Saône-et-Loire d'une astreinte supplémentaire en secteur privé au titre des soins psychiatriques sans consentement, conformément au schéma cible
- mise en place d'une astreinte de cardiologie interventionnelle au CH de Macon conformément à l'autorisation donnée

Objectifs non atteints :

- pas de mise en place des astreintes manquantes dans certains territoires (endoscopie digestive et ophtalmologie dans l'Yonne, endoscopie digestive en Saône-et-Loire, ORL pour le nord Saône-et-Loire, urologie dans la Nièvre)
Le Réseau des Urgences de Bourgogne a élaboré des protocoles d'appel à l'astreinte médicale pour délimiter les cas de recours en urgence dans certaines spécialités – endoscopie digestive, ORL, ophtalmologie –, des procédures d'appel sont arrêtées, il appartiendra ensuite à chaque FMIH (fédération médicale interhospitalière des urgences) d'organiser les astreintes correspondantes. Ce travail de structuration des astreintes spécialisées et des filières d'urgences, qui devra tenir compte de la situation de la démographie médicale en secteur public et libéral, sera un des objectifs des CHT (communautés hospitalières de territoire) en cours de constitution.
- l'astreinte d'ORL dans l'Yonne, qui était assurée par le CH de Sens, est à réorganiser avec le secteur libéral, pour l'ensemble du département, compte tenu du nouveau projet médical du CH de Sens

II - ACTUALISATION DES OBJECTIFS DU SCHEMA CIBLE POUR 2015-2016

I L'objectif est le regroupement des lignes de PDSES sur un CH de recours infrarégional par territoire de projet hospitalier, dans le cadre de la constitution des 6 communautés hospitalières de territoire (futurs GHT).

Les contraintes de la démographie médicale, ainsi que l'impact de l'arrêt du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation de la continuité et de la permanence des soins, qui intègre les astreintes dans le temps de travail médical, obligent à réorganiser la PDSES dans une logique territoriale, pour les disciplines suivantes : chirurgie, radiologie, biologie et pharmacie.

Cet objectif est par ailleurs cohérent avec le développement de l'activité ambulatoire en chirurgie et médecine.

La réorganisation de la PDSES selon ces principes fera partie de la feuille de route des CHT (futurs GHT), c'est un point qui devra être traité dans le projet médical partagé.

- 1) Les astreintes de chirurgie orthopédique et traumatologique sur les sites de 1^{er} niveau seront limitées, dans un premier temps, à la première partie de nuit (jusqu'à minuit), samedi après-midi, dimanche et jour férié : les urgences traumatologiques susceptibles de nécessiter une intervention en seconde partie de nuit devront être directement orientées par la régulation sur les sites de recours dans chaque territoire hospitalier, ou sur le CHU selon le cas. Cette restriction de la mission de PDSSES la nuit concerne les sites de Beaune, Semur, Autun, Montceau, Paray, Cosne.

A terme, dès que les GHT auront arrêté leur projet médical, ces astreintes seront regroupées intégralement sur le site de référence du GHT.

- 2) Les astreintes de chirurgie viscérale sont maintenues 24x24 sur les sites de 1^{er} niveau ayant une activité de gynécologie obstétrique, pour l'activité d'obstétrique.

- 3) Revoir l'organisation de la PDSSES en pharmacie, en limitant les astreintes aux sites de recours infrarégional et régional dans chaque territoire hospitalier.

En pratique, l'organisation actuelle de la permanence des soins en pharmacie hospitalière est variable selon les territoires bourguignons. Il ressort des éléments recueillis auprès de pharmaciens hospitaliers que l'activité est réelle en période d'astreinte sur les CH de recours : l'astreinte de pharmacie répond à de réels besoins dans le cadre de la PDSSES, la mise en place d'armoires d'urgence hors PUI ne pouvant totalement régler la diversité des cas dans ces établissements (variété des prescriptions, coût et courte durée de péremption de certaines molécules). Les PUI sont même amenés à répondre à des appels d'officines pour des traitements momentanément indisponibles.

En revanche, la rationalisation des astreintes pharmaceutiques est à organiser au niveau territorial.

Cette rationalisation est déjà en vigueur dans la Nièvre puisque seule l'astreinte de pharmacie du CHAN est retenue dans le schéma cible. Dans les autres départements, les astreintes de pharmacie sur les sites de Semur, Beaune, Châtillon, Montceau, Joigny, Tonnerre, ne seront plus reconnues au titre de la PDSSES, après réorganisation entre les établissements du territoire.

- 4) Organiser la PDS en radiologie dans le cadre de la mise en place de la plateforme régionale de télémagerie médicale, avec la participation de l'ensemble des radiologues hospitaliers et libéraux du territoire de façon à partager équitablement la charge de la permanence. Il conviendra de définir le mode de fonctionnement et le nombre de lignes de garde et d'astreinte nécessaires pour la région.

Dans l'attente, le schéma cible prend comme hypothèse une ligne de garde sur le site de recours régional et une astreinte par CHT sur les autres territoires hospitaliers.

Dans l'immédiat, les lignes d'astreinte actuelles sont maintenues.

- 5) Tenir compte de la réorganisation à venir de la biologie hospitalière pour définir les sites de PDSSES en biologie :

L'organisation des activités de biologie médicale va être affectée par la réforme résultant de l'ordonnance de janvier 2010 ratifiée par la loi 2013-442 du 30 mai 2013, qui impose notamment l'accréditation à 100% des activités des laboratoires de biologie médicale en 2020 (avec une étape cruciale d'accréditation obligatoire à 50% dès novembre 2016).

Compte tenu des seuils critiques d'activité pour être accrédités, des restructurations hospitalières et des coopérations sont nécessaires en vue de rationaliser l'activité, augmenter les volumes traités sur certains laboratoires, spécialiser d'autres sites ou supprimer l'activité de biologie de certains sites pour ne laisser que des examens de biologie médicale d'urgence.

Le futur schéma d'organisation de la biologie hospitalière aura des répercussions sur la PDES en biologie médicale. L'objectif du schéma cible est de limiter le nombre de lignes de permanence en regroupant la PDES sur le laboratoire du site de recours infrarégional du territoire, sauf impératifs particuliers liés à des examens spécifiques ou à l'éloignement de certains sites.

Dans l'immédiat, le nombre d'astreintes de biologie médicale spécialisée au CHU (6,5 actuellement) sera réduit à 5, en les limitant aux laboratoires les plus sollicités par la PDS : biochimie, bactériologie, hématologie, virologie, pharmacologie-toxicologie.

II Adapter le schéma cible à l'évolution de certaines activités déjà intervenue ou à certaines réorganisation de l'offre de soins

- 1) Actualiser les lignes de PDES au CHU en tenant compte des réorganisations intervenues :
 - permanence sur place à transformer en astreinte pour la néphrologie et la pneumologie
 - reconnaissance d'une astreinte régionale de chirurgie thoracique, existante depuis 2008, selon la justification apportée en termes d'activité : 25 à 30 % des interventions sont liées à l'urgence - en période de PDES sur 1 an, 271 déplacements, 43 interventions. Cette activité est susceptible de progresser avec le développement des transports hélicoportés. Des conventions ont été établies entre le CHU et les CH d'Auxerre et Nevers, à compléter par des conventions analogues avec les CH de Chalon, Macon, Sens
 - maintien d'une ligne d'astreinte de chirurgie de la main en raison des compétences particulières du CHU en matière de chirurgie de l'enfant
- 2) Ne conserver qu'une astreinte de pneumologie (endoscopie) au CHU au titre du recours régional pour notamment les corps étrangers bronchiques, ce qui revient à supprimer l'astreinte du CH d'Auxerre. A titre exceptionnel, en raison de l'éloignement du site de Nevers, l'astreinte spécialisée en pneumologie du CHAN est maintenue.
- 3) Supprimer du schéma cible de la PDES l'astreinte d'anesthésie-douleur du CGFL, qui ne participe pas au dispositif d'accueil des urgences : en revanche, celle d'oncologie est maintenue (en parallèle à l'astreinte d'hématologie au CHU).
- 4) Mettre en place 2 astreintes d'endoscopie digestive (territoire nord et territoire sud) en Saône-et-Loire, au lieu d'une seule pour le département selon le schéma cible initial, pour tenir compte de l'étendue du département et de l'organisation de l'offre de soins dans le cadre des projets de GHT sur le nord et le sud 71 : ces astreintes seront à organiser dans le cadre des GHT nord et sud 71.
- 5) Entériner l'existence de 2 astreintes d'urologie dans l'Yonne – Sens pour le territoire nord 89 et Auxerre pour le territoire sud 89 -, au lieu d'une seule pour le département initialement retenue dans le schéma cible, compte tenu de l'organisation en 2 territoires.
- 6) Tenir compte de la possibilité d'ouverture d'une activité de gynécologie-obstétrique sur le site de Decize, qui nécessitera de rétablir une astreinte de gynécologie-obstétrique, une astreinte de pédiatrie, et d'étendre à la nuit complète l'astreinte d'anesthésie.

III – SCHEMA CIBLE DE LA PDSES PAR TERRITOIRE ET ESTIMATION DU FINANCEMENT SUR LE FONDS D'INTERVENTION REGIONALE

Bases forfaitaires de financement sur le FIR à partir des forfaits d'indemnisation des médecins participant aux lignes de PDSES (ne tenant pas compte du temps de repos quotidien après une garde ou une astreinte). Les chiffres mentionnés correspondent à l'accompagnement financier de l'ARS sur le FIR au titre de la PDSES. Il ne s'agit pas du coût réel des lignes de permanence, une partie de celui-ci étant à la charge des établissements (sauf pour les cliniques privées pour lesquelles les CPAM règlent directement aux médecins les indemnités de garde ou d'astreinte).

Bases de calcul (idem 2014)
Garde en CH = 179 000 TTC
Garde en CHU = 230 750 TTC (1/3 hospitalo-universitaire 2/3 praticien hospitalier)
Astreinte secteur public = 73 000 TTC (0,5 = 36 500)
Garde secteur libéral = 105 600 (0,5 = 34 650) selon arrêté du 18 juin 2013
Astreinte secteur libéral = 69 300 indemnisation selon arrêté 18 juin 2013

FINANCEMENT FIR DU SCHEMA CIBLE PDSES en année pleine	18 659 750,00
A terme financement FIR si réorganisations PDSES mises en œuvre dans le cadre des GHT (et si autorisation maternité Decize non mise en œuvre)	18 298 450,00