



**Schéma régional d'organisation des soins
de PDSES
(permanence des soins en établissements
de santé)**

1 Champs et périmètre de la PDES

La loi du 21 juillet 2009 HPST qualifie la permanence des soins de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L 6112-1) et donne compétence au directeur général de l'ARS, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le CPOM est l'outil juridique pour contractualiser sur l'organisation de la PDES avec les établissements attributaires de cette mission pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales, dans le cadre de la région ou d'un territoire de santé.

Définition : La PDES, hors structures d'accueil des urgences financées par le forfait annuel urgences (FAU), est définie comme "l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié", et se distingue de la continuité des soins, des activités non programmées de jour, et de la PDS ambulatoire. Elle concerne le seul champ des activités MCO en aval des urgences (hors activités de greffe et HAD). Elle ne se confond pas avec les obligations de permanence médicale pour les activités réglementées, qui peuvent concerner principalement la continuité de la prise en charge, et sont rémunérées dans ce cas par les recettes liées à l'activité (GHS ou honoraires).

2 Analyse des besoins et de l'offre

L'annexe 1 du guide SROS- PRS précise :

1. Les spécialités réglementées, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers :
 - réanimation
 - gynécologie-obstétrique
 - néonatalogie
 - néphrologie et hémodialyse
 - chirurgie cardiaque
 - cardiologie interventionnelle
 - unités de soins intensifs en cardiologie
 - neurochirurgie
 - neuroradiologie interventionnelle
 - plateaux techniques spécialisés (chirurgie de la main).

2. Les activités réglementées non concernées par les obligations de permanence des soins : traitement du cancer, SSR, rééducation et RF, activités d'AMP et de DP, génétique

Seules les permanences médicales nécessaires pour assurer la PDES, selon la définition rappelée ci-dessus, sont à retenir dans le schéma cible théorique, qui mentionnera les lignes de permanence par spécialité, sous forme de permanence sur place ou d'astreinte, à organiser par territoire, par site ou au niveau régional.

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) doit être en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence. Dans ce cadre, la plupart des activités de chirurgie, ainsi que de biologie, et de radiologie (soit en interne à l'établissement de santé exerçant la médecine d'urgence, soit par accès à une structure libérale par convention) sont également concernées par le schéma de la PDES.

S'agissant des spécialités médicales, le SROS retient au titre de la PDES, en sus des spécialités réglementées rappelées ci-dessus, les filières et activités suivantes : la filière urgences neurovasculaires, la filière pédiatrique aigüe, la médecine générale, l'oncologie-hématologie, l'endoscopie digestive et l'endoscopie pneumologique.

Le répertoire opérationnel des ressources porté par le réseau des urgences considérera l'organisation de la PDES pour l'ensemble des structures pouvant accueillir des malades en aval des urgences.

2.1 Caractéristiques territoriales

Un état des lieux des lignes de PDES a été réalisé dans le cadre d'une enquête nationale que les établissements ont été invités à renseigner : ce recensement a été synthétisé par territoire et par spécialité retenus dans le cadre de cette enquête.

Ont été visés par l'enquête :

- les établissements publics et privés autorisés à exercer la médecine d'urgence, soit 21 établissements :
CH d'Autun, Hôtel Dieu Le Creusot, CH Montceau, CH Chalon, CH Paray le Monial, CH de Macon, CH de Sens, CH de Joigny, CH d'Auxerre, Polyclinique d'Auxerre, CH de Tonnerre, CH d'Avallon, CH de Clamecy, CH de Nevers, CH de Cosne sur Loire, CH de Decize, CHU de Dijon, Clinique de Chenove, CHIC de Chatillon Montbard (sur 2 sites), CH de Semur, CH de Beaune.
- les établissements reconnus comme plateaux techniques hautement spécialisés en chirurgie de la main et en cardiologie interventionnelle (cas de la clinique de Fontaine, établissement de santé ne disposant pas d'une autorisation d'exercice de la médecine d'urgence mais ayant passé convention avec un établissement de santé en disposant).
- les établissements privés ne disposant pas de SAU mais disposant d'une ligne d'astreinte reconnue au titre de la permanence des soins, soit dans le cadre d'une activité réglementée (clinique Ste-Marthe à Dijon pour l'activité de gynécologie-obstétrique, anesthésie maternité et néonatalogie, clinique du Nohain à Cosne pour l'activité de gynécologie-obstétrique), soit dans le cas de carence du secteur public (clinique du Nohain à Cosne et clinique du Parc à Autun pour la chirurgie et l'anesthésie).
- le centre de lutte contre le cancer en qualité d'établissement de recours régional dans l'activité de traitement du cancer.

Les tableaux détaillés en annexe présentent les lignes de permanence existantes : selon le cas la permanence est organisée en « permanence sur place » ou PSP, notamment pour les activités réglementées (signalées comme telles par un *), soit astreinte (astreinte opérationnelle ou AO ou astreinte de sécurité ou AS, selon le niveau de forfait appliqué). La distinction entre AO et AS n'existe pas dans les établissements privés.

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
21	<p>Des permanences sont organisées dans toutes les spécialités recensées, du fait du rôle de recours du CHU (et du CGFL, qui bien que n'ayant pas d'activité d'urgences, est un recours régional notamment pour l'oncologie et l'anesthésie-douleur)</p> <p>➢ Le rôle de recours régional du CHU s'exerce pour des spécialités qui pour la plupart sont soumises à une réglementation relative aux modalités obligatoires de permanence des soins : neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle (en accord avec le CHU de Besançon), réanimation pédiatrique, USI neurovasculaire, USI en néphrologie, chirurgie cardiaque. D'autres spécialités sont spécifiques au CHU : chirurgie infantile, odontologie, laboratoires de biologie spécialisés.</p>

	<p>A noter sur Dijon, du fait de l'existence de 2 sites d'accueil des urgences, de 2 maternités et de 2 USIC (secteur public et secteur privé), des permanences en doublon pour les activités de chirurgie, anesthésie et gynécologie obstétrique et cardiologie.</p> <p>➤ Les autres sites d'accueil des urgences sur le département (Beaune, Semur, Chatillon-Montbard) ont, selon les activités autorisées, des permanences organisées en cardiologie-USIC, gynécologie obstétrique, pédiatrie-néonatalogie, médecine générale, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, anesthésie, biologie, radiologie, pharmacie.</p>
58	<p>3 sites concernés par la PDES : le CHAN, le CH de Decize, la clinique du Nohain à Cosne (par convention avec le CH de Cosne, autorisé pour l'accueil des urgences, et n'ayant qu'une activité de médecine).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CHAN dispose de lignes de permanence pour toutes les spécialités correspondant à l'aval des urgences, sauf la neurologie et la chirurgie urologique (dans ces spécialités le CHAN ne dispose pas d'un temps suffisant de praticien). - Le CH de Decize a une activité de chirurgie fragile, du fait de l'effectif de praticiens, et assure la permanence en chirurgie et anesthésie par convention avec le CH de Moulins. - Le CH de Cosne n'assure plus de permanence en radiologie (qui fonctionnait auparavant avec des praticiens intérimaires), c'est la clinique qui assure cette mission dans le cadre d'une convention. Il existe donc une carence du secteur public à Cosne pour assurer la permanence dans cette spécialité, ainsi qu'en biologie (recours à un laboratoire privé).
71	<p>2 territoires hospitaliers, nord et sud, comportant au total 5 sites de recours infra-régional. Chaque site assure les permanences pour les activités en aval des urgences pour lesquels il est autorisé (suivant le cas réanimation, cardiologie-USIC, médecine, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, anesthésie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, radiologie, biologie et pharmacie).</p> <p>➤ Nord 71 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CH de Chalon dispose en outre d'astreintes spécialisées en hématologie, neurologie (UNV), néphrologie. A noter qu'il n'y a pas de ligne d'astreinte spécifique pour la médecine générale, les urgentistes assurant cette mission. - L'organisation de la PDES sur le GCS Montceau-le Creusot est directement liée à la répartition des activités entre les deux sites (actuellement 2 sites de SAU, de chirurgie, d'anesthésie, de médecine, et de radiologie, un site pour la gynécologie obstétrique et la pédiatrie) - Sur le site d'Autun la permanence est répartie entre le CH et la clinique, liés par une convention, suivant la répartition des activités entre les deux établissements (gynécologie obstétrique et pédiatrie au CH, chirurgie et anesthésie à la clinique) <p>➤ Sud 71 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CH de Macon ne dispose pas d'astreinte organisée en chirurgie urologique (la polyclinique du Val de Saône en revanche assure cette mission sans reconnaissance officielle jusqu'à présent), ni en ORL et ophtalmologie. Il dispose depuis le 1^{er} janvier 2011 d'une autorisation de cardiologie interventionnelle pour laquelle une astreinte doit être mise en place. - Le CH de Paray assure la permanence des activités en lien avec l'accueil des urgences (médecine, chirurgie, anesthésie, radiologie) <p>A noter que sur l'ensemble du département, il n'y a pas d'astreinte organisée en endoscopie digestive et en endoscopie pneumologique.</p>
89	<p>2 territoires hospitaliers, nord et sud, comportant 2 sites de recours infra-régional, Sens et Auxerre, assurant les permanences pour les activités en aval des urgences pour lesquels il est autorisé.</p> <p>Le site d'Auxerre est constitué du CH public et de la polyclinique Ste-Marguerite, autorisée</p>

	<p>pour l'accueil des urgences, et disposant donc d'astreintes organisées, en sus de celles du CH, en chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie digestive, anesthésie.</p> <p>La cardiologie interventionnelle est assurée par le CH d'Auxerre pour l'ensemble du département, ainsi que la permanence en endoscopie pneumologique.</p> <p>A noter qu'il n'existe pas de permanence les nuits de semaine sur les sites de recours pour l'activité d'endoscopie digestive (astreintes de week-end seulement, compte tenu des effectifs des CH de Sens et Auxerre). La polyclinique Ste-Marguerite déclare une astreinte non reconnue dans cette spécialité.</p> <p>Une carence est également constatée pour l'ophtalmologie et pour la neurologie : aucune astreinte organisée sur le département.</p> <p>Sur les autres CH de niveau 1 (Joigny au nord, Tonnerre et Avallon au sud), la PDES est liée à l'organisation de l'activité d'accueil des urgences (permanence en médecine, cardiologie - pour Joigny -, biologie, radiologie, pharmacie). A noter que l'activité de chirurgie et de radiologie du CH d'Avallon a cessé au 1^{er} juillet 2011, et donc l'astreinte à ce titre également.</p>
Total Bourgogne	Des conditions inégales d'un territoire à l'autre, on constate à la fois des doublons (liés aux sites d'accueil des urgences), et des carences du secteur public pour certaines spécialités importantes au titre de la PDES.

2.2 Principales caractéristiques de la démographie médicale

Principaux points de fragilité liés à un faible effectif médical en secteur public :

Territoires	Caractéristiques
21	Nord Côte d'Or : biologie, radiologie sur les sites de Semur et Chatillon-Montbard
58	Sur le CHAN : réanimation, radiologie, cardiologie Sur le CH de Decize : chirurgie Sur le CH de Decize : radiologie
71	Pour l'ensemble du département : gastro-entérologie, pneumologie, ORL, Pour le sud 71 : urologie, ophtalmologie
89	Pour l'ensemble du département : gastro-entérologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, radiologie Pour le sud 89 : urologie

1

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

Les enjeux généraux de cette organisation sont :

- Améliorer l'accès aux activités de soins autorisées, à l'échelon territorial le plus adapté, la nuit, le week-end et les jours fériés : faire évoluer l'organisation d'une approche par établissement à une approche territoriale ou régionale – assurer également l'accessibilité financière (tarifs en secteur 1)
- Améliorer la qualité de la prise en charge sur les plages horaires concernées, en sécurisant les parcours de soins non programmés : l'organisation de la PDES est complémentaire de celle du réseau des urgences et suppose la définition de filières spécialisées en aval des structures d'accueil des urgences, dans le cadre de la gradation des soins.
- Favoriser l'efficacité du dispositif, en optimisant la ressource médicale, et en maîtrisant le coût global de la PDES dans le cadre de la dotation MIG PDES régionale : il convient de définir le schéma en restant dans les limites de cette dotation. Ne seront rémunérés que les établissements qui seront attributaires de la mission de service public de PDES, par une dotation MIG destinée à

5 | 8

40000

financer le coût de l'indemnisation de la seule permanence des soins dans les dépenses liées aux lignes de garde et astreinte (hors structures de médecine d'urgence). Seront attributaires de façon prioritaire, les établissements assurant déjà la mission. Dans le cas de besoin non couvert ou partiellement couvert, l'ARS fera un appel à candidatures. Enfin, à titre exceptionnel, en cas d'absence de candidature, l'ARS pourra désigner unilatéralement l'établissement qui devra assurer la mission de PDSSES.

Les principes d'organisation découlant de ces objectifs sont les suivants :

1. Identifier les lignes de permanence sur place ou lignes d'astreinte, parmi celles existantes, qu'il est nécessaire de maintenir au titre des besoins de la PDSSES, telle que définie ci-dessus, sous réserve que les effectifs médicaux dans la spécialité permettent d'organiser réellement la permanence des soins.
2. Déterminer, au vu des chiffres d'activité pendant la période « de garde »,
 - dans quels cas il est justifié de maintenir ou de reconnaître deux lignes de permanence sur une même activité dans un territoire donné, et à l'inverse dans quels cas une astreinte unique, éventuellement mutualisée entre les secteurs public et libéral, suffit.
 - dans quel cas une astreinte complète peut être remplacée par une demi-astreinte de nuit, en 1^{ère} partie de nuit seulement, la PDSSES en nuit profonde (après minuit) étant recentrée sur le site de recours : cette question se pose en particulier sur les sites de recours infra-régional où le secteur public et le secteur privé assurent l'accueil des urgences, ainsi que sur certains sites de niveau 2.
3. Identifier les carences constatées dans certaines spécialités – soit astreinte incomplète, soit absence de toute forme de permanence des soins - et de prévoir l'instauration d'une ligne de permanence, qui donnera lieu à un appel à candidature auprès des établissements du territoire.
4. Mutualiser les ressources médicales disponibles pour tenir compte des problèmes de démographie médicale, qui nécessitent dans certaines spécialités :
 - d'impliquer l'ensemble des praticiens du territoire quel que soit leur mode d'exercice, salarié ou libéral, selon différentes modalités possibles : un établissement privé peut être attributaire de la mission de PDSSES, les médecins libéraux peuvent être associés à l'organisation territoriale de la PDSSES en participant à une permanence organisée sur le site d'un établissement public, (articles L6146-2 et L6161-9 du CSP et décret 2011-345 du 28 mars 2011). De même, le statut des praticiens hospitaliers permet d'intervenir soit sur plusieurs établissements publics dans le cadre d'une activité partagée, soit au sein d'un établissement de santé privé dans le cadre d'une mission de service public, par voie de convention.
 - de prendre en compte les possibilités de recours à la télémédecine, (téléconsultation, télétransmission, télésurveillance)

Objectif général n°1 : reconnaître les spécialités médicales pour lesquelles une permanence des soins doit être organisée en aval de l'accueil des urgences

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Arrêter la liste des spécialités pour lesquelles une permanence doit être organisée au titre des besoins de la PDSSES, en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence	Réseau régional des urgences doit définir les filières de prise en charge pour optimiser l'orientation des patients et les parcours de soins non programmés aux horaires de PDS
Définir l'implantation des lignes de permanence au sein de chaque territoire dans ces spécialités	Identifier les établissements publics et privés auxquels la mission de PDSSES sera attribuée, selon l'implantation des services d'urgence et des activités identifiées au titre de la PDSSES

Objectif général n°2 : optimiser l'organisation des lignes de PDES

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Supprimer les doublons existant dans certaines spécialités au niveau d'un même territoire, ou au niveau infra-territorial, pour mutualiser les ressources médicales rares	Reconnaître une seule ligne d'astreinte par territoire (ou éventuellement 2 lignes dans les territoires où existent deux sites de recours infrarégional) pour certaines spécialités chirurgicales - ORL, ophtalmologie, urologie - et médicale - endoscopie digestive, pneumologique Mutualiser les astreintes publiques et privées de la même spécialité sur certains sites
Restreindre à la première partie de nuit l'organisation des astreintes de chirurgie, anesthésie, radiologie, sur certains sites proches d'un autre point de permanence des soins dans la même spécialité, sauf s'il est démontré que le niveau d'activité justifie le maintien d'une astreinte complète	Formaliser les coopérations pour une mutualisation des astreintes en seconde partie de nuit dans les territoires où coexistent des sites proches de PDES dans la même spécialité

Objectif général n°3 : mutualiser les ressources médicales du secteur public et du secteur privé pour combler les carences constatées dans l'organisation de la PDES

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Faire participer le secteur libéral à la PDES dans les spécialités où les effectifs médicaux sont rares en secteur public : radiologie, urologie, endoscopie digestive, ORL, ophtalmologie, biologie	Négociations public-privé à mener dans chaque territoire avec les professionnels de chaque spécialité concernée Lier les autorisations d'activité et d'équipement à un engagement à participer à la PDES Inscrire les obligations de PDES dans les CPOM
Formaliser les coopérations entre établissements pour l'organisation de la PDES au sein de chaque territoire	Convention constitutive du réseau régional des urgences, fédérations médicales hospitalières pour le secteur public, GCS, conventions entre établissements publics, privés et cabinets libéraux organisant la participation des praticiens à la PDES

5.4 Organisation détaillée par territoire de santé

Les tableaux ci-annexés présentent l'état des lieux par territoire, spécialité et établissement, ainsi que le schéma cible retenu, en fonction des orientations définies dans la présente note.

4 Chiffrage financier

L'ensemble des lignes de permanence retenues dans le schéma cible de PDES est financé dans le cadre de l'enveloppe limitative MIG PDES qui couvre les secteurs public et privé.

5 Dispositif d'évaluation de la PDSSES

Le dispositif d'évaluation du schéma de la PDSSES repose en partie sur l'impact des restructurations des activités dont l'exercice a été repéré comme particulièrement vulnérable, dans le cadre de l'organisation de l'activité d'urgences et du SROS des activités spécialisées en aval des urgences.

Indicateurs de suivi de la mise en œuvre

Reconnaissance dans le cadre des CPOM des lignes de « permanence sur place » et d'astreinte par territoire et par spécialité participant à la PDSSES

Mise en place des lignes d'astreinte non existantes à ce jour et dont le besoin est reconnu

Coopérations formalisées pour l'organisation de la PDSSES

6 Annexe

Tableaux de l'organisation de la PDSSES par territoire



Soins de suite et de réadaptation

1 Champ et périmètre de l'activité

Deux décrets et une circulaire publiés en 2008 ont structuré cette activité de soins. Ils ont abrogé les notions de rééducation et réadaptation fonctionnelles (RRF) et de soins de suite en définissant la nouvelle activité sous l'appellation «soins de suite et de réadaptation».

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée ou renouvelée que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

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

- 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 (enfants de moins de six ans, enfants de plus de six ans ou adolescents)
- si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :
 - affections de l'appareil locomoteur
 - affections du système nerveux
 - affections cardio-vasculaires
 - affections respiratoires
 - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 - affections onco-hématologiques
 - affections des brûlés
 - affections liées aux conduites addictives
 - affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

o Les grands principes de ces textes

- une admission directe
- une évaluation des besoins médicaux avant toute admission
- la mise en place de coordination territoriale de l'offre de soins en SSR (rapprochement fonctionnel du court séjour et du SSR, rôle d'animation du réseau), et de conventions (avec le court séjour, les soins de longue durée, les SSR, le médicosocial...)
- l'inscription dans les réseaux (notamment celui des urgences)
- une mission d'expertise et de recours des établissements autorisés en SSR avec mention(s) spécialisée(s) (auprès d'autres établissements de santé dont les SSR et les établissements médicosociaux)
- **des conditions techniques générales**
 - une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins les compétences de médecin, d'infirmier, d'assistant de service social
 - la désignation d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs
 - la permanence médicale et paramédicale des soins avec un IDE présent 24H/24 sur le site

- **des conditions techniques par spécialité portant sur**
 - la qualification des médecins
 - la composition de l'équipe pluridisciplinaire
 - l'offre de prise en charge en termes de pratiques thérapeutiques proposées par l'établissement
- **Les cas particuliers**

Les prises en charge spécialisées non listées dans le décret

La circulaire du 3 octobre 2008 indique : « les prises en charge spécialisées en SSR sont de fait plus nombreuses que celles qui sont réglementées, comme par exemple les SSR spécialisés pour la basse vision. Ces activités ne faisant pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique devront être prises en compte en tant que de besoin dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés par les établissements autorisés, pour une bonne mise en œuvre dans le cadre des SROS ».

Les maisons d'enfants à caractère sanitaire

La circulaire du 3 octobre 2008 précise qu'elles ont été reconnues comme des établissements de santé exerçant une activité de SSR par l'ordonnance du 4 septembre 2003. De ce fait, les décrets abrogent les dispositions actuelles particulières aux MECS (à l'exception des conditions d'agrément des directeurs de MECS) et leur appliquent les dispositions communes aux structures de SSR pour enfants et adolescents.

La psychiatrie

Les établissements de soins de suite ayant donné une orientation de psychiatrie à leur activité pourront opter entre une orientation SSR et une orientation psychiatrie. Pour les établissements relevant des articles D.6124-420 à D.6124-430 (ex-annexe 19), cela entrainera un basculement sur l'ex-annexe 23 (articles D.6124-463 à D.6124-477).

- **La gestion du risque en matière de SSR**

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale 2011, de nouvelles modalités de mise sous accord préalable ont été définies. Leur suivi est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque qui déclinera précisément les objectifs en matière d'amélioration de la pertinence du recours au SSR, afin de mieux utiliser les ressources.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Le volet SSR du SROS révisé pour la période 2009-2011

2.11 Les préconisations

- **Générales**

Compte tenu des pathologies précisées dans les textes relatifs aux prises en charge spécialisées, de l'équipe pluridisciplinaire nécessaire, de la technicité du plateau technique, d'un seuil minimum d'activité requis, de la situation défavorable de la démographie de certains professionnels de santé, les prises en charge spécialisées sont proposées au niveau :

- territorial, voire interterritorial, pour les affections cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique, endocrinien, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, liées aux conduites addictives,
- régional voire interrégional, pour l'oncohématologie, les affections des enfants et des adolescents,

- interrégional pour les brûlés,
- de proximité pour les affections de la personne âgée.

Pour les SSR adultes, la prise en charge relève d'un niveau de proximité.

L'articulation de l'offre de SSR avec l'offre médicosociale, notamment pour les SSR adultes, les SSR avec mention « système nerveux », « conduites addictives », « personne âgée » doit être intensifiée.

Dans le cadre de la coordination territoriale

Les propositions ci-dessous pourraient en relever :

- assurer la sensibilisation, l'information des prescripteurs sur la définition et le fonctionnement des SSR
- sensibiliser les patients au fonctionnement des SSR (notamment quant à la durée du séjour)
- inciter le court séjour à préparer dès l'entrée, la sortie du patient en SSR, afin d'éviter la précipitation à la fin du séjour, celle-ci étant en partie liée à un objectif de DMS la plus courte possible, biais de la T2A qui s'applique au court séjour. Ceci peut conduire, dans certains cas, à la transmission de données cliniques, relatives au patient, non exhaustives, au service de SSR
- utiliser de façon systématique un support d'information commun à toute la région (fiche navette entre le court séjour et le SSR) permettant de fixer des objectifs de soins en SSR et de planifier la sortie du court séjour.

Dans le cadre du rôle d'expertise et de recours

Le rôle de recours et d'expertise des structures disposant d'une mention spécialisée peut se faire, via :

- l'équipe mobile en milieu urbain (lien avec le court séjour et le médicosocial),
- l'intervention du personnel de rééducation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes,...) et la réalisation de consultations dans les SSR adultes, les SSR disposant d'une autre mention spécialisée ou dans les structures médico-sociales.

Evaluation

L'évaluation des besoins devra être organisée afin de pouvoir disposer :

- d'un recueil systématique de données à intégrer dans les outils dont disposent les établissements, comme par exemple un item sur l'orientation en SSR à l'issue d'un séjour en MCO avec le type de prise en charge répondant aux besoins du patient, au niveau du PMSI MCO
- d'une gestion centralisée des listes d'attente
- d'une information centralisée des lits disponibles avec leur « orientation » ou spécialisation (notamment dans le cadre d'un système d'information régionalisé).

o Les SSR adultes

Le PMSI SSR 2007 (base consommation) dénombre 775 123 journées pour des patients bourguignons quel que soit le lieu de réalisation de ces séjours.

Selon les données SAE 2007 qui correspondent à la production des établissements de SSR, 804 686 journées sont réalisées pour les 2505 lits avec un taux d'occupation de 91 % et 30 819 venues pour les 81 places.

Compte tenu du vieillissement de la population et des données visées ci-dessus, la capacité n'apparaît pas excédentaire, il n'y a donc pas lieu de modifier les moyens.

La circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie prévoit qu'une structure de SSR dispose au minimum de 15 à 20 lits et celle du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, une capacité minimum de 20 lits. Le seuil d'efficience se situerait autour de 30 lits, mais ceci est à affiner.

Pour la région, 6 établissements ont moins de 20 lits, ce qui peut paraître insuffisant au regard de ces textes. Il convient d'accompagner la réflexion de ces établissements quant au devenir de ces SSR (qui doivent remplir les conditions minimales de fonctionnement prescrites par les textes), pour la période restante du SROS 2006-2011.

Il convient de renforcer les structures de SSR adultes en personnel médical et paramédical, afin de permettre :

- la prise en charge de personnes dépendantes ou présentant des pathologies chroniques
- la mise en œuvre d'un plan de traitement, proposé par un établissement disposant d'une mention de prise en charge spécialisée en SSR, dans le cadre de son rôle de recours et d'expertise.

Les cas particuliers non soumis à autorisation :

Les unités EVC/EPR

Elles ne font pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique au sens des décrets. Il est proposé le maintien des préconisations du volet SSR du SROS 2006-2011 en ce qui concerne les unités EVC/EPR au sein de SSR adultes, si possible à proximité des structures assurant une prise en charge en SSR avec mention « système nerveux » ou dans le cadre d'une convention avec ce type de structure.

Les soins palliatifs

Ils ne relèvent pas d'une mention réglementaire spécifique de SSR, néanmoins il est proposé de conserver la possibilité d'identifier des lits de soins palliatifs au sein de SSR adultes.

Basse vision/Laryngectomisés

Ces activités développées au niveau de la région, ne font pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique et devront être prises en compte en tant que de besoin dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Psychiatrie

La circulaire du 3 octobre 2008 précise que les établissements ayant donné une orientation de psychiatrie à leur activité pourront opter entre une orientation en SSR et une orientation psychiatrie. Il appartient aux établissements concernés de se positionner par rapport aux dispositions de cette circulaire.

○ **La prise en charge des enfants et des adolescents**

Il convient d'améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents au niveau de la région par la mise en œuvre de 2 implantations à vocation régionale sur le site pivot du territoire n° 6 : une avec mention « appareil locomoteur et système nerveux » et une avec mention « systèmes digestif, métabolique, endocrinien ».

Pour les affections pneumologiques, la prise en charge en ambulatoire est à favoriser.

○ **Les affections de l'appareil locomoteur**

Compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale/paramédicale, de la nécessaire pluridisciplinarité des équipes et de leurs effectifs, de la technicité du plateau technique, du seuil d'activité requis, le maintien des structures existantes avec un renforcement des alternatives à l'hospitalisation, afin de répondre aux besoins de la population, est acté.

Il convient également :

- de renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical
- de maintenir la prise en charge des sepsis ostéoarticulaires notamment au CHU dans la mesure où il y a un accès facile à l'avis d'un infectiologue.

o **Les affections du système nerveux**

Compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale/paramédicale, de la pluridisciplinarité des équipes, des effectifs nécessaires, de la technicité du plateau technique, du seuil d'activité requis, le renforcement des structures existantes, afin de répondre aux besoins de la population, est proposé, accompagné d'un développement de la prise en charge en hôpital de jour.

Il convient également :

- de renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical.
- de développer pour chaque établissement disposant d'une activité de SSR avec mention « système nerveux », des complémentarités avec d'autres établissements de son territoire, afin de mettre en place une filière de prise en charge graduée des patients.
- d'améliorer et de renforcer la prise en charge en SSR avec mention « système nerveux » des patients les plus lourds, (traumatisés crâniens/médullaires, trachéotomisés), notamment par la création de 6 lits de post-réanimation neurologique au CHU de Dijon et de formaliser le partenariat avec les services d'urgence.
- d'améliorer la prise en charge des AVC et des pathologies neurologiques chroniques au sein de chaque territoire.
- d'améliorer l'organisation de la filière en renforçant le lien avec l'aval, le médico-social, par le biais :
 - d'équipes mobiles, selon un mode d'organisation identique à celui des équipes mobiles de gériatrie
 - de la prise en compte par le sanitaire de la partie réinsertion (aides techniques, aménagement du domicile)
 - d'un renforcement des contacts avec la MDPH
- d'améliorer le fonctionnement des réseaux de neurologie en intégrant notamment les acteurs de la filière d'aval, (le médicosocial) et en favorisant leur coordination voire leur fusion.
- de favoriser l'ouverture de structures médicosociales, notamment pour l'accueil de sujets jeunes lourdement handicapés.

o **Les affections cardiovasculaires**

Compte tenu des contraintes en personnel (pluridisciplinarité, effectif, situation défavorable de la démographie des professionnels de santé...), du seuil d'activité requis, ce type de rééducation a une vocation, en terme d'implantation, au minimum territoriale et pourrait à terme être adossé à des établissements de santé disposant de cardiologues voire de soins intensifs cardiologiques. Il est proposé déjà, de **conforter les structures existantes.**

Il convient de :

- développer au sein des structures de SSR avec mention « cardiovasculaires », la rééducation pour insuffisants cardiaques chroniques en hospitalisation de jour, en collaboration avec les unités d'éducation thérapeutique des insuffisants cardiaques, des services de cardiologie du territoire de santé.
- poursuivre le développement de la réadaptation des cardiopathies ischémiques et valvulaires au sein des SSR avec mention « cardiovasculaires », dans le cadre d'une filière coordonnée avec les USIC et les services de chirurgie cardiovasculaire.

o **Les affections respiratoires**

L'efficacité de la réhabilitation respiratoire chez le patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est démontrée en termes d'amélioration de la qualité de vie, de la dyspnée, de la tolérance à l'effort.

La filière de rééducation respiratoire en suite de chirurgie thoracique est insuffisante, ainsi l'offre de soins est à étayer.

Il convient de :

- renforcer la filière de prise en charge en rééducation respiratoire que ce soit pour les patients en suite de chirurgie thoracique, les affections pneumologiques chroniques ou les enfants et les adolescents souffrant de mucoviscidose.
 - développer l'hospitalisation de jour dans le cadre de la prise en charge des patients en SSR avec mention « respiratoires ».
- **Les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien**

Compte tenu des limites du PMSI, des besoins a priori surévalués, des résultats des enquêtes de besoins effectuées respectivement en août 2008 et en janvier 2009 et des entretiens avec les équipes de territoire, il est proposé, dans un premier temps, 1 implantation en hospitalisation complète sur 3 territoires de santé.

Les implantations à vocation interterritoriales devraient assurer la prise en charge des nutriments entéraux, parentéraux de courte durée, des obésités sévères (IMC>35), des stomies, des patients diabétiques (ped diabétique)....

L'implantation à vocation régionale devrait assurer la prise en charge des nutriments parentéraux supérieures à 3 mois, des obésités morbides (IMC>40), des dénutritions sévères, des troubles du comportement alimentaire des enfants et des adolescents.....

Compte tenu des personnels médicaux obligatoires et recommandés figurant dans le décret du 17 avril 2008 et la circulaire du 3 octobre 2008, il convient de proposer ces implantations en lien avec les sites pivots.

- **L'oncohématologie**

Au vu des moyens nécessaires, les SSR doivent être adossés aux centres de référence (CHU) et travailler en étroite collaboration avec eux.

Ainsi, compte tenu du nombre de patients concernés, des moyens nécessaires et de la compétence médicale requise, il apparaît selon les professionnels contactés et/ou rencontré qu'une implantation à vocation interrégionale avec la Franche Comté en lien avec les 2 CHU, serait la plus adaptée, surtout au regard des coopérations qui existent déjà entre les services d'hématologie des deux CHU et du principe de leur rapprochement. Ceci devrait faciliter le recrutement des praticiens qui pourraient partager leur temps entre cette structure et leur CHU de rattachement.

A défaut, une implantation à vocation régionale sur le site pivot du territoire n°6, Côte d'Or est proposée.

- **La prise en charge des brûlés**

La méthodologie utilisée pour extraire les données du PMSI est la même que celle retenue pour le SIOS Grand

Est. Il convient de noter que plusieurs séjours peuvent correspondre à 1 patient.

Compte tenu des données du PMSI SSR 2007, des recommandations de la circulaire, (pluridisciplinarité des équipes, effectifs nécessaires...), des filières de prise en charge qui existent et qui sont bien structurées, il n'y a pas lieu de proposer d'implantation en Bourgogne pour la prise en charge en SSR des brûlés, les établissements de rééducation restant bien évidemment prêts à prendre en charge des patients en 2^{ème} intention après la phase aiguë de rééducation.

- **Les conduites addictives**

En cohérence avec le schéma régional d'addictologie de Bourgogne, il convient :

- d'organiser l'amont et l'aval en individualisant les structures réalisant le sevrage et en formalisant leurs relations avec les établissements de SSR, par des conventions,
 - d'organiser la sortie du patient en lien avec les CSAPA,
 - d'informer les médecins généralistes sur les structures existantes,
 - d'assurer le rôle de recours et d'expertise sous la forme de consultations, d'intervention de personnel dans les SSR adultes, les SSR ayant une autre mention spécialisée et en lien avec les CSAPA pour le médicosocial.
- **La prise en charge de la personne âgée**

Dans la base PMSI MCO 2007, (base consommation, pour les patients bourguignons ayant ou non une prise en charge en Bourgogne), 61,4% des séjours suivis de mutation ou de transfert en SSR correspondent à des patients âgés de plus de 75 ans.

Cependant parmi ces séjours, le PMSI ne permet pas de distinguer les séjours nécessitant un SSR adultes ou un SSR avec mention, notamment « personne âgée », « appareil locomoteur » ou « système nerveux ».

Ainsi, il est proposé d'utiliser à défaut, les critères d'implantation géographique en SSR qui figurent dans la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, pour apprécier le besoin en lits par territoire, à partir des projections de populations 2012 pour les personnes âgées de 75 ans et plus (Insee 2004, scénario tendanciel).

Il convient :

- d'articuler les SSR avec mention « personne âgée » avec les autres structures de la filière gériatrique selon des modalités à inscrire dans la convention constitutive de la filière,
- d'articuler l'offre de SSR avec l'offre médicosociale (notamment les CLIC dans le cadre du guichet unique),
- de renforcer les structures de SSR en personnel médical et paramédical,
- de développer et de structurer les équipes mobiles de gériatrie dans leurs missions d'évaluation et d'orientation pour les personnes âgées qui le nécessitent, avant leur admission en SSR,
- d'améliorer le rôle d'expertise et de recours des SSR avec mention « personne âgée », dans le cadre de leurs compétences rééducatives, par le développement de l'HDJ,
- de permettre aux sites référents identifiés et/ou préconisés dans le volet relatif à la prise en charge des personnes âgées du SROS 2006-2011, de disposer d'une unité de SSR avec mention « personne âgée » en hospitalisation complète et en HDJ.

2.12 Les autorisations/implantations

Pour rappel, l'activité de SSR est construite sur un tronc commun, obligatoire, l'autorisation en soins de suite et de réadaptation, qui peut être suffisant à l'exercice de cette activité de soins (correspond aux SSR adultes non spécialisés).

L'autorisation de **SSR mentionne**, le cas échéant si l'établissement :

- prend en charge des enfants ou des adolescents à titre exclusif ou non
- assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs catégories d'affections : appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaires,....

L'implantation désigne le lieu géographique de réalisation de l'activité. L'entité juridique reçoit donc une seule autorisation même si elle comporte plusieurs sites.

Bilan des autorisations accordées en juillet 2010, par territoire de santé
Territoire de la Côte d'Or

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

- Sans mention : HL d'Is sur Tille, Nutrition Jouvence, Maison de Jouvence, La Fougère à Vitteaux
- Avec mention : CH de Beaune, CHIC Chatillon Montbard, HL d'Auxonne, de Saulieu. Sur l'agglomération dijonnaise : Clinique Bénigne Joly (BJ), Centre de Convalescence Gériatrique (CCGF), Le Renouveau, CHU, Les Rosiers, Divio.

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Ecart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		15	14	1
Mention				
Enfant/Ado	HC	1 A.Loc/NeuroSP 1 Digestif SP	CHU 0	0 1 sur le SP
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	3 SP	CHU, Divio, Les Rosiers	0
	HDJ	3 SP	CHU, Divio, Les Rosiers	0
Système nerveux	HC	2 SP	CHU, Divio	0
	HDJ	2 SP	CHU, Divio	0
Cardiovasculaire	HC	2 dont 1 SP	CHU, CHIC	0
	HDJ	2 dont 1 SP	Les Rosiers	1 en DH du SP
Respiratoire	HC	2 dont 1 SP	0	2 dont 1 SP
	HDJ	2 dont 1 SP	Les Rosiers	1 en DH du SP
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	1 SP	0	1 SP
	HDJ	0		0
Oncohématologie	HC	1 SP	0	1 SP
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	1	Le Renouveau	0
	HDJ	1	Le Renouveau	0
Personne âgée	HC	9 dont 3 SP	CH Beaune (2), CHIC, BJ, CCGF, HL Auxonne, HL Saulieu, CHU	1 en DH du SP
	HDJ	4 dont 2 SP	CHIC, BJ	2 dont 1 SP

 HC : hospitalisation complète
 DH : dehors

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

Territoire de la Nièvre

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

- Sans mention : CH de Decize, HL de Lormes, Polyclinique du Val de Loire à Nevers, Clinique du Morvan à Luzy,
- Avec mention : 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, MECS des Myosotis.

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Ecart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		12	12	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	1	MECS Myosotis	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	2 dont 1 SP	CRF Pasori	1 sur le SP
	HDJ	2 dont 1 SP	CRF Pasori	1 sur le SP
Système nerveux	HC	1	CRF Pasori	0
	HDJ	2 dont 1 SP	CH Nevers, CRF Pasori	0
Cardiovasculaire	HC	0	0	0
	HDJ	1 SP	CH Nevers	0
Respiratoire	HC	0	0	0
	HDJ	1	CH Nevers	0
Digestif, métabolique, endocrino	HC	1	0	1
	HDJ	0	0	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	1	CM La Venerie	0
	HDJ	1	0	1
Personne âgée	HC	5 dont 1 SP	CH Nevers, CH H Dunant CH Cosne sur Loire CH Château Chinon Le Reconfort	0
	HDJ	1	0	1

 HC : hospitalisation complète
 DH : dehors

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

Territoire de Saône et Loire :

Etablissements disposant d'une autorisation d'activité de SSR (SSR Adultes) :

- Sans mention : CH Autun, CH Montceau, HL de Toulon sur Arroux, Le Creusot, La Varenne, Châtenoy le Royal, HL de Marcigny, HL de Tramayes, SAS Polyclinique du Val de Saône à Mâcon, CH de Bourbon Lancy, HL de Tournus, SAS La Roseraie à Hurigny
- Avec mention : Clinique du Val de Seille à Louhans, CH de Chalon, HL de la Guiche, HL de Louhans, CMPR Mardor à Couches, Dracy le Fort, CH de Mâcon, CRF Le Bourbonnais à Bourbon Lancy, HL de Cluny, CH de Charolles, CH de Paray le Monial

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Ecart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		23	23	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	4	Mardor, Dracy, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
	HDJ	3	Dracy, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
Système nerveux	HC	3	Mardor, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
	HDJ	3	Mardor, CH Mâcon, CRF le Bourbonnais	0
Cardiovasculaire	HC	1	Mardor site de Couches	0
	HDJ	3 dont 2 SP	Mardor (Chalon et Montceau), CH Mâcon	0
Respiratoire	HC	1	Mardor site de Couches	0
	HDJ	3 dont 2 SP	Mardor (Chalon et Montceau), CH Mâcon	0
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	1	Val de Seille	0
	HDJ	0		0
Oncohématologie	HC	0		0
	HDJ	0		0
Conduites addictives	HC	0		0
	HDJ	0		0
Personnes âgées	HC	12 dont 3 SP	CH Chalon, HL La Guiche, HL Louhans, Dracy, CH Mâcon, HL Cluny, CH Paray, CH Charolles	4 en DH du SP
	HDJ	4	CH Mâcon	3

HC : hospitalisation complète

HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour

SP : site pivot

DH : dehors

Territoire de l'Yonne :

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

- Sans mention : 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 : Centre Armençon à Migennes, CH de Joigny, Croix Rouge Migennes, CH de Sens, CH Auxerre, CH Tonnerre

Activité		SROS	Autorisations délivrées	Ecart
Demande d'autorisation de SSR (Adultes)		11	11	0
Mention				
Enfant/Ado	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
App. Loc	HC	1	CH Tonnerre	0
	HDJ	1	CH Tonnerre	0
Système nerveux	HC	1	CH Tonnerre	0
	HDJ	1	CH Tonnerre	0
Cardiovasculaire	HC	1	CH Joigny	0
	HDJ	1	CH Joigny	0
Respiratoire	HC	1	CH Joigny	0
	HDJ	1	CH Joigny	0
Digestif, métabolique, endocrinien	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Oncohématologie	HC	0	0	0
	HDJ	0	0	0
Conduites addictives	HC	1	Centre Armençon	0
	HDJ	1	Centre Armençon	0
Personnes âgées	HC	7 dont 2 SP	CH Joigny, Croix Rouge Migennes, CH Sens, CH Auxerre, CH Tonnerre	2 en DH du SP
	HDJ	4	Croix Rouge Migennes, CH Auxerre	2

HC : hospitalisation complète HDJ : hospitalisation à temps partiel de jour SP : site pivot DH : dehors

Au total, sur la région 60 établissements disposent donc d'une autorisation en SSR, dont 35 assurent une ou plusieurs mentions et parmi ces derniers, 18 établissements n'assurent que la mention « personnes âgées ».

Bilan à l'issue de la procédure de 2010

Autorisation de soins de suite et de réadaptation

En Côte d'Or, 14 autorisations de SSR sur 15 prévues par le SROS en Côte d'Or ont été attribuées.

Mentions

Des mentions n'ont pas été accordées (6 mentions et 10 implantations en Côte d'Or, 4 mentions et 5 implantations dans la Nièvre, 1 mention et 7 implantations en Saône-et-Loire, 1 mention et 4 implantations dans l'Yonne), leur répartition est la suivante :

- Côte d'Or

Enfant/ado : 1 implantation en hospitalisation complète en Digestif sur le site pivot, à vocation régionale

Cardiovasculaire : 1 implantation en hospitalisation de jour en dehors du site pivot

Respiratoire : 2 implantations en hospitalisation complète dont 1 sur le site pivot
1 implantation en hospitalisation de jour en dehors du site pivot

Digestif : 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot, à vocation régionale

Oncohématologie : 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot, à vocation régionale

Personne âgée : 1 implantation en hospitalisation complète en dehors du site pivot
2 implantations en hospitalisation de jour dont 1 sur le site pivot.

- Nièvre

Appareil Locomoteur : 1 implantation en hospitalisation complète sur le site pivot
1 implantation en hospitalisation de jour sur le site pivot

Digestif : 1 implantation en hospitalisation complète

Conduites addictives : 1 implantation en hospitalisation de jour

Personne âgée : 1 implantation en hospitalisation de jour.

- Saône et Loire

Personne âgée : 4 implantations en hospitalisation complète en dehors du site pivot
3 implantations en hospitalisation de jour.

- Yonne

Personne âgée : 2 implantations en hospitalisation complète en dehors du site pivot
2 implantations en hospitalisation de jour

Restent également à installer :

- les 6 lits de SRPR (soins de rééducation post-réanimation) au CHU
- 5 unités EVC/EPR supplémentaires :
 - Côte d'Or : 1 unité
 - Nièvre : 1 unité
 - Saône et Loire : 2 unités
 - Yonne : 1 unité.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins
2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins
Taux de recours SSR 2009, bruts et standardisés pour 10 000 habitants, tous modes d'hospitalisation

	Journées	Taux de recours brut	Taux de recours standardisé
Côte d'Or	255 362	4875.1	4771.7
Nièvre	164 076	7420.7	5493.2
Saône et Loire	306 956	5537.7	4566.5
Yonne	176 145	5126.7	4431
Bourgogne	902 539	5493.9	4728.3

Le taux de recours SSR 2009 national est de 5278,9, supérieur au taux régional.

La Nièvre a un taux supérieur à celui national.

La Côte d'Or a un taux inférieur à celui national, mais supérieur à celui régional.

La Saône et Loire et l'Yonne ont des taux inférieurs à la valeur régionale et nationale.

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

D'après les données SAE 2008/2009, on observe une augmentation du nombre de :

- journées de 2.99% : 826 969 en 2008 (TO de 90.59%) et 851 713 en 2009 (TO : 90.7%)
- venues de 21.4% : 32 944 en 2008 et 39 995 en 2009
- lits et places de 21% : 2 688 en 2008 et 2 745 en 2009.

La circulaire du 3 octobre 2008 précise : "Le secteur du SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ MCO au profit de prises en charge de plus en plus techniques."

En Bourgogne, du fait du vieillissement de la population qui s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et au regard des données visées ci-dessus marquant l'inscription de cette activité dans la tendance relevée au niveau national, le recours aux SSR sera maintenu voire amplifié.

Les taux de recours sont donnés toutes CMC (catégories majeures cliniques) confondues mais également par CMC. Les CMC ne recouvrant pas les mêmes définitions que les mentions fixées par le décret du 17 avril 2008 visé ci-dessus, la superposition de celles-ci ne peut se faire, il n'est donc pas possible d'identifier des besoins par mention à partir de l'étude de ces taux de recours.

Par ailleurs, lors de la révision du volet SSR du SROS pour la période 2009-2011, les points ci-dessous avaient déjà été relevés concernant les limites de l'étude des besoins, à partir du PMSI :

Pour le PMSI MCO

- Il s'agit d'une approche quantitative et non qualitative.
- Cette approche peut, soit :
 - sous estimer les besoins, en effet certains patients sortent directement à domicile ou sont transférés dans un autre service MCO, faute de place dans un service de soins de suite et de réadaptation adapté à leur pathologie.
 - surestimer les besoins, car tous les patients ne nécessitent pas une prise en charge spécialisée en SSR.

Pour le PMSI SSR

- L'exhaustivité des bases est de 86,67%. En 2007, sur les 60 établissements de Bourgogne, 55 ont transmis leur base, 3 ont transmis des bases incomplètes.
- Actuellement, il n'existe aucune méthodologie de validation externe de la qualité des données transmises. La seule référence est le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés (BP 1997/5 bis).
- L'unité d'étude est le séjour et non le patient ou la pathologie. Le chaînage des séjours d'un même patient est encore imparfait.
- Les catégories majeures cliniques regroupent des situations cliniques très variables et ne permettent pas de distinguer les besoins pour des prises en charge spécialisées en SSR.
- Les données sont quantitatives et ne préjugent en rien de l'adéquation entre la consommation et les besoins réels de la population bourguignonne.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Les données SAE 2009 en termes d'équipement en soins de suite et de réadaptation

	Population (INSEE 2006)	Lits et places installés en SSR	Taux d'équipement	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
				Journées	Taux d'occupation	Places	Venues
Côte d'Or	517168	866 (777+89*)	1.67	253946	91.33	89	23360
Nièvre	222220	474 (454+20*)	2.13	149364	91.78	20	7314

Saône et Loire	549361	918 (893+25*)	1.67	292430	90.08	25	5706
Yonne	340088	487 (482+5*)	1.43	155973	89.86	5	3615
Bourgogne	1 628 837	2 745 (2606+139*)	1.68	851713	90.7	139	39995

En gras : valeur supérieure à celle régionale

* : nombre de places installées

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés pour 1000 habitants calculés à partir des données ci-dessus.

Selon STATISS 2010, "Les régions françaises", le taux d'équipement global en SSR (lits et places installés au 01.01.2010 pour 1 000 habitants) est de :

- 1.68 en Bourgogne
- 1.69 pour la France métropolitaine.

Il convient de noter que lors de la révision du volet SSR du SROS pour la période 2009-2011, le taux d'équipement global (lits et places installés au 01.01.2007, source STATISS 2008) était de :

- 1.58 en Bourgogne
- 1.6 en France,

soit une augmentation des capacités tant au niveau national que régional.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

▪ Les professions médicales

Les données du tableau ci-dessous correspondent aux effectifs de médecins salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI).

Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 de l'INSEE :

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2008
Cardiologue							
* Nombre	54	15	39	27	135	6188	6272
* Densité	10,33	6,82	7,03	7,87	8,23	9,90	
* 55 ans et +	37 %	7%	44%	22%	33%	38%	
Endocrinologue							
* Nombre	17	3	6	1	27	1564	1610
* Densité	3,25	1,36	1,08	0,29	1,65	2,50	
* 55 ans et +							
Gastroentérologue							
* Nombre	36	6	22	11	75	3389	
* Densité	6,88	2,73	3,97	3,21	4,57	5,42	
* 55 ans et +	33%	67%	41%	64%	43%	33%	
MPR							
* Nombre	15	7	4	1	27	1767	1931
* Densité	2,87	3,18	0,72	0,29	1,65	2,83	
* 55 ans et plus							
Neurologue							
* Nombre	24	1	11	6	42	1947	2418
* Densité	4,59	0,45	1,98	1,75	2,56	3,12	

* 55 ans et +							
Pédiatre *							
* Nombre	60	10	35	19	124	6948	7059
* Densité	59,1	25,76	33,06	27,31	39,26	54,03	
* 55 ans et +	35%	20%	43%	26%	35%	40%	
Pneumologue							
* Nombre	20	7	28	13	68	2680	2804
* Densité	3,82	3,18	5,05	3,79	4,14	4,29	
* 55 ans et +	40%	43%	43%	46%	43%	36%	

*Pédiatre : densité pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans. MPR : médecine physique et de réadaptation
En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale*

La Bourgogne présente des densités médicales pour 100 000 habitants inférieures à celles nationales pour toutes les spécialités visées ci-dessus.

Des disparités infrarégionales sont notées :

- La Côte d'Or apparaît comme la mieux dotée avec des densités supérieures aux valeurs nationales sauf pour la pneumologie
- La Nièvre a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la MPR
- La Saône et Loire a des densités inférieures à celles nationales sauf pour la pneumologie
- L'Yonne a des densités inférieures à celles nationales pour toutes les spécialités.

Pour la MPR, la répartition des praticiens est très inégale au niveau de la région (0 MPR dans l'Yonne à l'heure actuelle).

Les données colligées au 1^{er} janvier 2008, lors de la révision du volet SSR du SROS indiquaient pour la région Bourgogne que 44% des médecins de MPR avaient 55 ans et +.

Les projections de la DREES prévoient en 2030 une diminution de 47% des médecins de MPR.

L'application des densités nationales à la population bourguignonne nécessiterait un effectif de 46 MPR (soit un déficit d'une vingtaine de praticiens).

Le nombre d'internes à former en MPR entre 2010 et 2015 est de 12. Ces formations ne permettront pas de rattraper le déficit de la région.

▪ Les professions paramédicales

Les données du tableau ci-dessous correspondent aux effectifs de professionnels salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI). Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, sur la base des estimations de population 2009 faites par l'INSEE :

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France	France 2007
Infirmier							
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12882	479622	483380
* Densité	878.63	777.02	744.36	713.77	785.14	767.72	785
Masseur-Kiné							
* Nombre	595	162	432	240	1429	68923	62602
* Densité	113.77	73.70	77.86	69.95	87.10	110.32	102
Orthophoniste							
* Nombre	139	52	98	56	345	19247	17135
* Densité	26.58	23.66	17.66	16.32	21.03	30.81	28
Psychologue							

* Nombre	263	120	167	141	691	32205	
* Densité	50.29	54.59	30.10	41.09	42.12	51.55	
Diététicien							
* Nombre	47	29	58	33	167	6643	
* Densité	8.99	13.19	10.45	9.62	10.18	10.63	
Psychomotricien							
* Nombre	65	32	36	35	168	7510	6540
* Densité	12.43	14.56	6.49	10.20	10.24	12.02	11

La région Bourgogne présente des densités de professionnels :

- inférieures à la valeur nationale pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychologues, les diététiciens et les psychomotriciens
- supérieure à la valeur nationale pour les IDE.

Des disparités infrarégionales sont notées :

- la Nièvre a des densités supérieures à celles nationales pour les IDE, les psychologues, les psychomotriciens et les diététiciens
- la Côte d'Or a des densités supérieures à celles nationales pour les IDE, les kinésithérapeutes et les psychomotriciens
- la Saône et Loire et l'Yonne ont des densités inférieures à celles nationales et régionales, (sauf pour les diététiciens dans la Saône et Loire).

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

• Les réseaux

Certains établissements de SSR travaillent en collaboration avec des réseaux.

Lors de la révision du volet SSR du SROS, une enquête relative à l'offre de soins en SSR avait été menée, sur les 46 établissements qui avaient répondu, 27 adhéraient à un réseau, (15 non et 4 non réponse).

Pour les réseaux, il était noté : urgences (2), gérontologie (11), AVC (5), soins palliatifs (5), cardiologie (1), sclérose en plaques (1).

• La démographie des professionnels de santé

La situation défavorable de la démographie des professionnels de santé constitue un frein dans le développement (alternatives à l'hospitalisation complète, ambulatoire) voire même dans le maintien de l'activité de rééducation qui a priori ne devrait pas diminuer au regard du vieillissement de la population bourguignonne auquel s'associe une augmentation de la prévalence de certaines pathologies nécessitant une rééducation (par exemple l'AVC où 75% des patients ont plus de 65 ans).

• La coordination entre les professionnels de santé

Celle entre les professionnels du court séjour et du SSR n'est pas mise en place dans tous les établissements, elle peut aboutir à une insuffisance de préparation de la sortie du patient du court séjour avec 2 conséquences possibles :

- retard dans la prise en charge
- défaut d'orientation de celui-ci dans la structure de rééducation la plus adaptée à ses besoins.

Celle entre les professionnels de santé du SSR et du médicosocial n'est pas suffisamment développée et ne favorise pas la fluidité de la filière d'amont et d'aval du SSR.

• La connaissance des missions dévolues à un SSR et des structures médicosociales

Une méconnaissance des missions dévolues à un SSR avec ou sans mention de la part des prescripteurs est soulignée, elle peut conduire à l'orientation du patient dans une structure de SSR qui ne répond pas forcément à ses besoins en termes de rééducation. Une information partagée sur

le dispositif médico-social existant et un soutien de structures médicosociales par des professionnels du SSR pourrait constituer un élément positif dans l'organisation de la filière de soins.

- **La qualité des informations médicales**
La nature des informations médicales fournies par le prescripteur conditionne l'élaboration du projet thérapeutique rééducatif du patient et l'adéquation de l'établissement de SSR à ses besoins. Plus celles-ci seront exhaustives, plus l'orientation du patient dans une structure de SSR sera pertinente.
- **Les sujets jeunes lourdement handicapés**
Il est noté la difficulté d'orienter ces patients à la sortie du SSR, dans des structures médicosociales par manque de places dans celles-ci, compromettant ainsi la fluidité de la filière.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : agir sur la démographie des professionnels de santé en médecine physique et de réadaptation en garantissant une capacité de formation de ceux-ci en adéquation avec les besoins sur le terrain

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Intensifier l'effort sur la formation des médecins de MPR	- Comité régional de l'ONDPS - UFR médecine
Objectif spécifique n°2 Maintenir le diplôme interuniversitaire en MPR	- UFR médecine
Objectif spécifique n°3 Etendre les terrains de stage au secteur privé	- Etablissements concernés - UFR/commission d'agrément

3.2 Objectif général n°2 : assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention

Lors de la révision du volet SSR du SROS, ont prévalu lors des propositions d'implantation, l'évaluation des besoins (avec toutes les limites méthodologiques) notamment au regard des pathologies précisées dans les textes relatifs aux prises en charge spécialisées, la technicité du plateau technique, le seuil minimum d'activité requis, la pluridisciplinarité de l'équipe soignante, la situation de la démographie des professionnels de santé. Ainsi, les prises en charge spécialisées ont été proposées au niveau :

- territorial voire interterritorial, pour les affections cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique, endocrinien, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, les pathologies liées aux conduites addictives,
 - régional, voire interrégional, pour l'oncologie, les affections des enfants et des adolescents,
 - interrégional pour les brûlés,
 - de proximité pour les affections de la personne âgée.
- Pour les SSR adultes, la prise en charge relève d'un niveau de proximité.

Ce maillage est à maintenir, toutes les mentions proposées par le SROS révisé pour la période 2009-2011, sont à mettre en œuvre.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Maintenir pour les mentions, les implantations proposées dans le SROS révisé pour la période 2009-2011	Visites de conformité

3.3 Objectif général n°3 : améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Améliorer l'orientation des patients en amont et en aval du SSR (notamment via la coordination entre les professionnels de ces différents secteurs et la mise en place d'un outil informatique régional unique d'orientation des patients entre le court-séjour et le SSR, ...)	Déploiement de l'outil « Trajectoire »
Objectif spécifique n°2 Créer des places et identifier des établissements médico-sociaux (ex : MAS) pouvant accueillir des sujets jeunes lourdement handicapés en sortie de SSR	Etude prospective pour définir le nombre de places Information sur le dispositif existant
Objectif spécifique n°3 Développer la concertation avec les MDPH afin de généraliser le principe de reconnaissance du bilan effectué par les professionnels de santé du secteur sanitaire pour l'évaluation des droits à compensation et le contrôle a posteriori des aides apportées	- Travaux conjoints avec les 4 MDPH

3.4 Objectif général n°4 : améliorer la prise en charge au sein des SSR

Les éléments qui ont conduit la réflexion lors de la révision du volet SSR du SROS, sont ceux contenus notamment, dans la circulaire du 3 octobre 2008, les décrets du 17 avril 2008, des recommandations (HAS, ANAES, sociétés savantes, ORS...), des plans ou schémas, des circulaires (addictologie, grands brûlés, gériatrie...), les données du PMSI MCO et SSR 2007, les deux enquêtes d'évaluation des besoins menées respectivement en août 2008 et janvier 2009.

Ces éléments ont abouti à l'élaboration de préconisations traduites en autorisations (implantation juridique), mentions (implantation géographique) avec leurs modalités de mise en œuvre (hospitalisation complète et/ou hospitalisation de jour).

La procédure d'autorisation menée en 2010, n'a pas permis d'atteindre les objectifs du SROS révisé qui restent d'actualité. En ce qui concerne les modalités d'organisation ou préconisations, dans la mesure où les établissements de santé disposent de 2 ans (soit juillet 2012) pour se mettre aux normes à compter de la date de notification de l'autorisation (juillet 2010), il n'est pas possible d'évaluer leur niveau de mise en œuvre, d'où le maintien de l'intégralité de celles-ci.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Maintenir les préconisations du précédent SROS SSR, notamment les 6 lits de SRPR au CHU et les unités EVC/EPR	Visites de conformité
Objectif spécifique n°2 Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour, HAD...)	Visites de conformité
Objectif spécifique n°3 Suivre, par les résultats de la MSAP, les orientations en SSR	PPRGDR

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

La gradation des soins en SSR ne répond pas à ce chapitre du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS du Ministère (activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé, plateaux techniques de recours infrarégional, régional, interrégional voire national).

Ainsi, les prises en charge spécialisées ont été proposées au niveau :

- territorial, voire interterritorial, pour les affections cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique, endocrinien, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, les pathologies liées aux conduites addictives,
- régional, voire interrégional, pour l'oncohématologie, les affections des enfants et des adolescents,
- interrégional pour les brûlés,
- de proximité pour les affections de la personne âgée.

Pour les SSR adultes, la prise en charge relève d'un niveau de proximité.

4.2 Missions de service public

Non concerné.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

La mise en place de conventions avec le secteur médico-social est prévue notamment au titre de la mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion dévolue aux établissements disposant d'une autorisation de SSR.

Le décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR précise dans son article R.6123-126 : l'établissement de santé autorisé à exercer l'activité de SSR organise au moyen de conventions, les coopérations avec les établissements, services ou personnes mentionnées au code de la santé publique ou au code de l'action sociale et des familles que nécessitent :

- la mise en œuvre de sa mission de préparation et d'accompagnement à la réinsertion (...), notamment l'admission en établissement ou en service médico-sociaux
- la coordination de la prise en charge et du suivi des patients.

Ces conventions feront l'objet d'un examen lors des visites de conformité (les établissements ayant 2 ans pour se mettre aux normes à compter de la date de notification de l'autorisation, soit juillet 2012).

En termes de consultations au sein de structures médicosociales, celles-ci sont prévues au titre du rôle d'expertise et de recours des structures de SSR disposant d'une mention spécialisée et figurent dans le volet SSR du SROS révisé.

4.4 Coopérations

Aucune recommandation n'a été faite concernant des dispositifs de coopérations type GCS, GIE ou CHT dans l'organisation des soins de suite et de réadaptation.

5 Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins

5.1 Implantations

Autorisation de soins de suite et de réadaptation

Pour rappel, les données ci-dessous correspondent aux autorisations de soins de suite et de réadaptation, tronç commun obligatoire, pouvant être suffisant à l'exercice de cette activité de soins (correspond aux SSR adultes non spécialisés).

La prise en charge d'enfants ou d'adolescents, à titre exclusif ou non et/ou spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs catégories d'affections (appareil locomoteur, système nerveux...) peut faire l'objet le cas échéant, d'une mention au niveau de cette autorisation, mais n'est pas détaillée ci-après.

Territoires de santé	SROS 2006-2011	Existant (juillet 2010)	Cible SROS-PRS
Cote d'Or	15	14	14
Nièvre	12	12	12
Saône et Loire	23	23	23
Yonne	11	11	11
Bourgogne	61	60	60

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

Voir ci-dessus, construction du maillage en SSR selon vocation territoriale, interterritoriale, régionale, interrégionale, de proximité de la mention.

5.3.1 Accessibilité financière

Non concerné

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Comme exposé ci-dessus (paragraphe 2.12 relatif au bilan à l'issue de la procédure de 2010 et 5.1), il s'agit d'une reconduction du volet SSR du SROS révisé pour la période 2009-2011, en termes d'autorisation et de mention, à l'exception du territoire de Saône et Loire où une autorisation est supprimée.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
SSR	Agir sur la démographie des professionnels de santé en médecine physique et de réadaptation en garantissant une capacité de formation de ceux-ci en adéquation avec les besoins sur le terrain	Nombre d'internes formés en MPR sur la durée du SROS		12 à 15
	Assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention	Nombre d'implantations de SSR (modalités et mentions) / territoire de santé		
	Améliorer la prise en charge au sein des SSR	Nombre de lits de SRPR et d'unités EVC/EPR installées		6 lits de SRPR 5 unités EVC/EPR

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
SSR	Assurer un maillage territorial adapté aux besoins tant pour les SSR généralistes que pour les SSR avec mention	Nombre de journées et de venues en SSR / territoire de santé
		Taux de fuite (commun avec le PPRGDR)
		Taux d'attractivité (commun avec le PPRGDR)
	Améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	% de SSR utilisant l'outil informatique régional d'orientation des patients « Trajectoire »
		Taux d'orientation en SSR en sortie de MCO (commun avec le PPRGDR)
		Taux d'entrée directe en SSR (commun avec le PPRGDR)
	Améliorer la prise en charge au sein des SSR	Mode de sortie de SSR (commun avec le PPRGDR)
		Taux d'établissement mis sous accord préalable par rapport à la cible définie dans le PPRGDR
		Taux de retour précoce en MCO (réhospitalisations après moins de 2 jours en SSR) (commun avec le PPRGDR)



Traitement du cancer

1 Champ et périmètre de l'activité

Chirurgie des cancers

La chirurgie, qui permet d'enlever une tumeur localisée mais également de poser ou de confirmer un diagnostic, constitue l'une des grandes disciplines thérapeutiques du cancer. Des critères qualité spécifiques à cette discipline ont été définis dans le cadre de l'autorisation des établissements de santé en cancérologie. Des seuils d'activité minimale ont été, par ailleurs, fixés pour la chirurgie des cancers du sein, des cancers digestifs, urologiques, thoraciques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales. Ce dispositif vise à assurer à toutes les personnes malades une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire (*Source INCa*).

Chimiothérapie

La chimiothérapie constitue l'un des modes principaux de traitement du cancer. Elle s'administre dans un établissement de santé, le plus souvent en hospitalisation de jour à temps partiel. L'utilisation de molécules anticancéreuses doit s'appuyer sur les référentiels et thésaurus de protocoles validés par le réseau régional. Le suivi de leur consommation entre dans le champ du contrat de bonnes pratiques d'utilisation du médicament. En sus de la conformité aux référentiels de bonnes pratiques cliniques, la préparation et la reconstitution des cytotoxiques doivent être réalisées dans une unité spécifique avec isolateur ou hotte à flux laminaire sous la responsabilité d'un pharmacien (*Source circulaire DHOS 22 février 2005*).

Radiothérapie

La radiothérapie consiste à exposer les cellules cancéreuses d'une tumeur à des rayonnements (on dit aussi rayons ou radiations) qui empêchent la multiplication des cellules malades et entraînent leur destruction. Ces rayonnements sont produits soit par des accélérateurs de particules, soit par des sources radioactives. C'est ce qu'on appelle « l'irradiation » de la tumeur. La radiothérapie est un traitement fréquent du cancer, mais pas systématique. Son indication dépend de la localisation du cancer, de son stade d'évolution et de l'état général de la personne malade. La radiothérapie peut être associée à d'autres traitements du cancer, comme la chirurgie et la chimiothérapie. Là encore, l'ordre dans lequel se déroulent les différents traitements dépend du type de cancer et de son évolution (*source INCa*).

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

L'activité de soins Traitement du cancer figurait parmi les activités de soins inscrites au SROS 2006-2011.

Les décrets du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ont impliqué la révision du SROS pour ce volet le 22 septembre 2008.

Une procédure d'autorisation, spécifique au traitement du cancer, a ensuite été organisée et les nouvelles autorisations ont été accordées, dans leur majorité, aux établissements lors de la commission exécutive de l'ARH du 10 juillet 2009.

Les établissements autorisés doivent, en plus du respect des dispositions des décrets de mars 2007 cités ci-dessus, satisfaire aux critères d'agrément de l'INCa relatifs à la chimiothérapie, à la chirurgie des cancers, à la radiothérapie, à la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans ainsi qu'aux relations entre établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie et les établissements dits « associés ».

Enfin, l'arrêté ministériel du 29 mars 2007 fixe les seuils d'activité minimale annuelle suivants :

Pour la chirurgie des cancers :

pathologies mammaires :	30 actes
pathologies digestives :	30 actes
pathologies urologiques :	30 actes
pathologies thoraciques :	30 actes
pathologies gynécologiques :	20 actes
pathologies O R L :	20 actes

Pour la radiothérapie externe :
600 patients

Chimiothérapie :
80 patients, dont 60 en hospitalisation de jour.

Rappel SROS 2006 – 2011 : volet traitement du cancer

Dans le cadre de la révision de ce volet en 2008, le volet traitement du cancer se consacrait principalement à la nouvelle procédure d'autorisation en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011 révisé en 2008	Bilan des actions réalisées
Nord Saône et Loire :	
Chirurgie des cancers : 3	Chirurgie des cancers : 3
Chimiothérapie : 3	Chimiothérapie : 3
Radiothérapie : 1	Radiothérapie : 1
Curiethérapie:.....1	Curiethérapie:.....1

<p>Sud Saône et Loire</p> <p>Chirurgie des cancers : 3 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie :1</p>	<p>Chirurgie des cancers : 4 Chimiothérapie : 3 Radiothérapie : 1 Curiethérapie :0</p>
<p>Nièvre</p> <p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie : 1 Curiethérapie :1</p>	<p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie : 1 Curiethérapie :1</p>
<p>Nord de l'Yonne</p> <p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2</p>	<p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2</p>
<p>Sud de l'Yonne Haut Nivernais</p> <p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie * : 1 Curiethérapie * :1</p>	<p>Chirurgie des cancers : 2 Chimiothérapie : 2 Radiothérapie * : 1 Curiethérapie * :1</p>
<p>Côte d'Or</p> <p>Chirurgie des cancers : 7 à 9 Chimiothérapie : 5 Radiothérapie : 2 Curiethérapie :2</p>	<p>Chirurgie des cancers : 9 Chimiothérapie : 5 Radiothérapie : 2 Curiethérapie :2</p>

* à vocation départementale

Concernant la chimiothérapie, 4 établissements ont pu continuer à pratiquer cette activité, sans être spécifiquement autorisés, mais dans le cadre d'un contrat d'association avec un établissement autorisé pour la chimiothérapie.

Evolution du nombre de structures prenant en charge les patients atteints du cancer de 2007 à 2011

Chimiothérapie :

- 2007 : 29 établissements ont pris en charge des patients en chimiothérapie
- 2011 : 17 établissements sont autorisés pour le traitement des patients du cancer par chimiothérapie

Chirurgie des cancers :

Pathologies mammaires :

- 2007 : 28 établissements ont pris en charge des patientes pour des cancers du sein
- 2011 : 17 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers du sein

Pathologies digestives :

- 2007 : 28 établissements ont pris en charge des patients pour des cancers digestifs
- 2011 : 23 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers digestifs

Pathologies urologiques :

- 2007 : 27 établissements ont pris en charge des patients pour des cancers urologiques
- 2011 : 17 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers urologiques

Pathologies gynécologiques :

- 2007 : 30 établissements ont pris en charge des patientes pour des cancers gynécologiques
- 2011 : 15 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers gynécologiques

Pathologies O R L :

- 2007 : 28 établissements ont pris en charge des patients pour des cancers ORL
- 2011 : 12 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers ORL

Pathologies thoraciques :

- 2007 : 19 établissements ont pris en charge des patients pour des cancers thoraciques
- 2011 : 3 établissements sont autorisés pour la prise en charge des cancers thoraciques

Radiothérapie :

- 2007 : 6 structures sur 5 des 6 sites pivots
- 2011 : 6 structures sur 5 des 6 sites pivots

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Suite aux autorisations accordées en juillet 2009, chaque établissement autorisé avait l'obligation de satisfaire à une visite de conformité dans un délai réglementaire de 18 mois maximum. Ces visites de conformité ont été réalisées au cours du premier trimestre 2011.

En ce qui concerne la chirurgie des cancers, le SROS révisé en 2008 prévoyait un nombre d'autorisation de sites de chirurgie des cancers par territoire, sans préciser par avance le ou les organe(s) ou

appareil(s) anatomique(s) concernés par ces autorisations. C'est après instruction des demandes présentées par les établissements que les notifications d'autorisation les mentionnaient.

Il a été constaté au cours des visites de conformité que plusieurs établissements n'atteignaient pas les seuils d'activité annuelle minimum en chirurgie des cancers. La procédure de régularisation de cette situation est engagée.

Ces visites de conformité n'ont par ailleurs pas mis en évidence de problèmes majeurs, ou qui ne puissent être réglés au cours de l'année 2011, en ce qui concerne les modalités de traitement du cancer par chimiothérapie ou radiothérapie.

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Activité 2010 (source PMSI). Première année pleine d'activité après autorisations ARH de juillet 2009

Chirurgie des cancers, région Bourgogne :

Cancers du sein : 1920 actes
3 établissements autorisés ont une activité inférieure au seuil minimum annuel d'activité
35 actes encore faits dans 5 établissements non autorisés

Cancers digestifs : 1590 actes
2 établissements autorisés ont une activité inférieure au seuil minimum annuel d'activité
18 actes encore faits dans 3 établissements non autorisés

Cancers urologiques : 1156 actes
tous les établissements autorisés atteignent le seuil minimum annuel d'activité
18 actes encore faits dans 8 établissements non autorisés

Cancers gynécologiques : 533 actes
56 actes encore faits dans 10 établissements non autorisés

Cancers O R L : 551 actes
4 établissements autorisés ont une activité inférieure au seuil minimum annuel d'activité
62 actes encore faits dans 12 établissements non autorisés

Cancers thoraciques : 387 actes
Les 3 établissements autorisés ont une activité supérieure au seuil minimum annuel d'activité
71 actes encore réalisés dans 13 établissements non autorisés

Remarque :

- 4,5 % des actes de chirurgie des cancers ont été réalisés en 2010 dans des établissements non autorisés pour cette activité de soins, ou pour la pathologie concernée
- 23 établissements ont réalisé des actes de chirurgie des cancers hors autorisation

Chimiothérapie, région Bourgogne :

10 225 patients, dont 7 408 en hôpital de jour.

Tous les établissements autorisés en chimiothérapie satisfaisaient au seuil minimum annuel d'activité.

Radiothérapie :

Les 6 structures de Bourgogne satisfaisaient toutes au seuil minimum annuel d'activité de 600 patients.

Variations d'activité de 2006 à 2010 (source INCa- PMSI)

Chirurgie des cancers	2006	2007	2008	2009	2010
K sein	1925	1930	1931	1850	1920
K digestifs	1615	1612	1719	1534	1590
K urologiques	1328	1272	1192	1140	1156
K gynécologiques	528	514	523	516	533
K O R L	568	588	570	523	551
K thoraciques	384	394	413	399	387

Chimio	2006	2007	2008	2009	2010
	7987 patients dont 7028 HDJ	11078 patients dont 9928 HDJ	9724 patients dont 7209 HDJ	10069 patients dont 7437 HDJ	10225 patients dont 7408 HDJ

2.3 Principales caractéristiques de l'offre de soins

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée (SROS 2008 – 2011)

Nombre de structures autorisées

Territoires de santé	Chimiothérapie	Chirurgie des cancers	Radiothérapie	Curiethérapie
Côte d'Or	5	9	2	2
Nièvre	2	3	1	1
Saône et Loire	6	7	2	1
Yonne	4	4	1	1
Total sur la Bourgogne	17	23	6	5

Pour la curiethérapie, une autorisation reste à attribuer pour le sud Saône et Loire.

Le tableau ci-dessous récapitule pour chaque établissement autorisé pour le traitement du cancer le contenu de son autorisation, après visites de conformité réalisées en 2011.

ETABLISSEMENTS	CHIRURGIE DES CANCERS : pathologies prises en charge						CHIMIO THERAPIE	RADIO THERAPIE
	mammaires	digestives	thoraciques	urologiques	gynécolog- iques	ORL et maxillo- faciales		
C.H.U Dijon	-	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	-
C G F Leclerc Dijon	Accord	Accord	-	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord
Clinique BENIGNE JOLY	-	Accord	Accord	Accord	-	Accord	Accord	-
Clinique de CHENOVE	Accord	Accord	-	Accord	Accord	Accord	-	-
Clinique de FONTAINE	-	Accord	-	Accord	-	-	-	-
Clinique SAINTE MARTHE	Accord		-	Accord	-		-	-
Clinique DRENON	Accord	Accord		Accord	Accord	-	Accord	-
CH SEMUR	-	Accord	-	-	-	-	-	-
CH BEAUNE	Accord	Accord	-			-	Accord	-
CH NEVERS		Accord	-	-	-	Accord	Accord	-
Polyclinique VAL DE LOIRE	Accord	Accord	-	Accord	Accord	-	Accord	-
Clinique COSNE SUR LOIRE			-		Accord	-	-	-
CH AUXERRE	Accord	Accord	-	Accord	Accord	-	Accord	-
Polyclinique Ste Marguerite	Accord	Accord	-	Accord		Accord	Accord	-
CH SENS	Accord	Accord	-	Accord	Accord	-	Accord	-
Clinique Paul PICQUET	Accord	Accord	-	-	-		Accord	-
CH CHALON	Accord	Accord		-	Accord	-	Accord	-
Clinique SAINTE MARIE	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	Accord	-
Hotel Dieu CREUSOT	Accord	Accord	-	Accord	Accord	Accord	-	-
SIH MONTCEAU	-	-	-	-	-	-	Accord	-
CH PARAY LE MONIAL		Accord	-	-	-	-	Accord	-
Clinique PARAY	Refus	Accord	-	Accord	-	Accord	-	-
CH MACON	Accord	Accord	-	-	Accord	Accord	Accord	-
Polyclinique VAL DE SAONE	Accord	Accord	-	Accord	Accord	Accord	Accord	-
Centre radiothérapie DIJON	-	-	-	-	-	-	-	Accord
Centre radiothérapieCHALON	-	-	-	-	-	-	-	Accord
Centre radiothérapie AUXERRE	-	-	-	-	-	-	-	Accord
Centre radiothérapie MACON	-	-	-	-	-	-	-	Accord
Centre radiothérapieNEVERS	-	-	-	-	-	-	-	Accord

Les autorisations confirmées après visites de conformité sont susceptibles d'être modifiées en fonction du respect annuel des seuils d'activité.

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Un déficit probable d'anatomopathologistes et d'hématologues est prévisible en Bourgogne sur la durée de validité du SROS.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

⇒ Points forts du dispositif :

- un Institut régional du cancer a été mis en place entre le CHRU et le CLCC sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire,
- l'activité de soins « Traitement des patients atteints du cancer » a été réorganisée il y a moins de deux ans et, du moins en termes d'autorisations, il n'y a pas lieu d'apporter de modifications au dispositif des autorisations délivrées en 2009 et en 2010,
- cette révision du SROS a recentré les activités de traitement du cancer (chimiothérapie et chirurgie) sur un nombre plus restreint d'établissements,
- plusieurs établissements ont pu poursuivre l'activité de chimiothérapie dans le cadre de contrats d'association (4 établissements),
- après concertation avec les professionnels du traitement du cancer, le maillage du territoire bourguignon est estimé suffisant en termes de structures autorisées pour le traitement du cancer,
- imagerie médicale : 4 TEP-scan (tomographe à émission de positons) sont autorisés en Bourgogne, soit 1 dans chaque département (Dijon, Nevers, Le Creusot, Auxerre). Les travaux d'installation du TEP d'Auxerre sont en cours,
- la Bourgogne enregistre une attractivité auprès des patients de Champagne-Ardenne et de Franche-Comté.

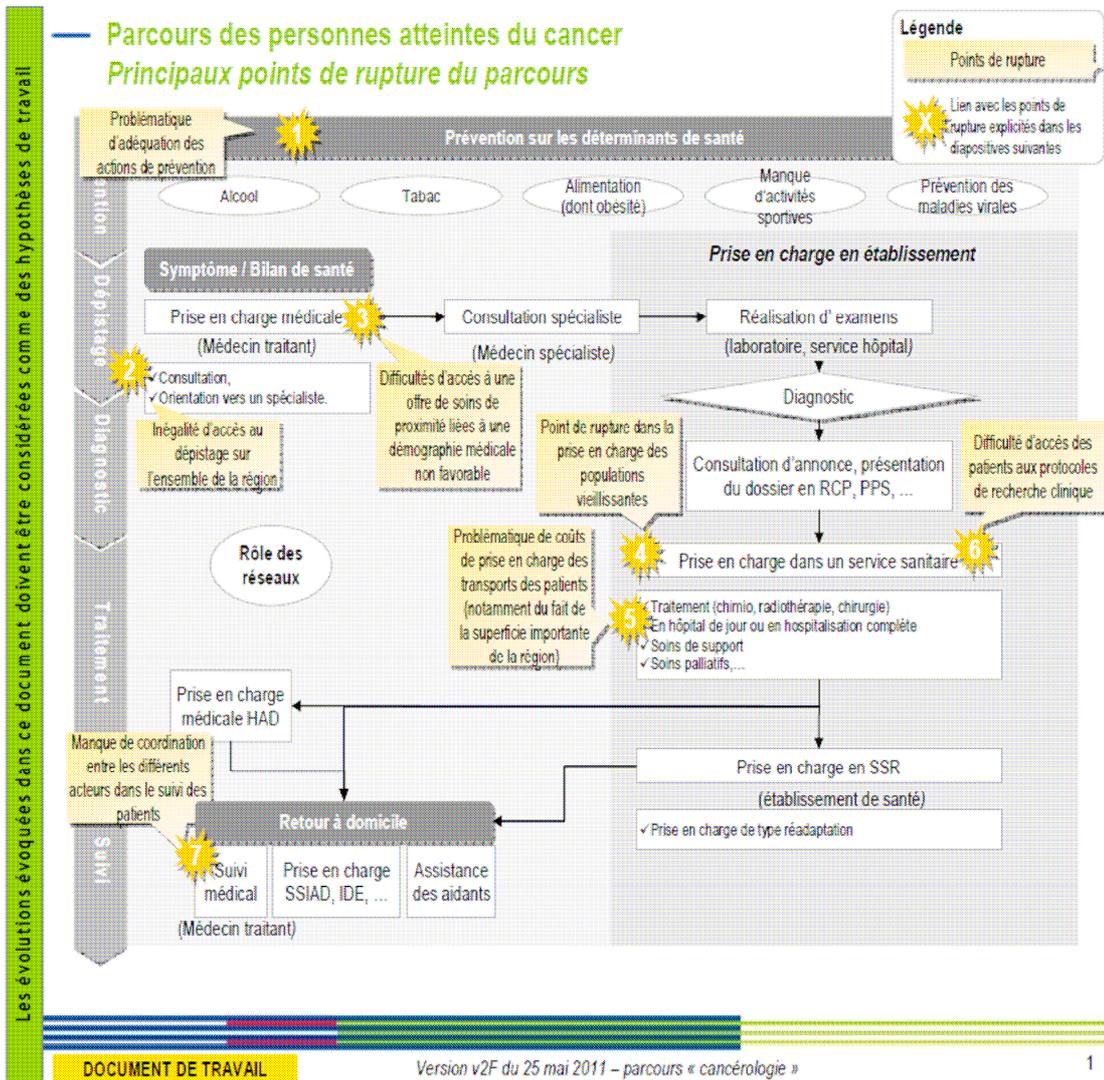
⇒ Points restant à conforter :

- alors que la mortalité par cancers est en légère diminution en Bourgogne (comme partout en France), les départements de la Nièvre et de l'Yonne présentent une surmortalité due au cancer,
- prévention : les départements de la Nièvre et de l'Yonne devront faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du dépistage organisé des cancers du sein et colo rectal, ces départements présentant des indices de participation inférieurs à la moyenne régionale,
- le bilan PMSI 2010 des actes de chirurgie du cancer montre que de nombreux établissements ont encore pratiqué certains types de chirurgie sans que leur autorisation de chirurgie du cancer ne le permette :
 - d'une part, il est peu probable que l'ensemble de ces actes ait été réalisé dans le cadre d'urgences chirurgicales,
 - d'autre part, ces établissements s'exposent à des pénalités dans le cadre des contrôles T2A et engagent leur responsabilité au plan médico-légal
- radiothérapie : pour 2 sites sur les 6, des problèmes de couverture en médecin et radiophysicien pendant les plages d'ouverture des appareils aux patients sont en cours de règlement,

- l'accès des patients au secteur 1 est parfois impossible dans certains territoires pour les activités de cancérologie soumises à seuil,
- le déploiement du logiciel Bonnes Pratiques en Chimiothérapie reste à poursuivre,
- imagerie médicale : délais d'attente de rendez-vous encore importants, équipement en IRM à conforter,
- centre régional d'oncopédiatrie au CHU à conforter,
- départ des internes formés en Bourgogne vers d'autres régions,
- dispersion des patients en onconeurologie à corriger,
- déficit médical en anatomopathologie (incidence sur les examens extemporanés),
- fonctionnement de l'OMEDIT de Bourgogne à améliorer concernant les molécules onéreuses,
- fuites de patients vers les structures parisiennes et lyonnaises pour des patients de l'Yonne et de Saône et Loire,
- dispositif d'annonce encore insuffisamment organisé,
- fonctionnement du réseau OncoBourgogne à conforter.

⇒ **Points de rupture dans la prise en charge des patients atteints du cancer :**

L'activité de soins traitement du cancer est abordée dans le SROS dans un aspect transversal. Le parcours d'un patient atteint du cancer a été analysé et 7 points de rupture concernant la continuité de cette prise en charge ont été identifiés, allant de la prévention à la prise en charge à domicile. Ces points de rupture sont décrits dans le diagramme ci-dessous.



3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : développer les actions de prévention et de dépistage permettant de diminuer les risques d'augmentation des cancers

La mise en œuvre des objectifs spécifiques ci-dessous est à articuler avec :

- le Schéma régional de prévention et notamment ses volets maladies chroniques (diminution de l'impact des maladies chroniques), éducation thérapeutique du patient (amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique)
- le Plan régional santé environnement

En termes de dépistage, l'objectif à horizon 2016 est d'inscrire 80 % de la population des 50-74 ans dans une démarche médicalisée de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal.

Les objectifs spécifiques n°1, 2 et 3 répondent au point de rupture n°1

L'objectif spécifique n°4 répond au point de rupture n°2

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 : Développer les actions de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'obésité, et des substances psycho-actives,</p>	<p>Coordination des actions à organiser avec le Schéma régional de prévention</p>
<p>Objectif spécifique n°2 Développer les actions d'éducation thérapeutique concernant le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité, et les substances psycho-actives</p>	
<p>Objectif spécifique n°3 Assurer une veille sur les données environnementales reconnues comme facteurs de risques de cancer et promouvoir toute action visant à les réduire</p>	<p>Coordination des actions à organiser avec le Plan régional santé environnement</p>
<p>Objectif spécifique n°4 Améliorer l'organisation du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal en s'appuyant sur certains territoires sur les établissements de santé, notamment dans le territoire de la Nièvre</p>	<p>Coordination des actions à organiser avec le schéma régional de prévention</p> <p>Développement de la téléradiologie</p> <p>Développement des consultations de spécialistes en maisons médicales pluridisciplinaires</p>

3.2 Objectif général n°2 : améliorer l'accès aux soins de cancérologie, notamment de proximité

9 centres de coordination en cancérologie sont autorisés et financés en Bourgogne. Le fonctionnement de plusieurs reste à conforter.

Sur certains territoires, les patients n'ont plus le choix entre secteur 1 ou 2 pour la chirurgie des cancers.

Les protocoles de recherche clinique les plus récents ne sont pas accessibles sur l'ensemble du territoire bourguignon.

Les objectifs spécifiques n°3 et 6 répondent aux points de rupture n°6

L'objectif spécifique n°4 répond au point de rupture n°3

L'objectif spécifique n°5 répond au point de rupture n°5

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Conforter le fonctionnement des centres de coordination en cancérologie (3C)	Suite aux visites de conformité de 2011, veiller à la mise en conformité des 3C pour la fin du 1 ^{er} semestre 2012
Objectif spécifique n°2 Favoriser l'accès aux soins en conditionnant les nouvelles autorisations ou leurs renouvellements à la possibilité de prise en charge en secteur 1	Concrétisation dans le cadre des renouvellements d'autorisation ou de nouvelles autorisations
Objectif spécifique n°3 Favoriser l'accès des patients aux protocoles de recherche clinique, en développant la présence des assistants de recherche clinique (ARC) sur les sites pivots	- Développement en lien avec le réseau Onco-Bourgogne - Favoriser la participation des ARC aux RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire)
Objectif spécifique n°4 Développer les consultations de spécialistes Développer le recours à la télémédecine (dont télé-radiologie) : - notamment pour pallier la démographie médicale non favorable (consultations à distance,...) - généralisation du logiciel Bonnes Pratiques de Chimiothérapie (BPC)	Consultations en maisons médicales pluridisciplinaires Mise en œuvre dans le cadre du programme télémédecine
Objectif spécifique n°5 Réduire les coûts de transport liés à la délivrance des soins (ex : chimiothérapie, radiothérapie)	- Convention entre structures de soins et établissements hôteliers - Etudier la mise en place de structures d'hébergement de type maisons de parents
Objectif spécifique n°6 Accueillir les patients en sortie de court séjour avec prise en charge en hospitalisation de jour	Inciter à la conclusion de conventions avec des SSR polyvalents

3.3 Objectif général n°3 : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cancérologie

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Généraliser le dispositif d'annonce et améliorer l'accompagnement des patients dans le dispositif d'annonce suite au premier rendez vous	- Formation des personnels - Réseau OncoBourgogne

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n°2 Développer l'approche gériatrique de l'oncologie	Développer la participation de gériatres aux réunions de concertation pluridisciplinaires (avec développement de la téléconférence)
Objectif spécifique n°3 Améliorer l'orientation des patients vers les sites adéquats lors du diagnostic de tumeurs rares (tumeurs ovariennes, neuroendocriniennes) et pour les cas de cancer en cours de grossesse afin de prendre en compte leurs spécificités	Organisation des flux de patients vers le pôle de référence régional
Objectif spécifique n°4 Promouvoir la mise en place d'outils informatiques communs à la ville et aux établissements de santé	- Programme Télémédecine - GCS e-santé - Mise en œuvre du DMP (dossier médical partagé)
Objectif spécifique n°5 Consolider et formaliser les complémentarités entre les établissements autorisés à traiter le cancer et la filière d'aval (SSR, EHPAD) et articuler le dispositif de traitement du cancer avec les champs médico-social et social	Cf. SROMS et PRAPS

3.4 Objectif général n° 4 : améliorer l'efficacité des prises en charge en cancérologie

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Anticiper les besoins en professionnels médicaux intervenant dans la prise en charge des cancers et renforcer l'attractivité de la région afin de prévenir les effets de la baisse des ressources médicales	Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
Objectif spécifique n°2 Réguler et optimiser les dépenses de molécules onéreuses dans le cadre de l'Observatoire du Médicament des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT)	Conforter le fonctionnement de l'OMEDIT
Objectif spécifique n°3 Conforter l'oncopédiatrie au CHU de Dijon	Partenariat CHU Dijon – CHU Besançon

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
Objectif spécifique n°4 Consolider l'oncogériatrie au sein du GCS institut régional du cancer	Réponse à l'appel d'offre de l'INCa et mise en œuvre
Objectif spécifique n°5 Conforter le rôle de coordination du réseau régional OncoBourgogne	Renforcer l'action du réseau régional

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

En termes de gradation des soins, trois niveaux peuvent être retenus :

- Etablissement d'expertise et de recours régional
- Etablissement intermédiaire
- Etablissement de proximité

Gradation des soins	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Etablissements d'expertise et de recours régional	Pôle régional de cancérologie - CHU - CGFL	-	-	-
Etablissements intermédiaires et centres de radiothérapie	- 5 établissements de santé MCO de l'agglomération dijonnaise - Centre de radiothérapie de Dijon	- 2 établissements de santé MCO de Nevers - Centre de radiothérapie de Nevers	- 2 établissements de santé MCO de Chalon - 2 établissements de santé MCO de Mâcon - Centre de radiothérapie de Chalon - Centre de radiothérapie de Mâcon	- 2 établissements de santé MCO d'Auxerre - 2 établissements de santé MCO de Sens - Centre de radiothérapie d'Auxerre
	- CH Beaune - CH Semur en	- Clinique de Cosne sur Loire	- CH Montceau	-

Etablissement de proximité	Auxois		- HD Le Creusot - CH Paray le Monial - Clinique Paray le Monial	
Autres Etablissements associés en chimiothérapie	- CH Saulieu - CHIC Chatillon Montbard	- CH Decize	- CH Autun	-

4.2 Missions de service public

Permanence des soins : organisation de deux astreintes au titre des établissements de recours régional (une astreinte d'hématologie au CHU et une astreinte d'oncologie au CGFL).

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

L'action citée en mesure régionale pour l'organisation de la filière d'aval répond au point de rupture n°7

Dispositifs d'articulation	Territoires de santé				Région
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	
Consultations avancées	Organisation de consultations avancées en M S P (maison de santé pluridisciplinaire)				
Organisation de la filière d'aval	Organisation de coopérations entre établissements autorisés et EHPAD, SSIAD, HAD, MSP, réseaux pour le suivi des patients et l'organisation de la filière d'aval				Mise en place d'un outil informatique régional unique permettant l'orientation des patients en sortie de court séjour Lien avec le GCS e-santé
Réseaux dont réseaux géronto	Evolution des réseaux thématiques dans le cadre de l'évolution générale des réseaux allant vers des réseaux généralistes				

4.4 Coopérations

Un GCS est mis en place entre le CHU et le CGFL portant l'Institut Régional du Cancer de Bourgogne

L'activité de chirurgie des cancers ORL à Nevers, doit être organisée dans le cadre d'une coopération entre les 2 établissements de la ville.

L'activité de traitement des cancers sur les sites de Paray le Monial et de la CUCM doit être organisée entre les deux établissements présents sur chacun des sites, dans le cadre d'une convention formalisée et juridiquement adaptée ; cette convention prendra en compte l'évolution des implantations de chirurgie.

Dans chaque territoire, les établissements autorisés pour le traitement du cancer doivent assurer la prise en charge coordonnée des patients selon des modalités de coopération laissées à leur initiative. L'objectif est d'aboutir à une organisation effective et opérationnelle dans un délai de 2 ans.

5 Objectifs quantifiés / de répartition de l'offre de soins

5.1 Implantations

Les propositions d'implantation en chimiothérapie et radiothérapie restent identiques à celles inscrites au SROS 2008 – 2011.

Les propositions d'implantation en chirurgie des cancers tiennent compte :

- du projet de regroupement de 3 cliniques dijonnaises,
- de la délivrance d'une seule autorisation de chirurgie sur le bassin paradien.

Chimiothérapie

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	5	5
Nièvre	2	2
Saône et Loire	6	6
Yonne	4	4
Total sur la région	17	17

Chirurgie des cancers

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	9	7
Nièvre	3	3
Saône et Loire	7	6
Yonne	4	4
Total sur la région	23	19

Radiothérapie

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	2	2
Nièvre	1	1
Saône et Loire	2	2
Yonne	1	1
Total sur la région	6	6

Curiethérapie

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	2	2
Nièvre	1	1
Saône et Loire	1	2
Yonne	1	1
Total sur la région	5	6

Respect des seuils annuels d'activité :

Le maintien de ces implantations (et pour la chirurgie des cancers, leur déclinaison par appareil anatomique) reste soumis à l'observation régulière du respect des seuils minimum annuels d'activité conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 29 mars 2007 ainsi que l'article R 6123-89 du Code de la Santé Publique (CSP), notamment à l'occasion des revues annuelles des contrats d'objectifs et de moyens.

En cas de constat du non respect du ou des seuils minimum annuels auxquels chaque établissement doit satisfaire, la procédure prévue à l'article L 6122-13 du CSP pourra être mise en œuvre. Au terme cette procédure, et s'il s'avère que l'établissement concerné est dans l'impossibilité d'assurer une activité conforme aux seuils, il pourra être procédé à la modification partielle de l'autorisation, soit à son retrait.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Activité non concernée.

5.3 Accessibilité (facultatif)

5.3.1 Accessibilité géographique

5.3.2 Accessibilité financière

Principe	Description et modalités
Permettre aux patients de pouvoir accéder au secteur 1	Dans les territoires de santé où les patients n'ont d'autre choix que le secteur 2, le renouvellement ou l'attribution d'autorisations de traitement du cancer sera conditionné à l'engagement de prise en charge en secteur 1 d'au moins 50 % des patients

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements
