

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

5.1 Implantations

Territoires de santé	Existant (nombre de plateaux chirurgicaux)	Cible SROS
Côte d'Or	9	7
Nièvre	4	4
Saône et Loire	10	9 ou 8
Yonne	4	4
Total sur la région	27	24 ou 23

Côte d'Or : sept implantations en cas de regroupement des trois établissements de la Générale de Santé sur l'agglomération dijonnaise.

Saône et Loire : regroupement des plateaux techniques à Paray le Monial
organisation complémentaire des deux plateaux techniques de la CUCM

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

Cf. le volet urgences.

Au vu du constat suivant :

- sur le territoire de Côte d'Or, 78 % des chirurgiens libéraux exerçant dans les 5 établissements privés de l'agglomération dijonnaise sont en honoraires secteur II,
- sur le territoire de la Nièvre, 58 % des chirurgiens libéraux sont en honoraires secteur II,
- en Saône et Loire, 60 % des chirurgiens libéraux sont en honoraires secteur II,
- dans l'Yonne, 80 % des chirurgiens libéraux sont en honoraires secteur II,

il conviendrait de garantir la possibilité d'une prise en charge en secteur I par territoire de santé, sachant que certaines spécialités chirurgicales ne sont déjà plus qu'accessibles via des professionnels inscrits en secteur II.

Principe d'égalité d'accès aux soins	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'autorisation de chirurgie sera conditionné à l'engagement de prise en charge en secteur 1 d'au moins 50 % des patients
<i>Source : enquête déclarative auprès des établissements juin 2011</i>	

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Afin d'optimiser les ressources médicales et de pérenniser une prise en charge chirurgicale, on procédera au regroupement des plateaux de chirurgie des établissements de Paray le Monial.

De même, pour améliorer l'efficacité des établissements de la CUCM, une complémentarité devra être effective entre les deux établissements de la CUCM.

Dans le cadre, d'une restructuration des trois cliniques de la Générale de Santé sur l'agglomération Dijonnaise, un projet de reconstruction d'un établissement neuf avec le regroupement de ces 3 établissements est envisagé dans les 5 ans à venir ;

Enfin, sur la durée du SROS et conformément à l'objectif général n°4, des regroupements de plateaux techniques pourront intervenir en fonction du niveau d'activité des établissements (inférieur à la recommandation de 1500 actes annuels).

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	3 ou 4		1

Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte d'Or	-	2 implantations à Dijon	-	3 cliniques de Dijon
Nièvre	-		-	-
Saône et Loire	-	1 implantation à Paray et, le cas échéant, 1 implantation sur la CUCM		-
Yonne	-		-	-

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Chirurgie	Optimiser les ressources en chirurgiens et anesthésistes au niveau régional	Nombre d'internes en anesthésie et en chirurgie formés par an		- 18 internes en chirurgie / an - 11 anesthésistes /an
	Développer la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire	Part de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de soins de chirurgie	35,6%	40%
	Organiser les filières spécialisées de chirurgie et la PDS par territoire	Taux d'établissements dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'opérations est supérieur au seuil national de 50% (CPOM ARS)	47%	72%
	Améliorer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux	Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1 500 séjours	2	0

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Chirurgie	Optimiser les ressources en chirurgiens et anesthésistes au niveau régional	Nombre d'astreintes communes « public- privé » / territoires de santé
		% d'établissements de santé ayant inscrit des objectifs d'organisation territoriale mutualisée des astreintes chirurgicales dans leurs CPOM
	Développer la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire	Taux de réalisation du programme de MSAP chirurgie ambulatoire
		Taux d'évolution de l'activité en chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs à l'issue de la période de MSAP
		Nombre d'établissements de santé accompagnés par l'ARS pour développer la chirurgie ambulatoire
		Taux d'évolution des séjours en chirurgie ambulatoire / territoire de santé
	Organiser les filières spécialisées de chirurgie et la PDS par territoire	Mise en place d'un groupe de travail régional pour améliorer les filières de prise en charge des diverses spécialités chirurgicales
		Nombre de GCS créés incluant l'activité de chirurgie / territoires de santé
		Nombre de plateaux de chirurgie en Bourgogne
	Améliorer la qualité et sécurité des soins chirurgicaux	Taux de réhospitalisations en chirurgie à 30 jours
		Nombre de conventions signées avec des IDE libérales pour la prise en charge de la douleur
		% d'établissements ayant un taux de traçabilité de l'évaluation de la douleur inférieur au seuil national



Soins aux détenus

1 Champ et périmètre de l'activité

Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale, ce principe, fondement de la loi du 18 janvier 1994, est réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

La loi du 18 janvier 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier avec la création au sein des établissements pénitentiaires :

- des UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

L'UCSA est rattachée à un service hospitalier de l'établissement de santé implanté à proximité de l'établissement pénitentiaire.

L'établissement de santé est chargé, sur place :

- de dispenser les soins aux personnes détenues dont l'état de santé ne nécessite ni hospitalisation, ni consultation ou examen en milieu hospitalier
- d'assurer des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées (dont la psychiatrie)
- de coordonner les actions de dépistage
- d'élaborer un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.

Il organise également la réponse médicale aux urgences. A ce titre, les établissements de santé de rattachement des UCSA disposent pour les soins de courte durée (< à 48 heures), de chambres sécurisées.

- du SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

Il constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur. Le SMPR propose l'ensemble des activités de soins ambulatoires et de prise en charge à temps partiel (consultations, entretiens, activités thérapeutiques à temps partiel, ateliers thérapeutiques, hospitalisation de jour). Des locaux spécifiques lui sont affectés, si possible attenants et communicants avec ceux de l'UCSA.

L'article R.6112-16 du code de la santé publique précise que les modalités d'intervention de l'établissement public de santé sont fixées par un protocole signé par le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil de surveillance.

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie, un protocole complémentaire est signé dans les mêmes conditions, avec l'établissement de santé concerné. Le protocole prévoit les modalités de concertation périodique entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé sur ses conditions d'application.

Le dispositif de soins pour les personnes détenues est complété au niveau interrégional par :

- les UHSI, unités hospitalières sécurisées interrégionales
Elles correspondent aux hospitalisations réalisées en dehors de l'urgence et de la très courte durée : UHSI de Paris pour la Nièvre et l'Yonne, UHSI de Lyon pour la Côte d'Or et la Saône et Loire.
- les UHSA, unités d'hospitalisation spécialement aménagées pour les hospitalisations avec ou sans consentement, implantation à vocation interrégionale : CHS Le Vinatier à Lyon pour le Sud de la Bourgogne (Côte d'Or et Saône et Loire) qui accueille des patients depuis mai 2010, UHSA d'Orléans pour le Nord (Nièvre et Yonne) dont la date prévisible d'ouverture est arrêtée au 1^{er} septembre 2012.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

La santé des détenus n'a pas fait l'objet d'un volet dans le précédent SROS.

La Bourgogne est rattachée depuis la réforme de la carte judiciaire à l'interrégion pénitentiaire Centre. Elle compte 5 établissements pénitentiaires :

- Côte d'Or : maison d'arrêt (MA) de Dijon (capacité théorique : 131 places quartier hommes, 40 pour le quartier femmes)
- Nièvre : MA de Nevers (capacité théorique : 144 places)
- Saône et Loire : centre de détention (CD) et MA de Varennes le Grand (capacité théorique : 400 places, dont 15 pour le quartier mineur)
- Yonne : CD de Joux la Ville (capacité théorique : 502 places pour le quartier hommes, 100 pour le quartier femmes, pas de mineurs) et MA d'Auxerre (capacité théorique : 100 places)

Il faut noter les taux d'occupation supérieurs aux capacités théoriques au sein des maisons d'arrêt.

Les locaux de l'UCSA, sont selon les rapports d'inspection (plan triennal 2006-2008), exigus ou inadaptés ou étroits pour 3 d'entre elles. Ils ne comportent pas de local pour le kiné (4/5), le bureau pour les psychologues est en dehors des locaux de l'UCSA (2/5).
L'aménagement d'une cellule permettant l'accueil d'une personne handicapée est noté dans 2 cas (il est partiel dans un, car il ne concerne que le quartier homme).

Les projets immobiliers et de restructuration :

En 2013 : ouverture de nouveaux quartiers dits quartiers nouveau concept (QNC) d'une capacité de 90 places qui recevront des courtes peines, des semi-libres:

- à la maison d'arrêt de Dijon. L'implantation n'est pas fixée (Chevigny ou Quetigny) ce qui pose la question de l'organisation de l'UCSA ;
- au CP de Varennes le Grand. Cette implantation pourrait conduire au déplacement du quartier de semi-liberté et à la récupération de ces locaux pour l'UCSA.

En 2016, selon le dossier de presse du jeudi 5 mai 2011, projet de

- reconstruction de la MA de Dijon pour une capacité de 476 places. On ne dispose pas à ce jour d'informations précises relatives aux locaux dédiés au SMPR, notamment en ce qui concerne le nombre de places en hébergement.
- maintien de la MA de Nevers (par rapport à l'annonce de juillet 2010).

En termes de financement, les soins aux personnes détenues constituent une mission de service public financée par une MIG (mission d'intérêt général) spécifique ou par la dotation globale.

2 MIG sont identifiées, une pour les UCSA et une pour les chambres sécurisées, à hauteur de 3 715 966 euros.

Des moyens complémentaires ont été attribués pour la prise en charge des AICS (Auteurs d'infractions à caractère sexuel) (555 000,00 euros), soit un total de 4 270 966 euros.

Il convient de noter, que la dotation versée au titre des MIG UCSA et chambres sécurisées pour détenus, mentionnées dans l'arrêté du 13 mars 2009, ne finance pas la totalité des dépenses de santé des détenus.

Les UCSA sont considérées comme des unités de consultations et, à ce titre, tous les actes qui y sont réalisés doivent être facturés selon les nomenclatures correspondantes, NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels) et CCAM (Classification commune des actes médicaux), la dotation MIG ne constituant qu'un financement complémentaire à ces recettes. Il en va de même pour les chambres sécurisées.

Depuis la loi de 1994, toutes les activités facturables, qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de consultation, doivent être facturées pour la part sécurité sociale aux caisses de rattachement des détenus, et pour la part ticket modérateur et forfait journalier, à l'administration pénitentiaire, d'où la nécessité d'un recueil exhaustif des données d'activité relatives aux consultations.

La déclinaison au niveau régional, des soins aux personnes détenues se fait quant à elle, selon l'organisation suivante :

Les soins somatiques

- Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)
Elles sont rattachées à un service hospitalier :
 - pôle des pathologies digestives endocriniennes et métaboliques du CHU (centre hospitalier universitaire) pour la MA de Dijon
 - centre hospitalier (CH) de Nevers pour la MA de Nevers
 - service des urgences du CH de Chalon/Saône pour le CD et la MA de Varennes le Grand
 - service de médecine 1 du CH d'Auxerre pour le CD de Joux la Ville et service des urgences du CH d'Auxerre pour la MA d'Auxerre.

Une consultation entrant systématique est organisée au niveau de chaque UCSA, (médecin, infirmier, infirmier de psychiatrie).

Pour la permanence des soins, une astreinte hospitalière est notée dans une UCSA, sinon elle est assurée à partir du centre 15, une convention avec la médecine libérale existe pour Dijon (SOS médecins) et pour Joux la Ville.

3 UCSA déclarent participer à la préparation à la sortie (versant somatique et/ou psychiatrique), un partenariat avec la CPAM et le SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation) est développé dans 2 établissements pénitentiaires et une plateforme sociale est mise en œuvre à Dijon.

La consultation de sortie est de réalisation récente et il convient de noter qu'un écart persiste entre la date théorique et celle réelle de sortie. Le niveau de mise en œuvre est variable, soit elle est réalisée à la demande, soit le détenu est convoqué et une lettre est envoyée à son médecin traitant.

Financement MIG 2010 pour les 5 UCSA : 3 533 566 €.

- Les chambres sécurisées
Elles sont destinées aux hospitalisations de très courte durée (< à 48 h) : 9 chambres existent selon les déclarations des établissements de santé (3 au CHU, 2 au CH de Nevers, 2 au CH de Chalon sur Saône, 2 au CH d'Auxerre, dont 6 inscrites au Schéma national d'hospitalisation des personnes détenues).
Financement MIG 2010 : 182 400 €

Les soins en santé mentale

Ils sont réalisés au niveau :

- des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) : intervention de l'équipe de secteur de psychiatrie générale des 4 CHS (centre hospitalier spécialisé) de la région. Pour les 3 UCSA ayant renseigné l'item (rapport d'activité 2009), une seule dispose d'une astreinte hospitalière psychiatrique.
- du service médico-psychologique régional pour les personnes hospitalisées avec leur consentement : à la MA de Dijon, rattachée au CHS de la Chartreuse
- du secteur psychiatrique : hospitalisation sans consentement sous le seul régime de l'hospitalisation d'office (art. D.398 du code pénal) dans les 4 CHS de la région
- du CRIAVS (centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle)

Il est basé au CHS de la Chartreuse à Dijon, il a une vocation régionale et ses missions sont :

- o de développer la prévention en lien avec les acteurs
- o de constituer un lieu de recours et de soutien pour les équipes de prise en charge de proximité
- o d'animer des échanges sur les pratiques avec les équipes soignantes
- o d'assurer les formations des professionnels de santé et de la justice (formations croisées)
- o de développer une documentation spécialisée
- o d'impulser la recherche et l'évaluation des pratiques
- o de prendre en charge les cas cliniques les plus complexes.

Les moyens en personnel : 1 psychiatre, 1,5 psychologue, 1 IDE, 1 secrétaire.

Le CRIAVS de Bourgogne a été mis en place en fin d'année 2010. Financement 2010 : 320 000 €.

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

Une augmentation des moyens budgétaires des établissements de santé dans le cadre du plan national anti-récidive a été réalisée sous forme d'équipe mobile ou de consolidation des équipes en place.

Le CD de Joux la Ville a été identifié par l'administration pénitentiaire, au niveau de la région, comme établissement devant principalement recevoir les auteurs d'infractions à caractère sexuel (45% de l'effectif de la population pénale homme au 31 décembre 2010). Un renforcement de l'équipe soignante a été réalisé dans ce cadre, à raison de 0,5 ETP (équivalent temps plein) de psychiatre, 2 ETP de psychologues, 1,5 ETP d'infirmier et un temps de secrétariat.

Au regard de la situation défavorable de la démographie médicale dans l'Yonne, notamment des psychiatres, une rencontre entre le CHS de l'Yonne et celui de la Chartreuse à Dijon a eu lieu. Le principe du renforcement de l'équipe soignante pour les psychologues, les infirmiers et le secrétariat à partir du CHS de l'Yonne et du temps de psychiatre à partir du CHS de la Chartreuse a été acté.

La prévention et la promotion de la santé

- **L'éducation à la santé**

118 971 euros ont été versés de 2007 à 2010 par le GRSP (Groupement régional de santé publique) puis par l'ARS pour des actions ciblées à l'attention de personnes détenues ou sous main de justice. Les deux tiers de ces actions (78771 euros) ont porté sur les conduites addictives avec une prédominance de la thématique "alcool".

Dans les rapports d'inspection réalisés dans le cadre du plan triennal 2006-2008, pour les actions d'éducation à la santé, sont relevés les termes "à développer", ou "à relancer" ou "faible" pour 4 UCSA.

Des actions d'éducation à la santé sont développées par les équipes des UCSA, notamment sur les thématiques suivantes : alimentation, hygiène buccodentaire, alcool, tabac, hépatite....

Il n'y a pas de COPIL (comité de pilotage) et les moyens humains sont limités pour développer ces actions. Dans certains cas, celles mises en place ne sont pas suivies par les détenus.

- **L'éducation thérapeutique**

L'UCSA de Dijon est rattachée au pôle "endocrino/diabète/gastroentérologie", les médecins intervenant sont diabétologues. 1 IDE se partage entre l'UCSA et le pôle diabétologie.

A Varennes le Grand : intervention d'une IDE de la CDAG.

A Joux la Ville : intervention d'un infectiologue du CHU (1fois/mois), de l'ELSA (Equipe de liaison et de soins en addictologie). 1 IDE référente fait de l'éducation thérapeutique et participe au COREVIH (Coordination régionale de lutte contre le VIH).

- **La santé buccodentaire**

La MA de Dijon dispose de 0.5 ETP de chirurgien dentiste, Varennes le Grand de 0.8 ETP, Joux la Ville de 0.4 ETP et la MA d'Auxerre d'un 0.25 ETP. Certaines de ces vacations sont réalisées sans le concours d'un assistant. Ces temps sont jugés insuffisants.

Le problème du statut de l'assistant dentaire est souligné dans le secteur public, où le recrutement s'opère sur des postes d'aide soignant (rémunération différente).

Les contraintes du milieu pénitentiaire avec les contre-appels écourtent les temps disponibles pour ces consultations.

- **Les dépistages**

Un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) intervient dans chacune des UCSA. Le dépistage des hépatites B, C, du VIH, de la syphilis est systématiquement proposé lors de la visite entrant. En cas de refus de la personne détenue, l'offre de dépistage est renouvelée dans 3 UCSA (source : rapports d'inspection plan triennal).

En cas de résultat positif, une consultation est réalisée par un médecin. Pour un résultat négatif, il peut s'agir d'une consultation par un IDE ou d'un rendu simple.

Néanmoins, il est souligné des difficultés dans le rendu des résultats (délais longs, voire pas de rendu), à Varennes le Grand.

Le service de lutte antituberculeuse intervient dans 3 des 5 UCSA. Le dépistage de la tuberculose est réalisé dans les 5 UCSA.

Le dépistage organisé des cancers est mis en œuvre pour le cancer du sein, dans les 2 UCSA concernées.

Pour le cancer colorectal, à Varennes le Grand et Joux la Ville, il y a prescription du test, remise du kit après explication. Pour Dijon, il n'y a pas de demande, mais ça peut être lié à la durée de la peine qui est courte.

- **Les conduites addictives**

La note interministérielle du 9 août 2001 précisant les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant une dépendance aux produits licites ou illicites, a permis une coordination des acteurs de la santé et du secteur pénitentiaire même si les protocoles prévus n'ont pas été signés.

Un repérage systématique à l'entrée des personnes ayant une consommation abusive ou une dépendance à un produit licite ou illicite est mis en place dans les 5 UCSA, une UCSA utilise pour cela une grille élaborée en interne. Une consultation "tabac" est organisée dans 2 UCSA et la mise à disposition de substituts nicotiniques par l'établissement de santé est réalisée pour 4 des 5 UCSA (source : rapports d'inspection).

Tous les établissements assurent un accès aux TSO (traitement de substitution aux opiacés), 202 patients sont sous méthadone et 208 sous buprénorphine haut dosage selon les rapports d'activité 2009 ; deux UCSA ont réalisé 32 traitements de substitution au tabac.

La dispensation de la méthadone était réalisée au niveau de l'UCSA à Varennes le Grand, dorénavant elle l'est en détention, ce qui pose problème en termes de confidentialité.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ex CSST (centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie) interviennent dans les 5 établissements pénitentiaires avec des moyens qui jusqu'en 2009, n'étaient pas pérennes, notamment en alcoologie.

Pour la maison d'arrêt de Dijon, il existe un CSAPA pénitentiaire qui a une vocation régionale, à l'instar du SMPR auquel il est rattaché (gestion par le CHS de La Chartreuse).

Une consultation médicale hebdomadaire en addictologie est financée par la MIG dans les maisons d'arrêt d'Auxerre et de Nevers mais n'est encore assurée que dans celle d'Auxerre, depuis fin octobre 2010.

Le CD de Joux la Ville n'a plus de vocation de CSAPA. Le CP de Varennes le Grand bénéficie de l'intervention de 2 CSAPA (anciennement SDIT, ANPAA) mais avec des temps insuffisants.

- **La réduction des risques**

Les recommandations du rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de la transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral sont appliquées dans 4 UCSA.

Les détenus sont informés des motifs de prévention liés à la distribution d'eau de javel dans leurs cellules dans 3 UCSA.

Les préservatifs sont facilement disponibles dans 4 cas sur 5 (via l'UCSA, les professionnels des CDAG). Dans un cas, ils ne le sont pas, sauf par l'intermédiaire de la CDAG.

Un accompagnement de la population pénale à la compréhension de la mise à disposition des préservatifs en détention est réalisé dans 3 UCSA.

Les UCSA disposent d'un accès au traitement post-exposition (TPE).

A noter, l'existence d'un sous-groupe pénitentiaire du COREVIH (coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH).

- **La prévention du risque suicidaire**

Depuis 2002, un partenariat a été établi entre les services pénitentiaires et le ministère de la santé, dans le cadre de la stratégie nationale d'action face au suicide.

C'est dans ce cadre qu'un psychiatre et un psychologue du SMPR de Dijon ont pu suivre la formation nationale dispensée par JL Terra sur "le repérage et la gestion de la crise suicidaire" organisée par le ministère, leur permettant de former localement les personnels intervenant en milieu carcéral. Depuis, des psychologues des services pénitentiaires, des cadres formateurs, des cadres surveillants ont aussi été formés pour être formateur au niveau interrégional, afin de démultiplier les formations sur site ou regroupées sur Dijon.

Des personnels de l'administration pénitentiaire, du SPIP, des UCSA ont ainsi, été formés en Bourgogne, l'objectif étant d'assurer la formation d'environ 120 agents/an (formation continue).

Dans un cadre plus général, des journées d'échanges sont organisées tous les 2 ans à Dijon et ont permis d'associer les personnels pénitentiaires formés "à la gestion et au repérage de la crise suicidaire" aux autres professionnels formés dans le cadre pluridisciplinaire sur la Bourgogne.

Depuis 2009, les recommandations du rapport de la Commission Albrand ont permis à l'administration pénitentiaire de mettre en œuvre plusieurs actions et particulièrement d'installer une CIPSSAS (Commission interrégionale de prévention du suicide et de suivi des actes suicidaires) à Dijon.

Cette commission se réunit tous les 2 mois et rassemble des représentants de l'administration pénitentiaire, des UCSA, de l'ARS... Elle permet de réaliser une analyse des cas de suicide survenus dans un établissement pénitentiaire de l'interrégion et de dégager des axes de progrès ; c'est également le lieu de suivi et d'animation de la politique de prévention du suicide.

La psychologue du SMPR qui a suivi la formation visée ci-dessus, est partie.

Le personnel de l'UCSA de Varennes le Grand n'a pas encore bénéficié de la formation dispensée par les formateurs.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux pour les 5 UCSA	Rapport d'activité 2009
Consultations de médecine générale en UCSA	16 947
Consultations dentaires	3 955
Dépistage VIH	933
Dépistage Hépatite B	914
Dépistage Hépatite C	794
Traitements substitutifs aux opiacés (méthadone et buprénorphine)	408

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristique territoriale (source : rapport d'activité 2009)			
	Consultations de médecine générale	Consultations dentaires	Dépistage VIH	Traitements substitutifs aux opiacés (méthadone et buprénorphine)
Cote d'Or	3978	694	341	96
Nièvre	648	66	73	12
Saône et Loire	6626	1877	239	115
Yonne	5895	1318	280	185
Bourgogne	16 947	3955	933	408

Il est difficile de rapprocher ces données d'activité des capacités théoriques des établissements pénitentiaires en raison notamment du taux d'occupation, différent selon le type d'établissement (maison d'arrêt ou centre pénitentiaire) et de la durée de séjour, courte pour les maisons d'arrêt (entraînant un "turn over" important), longue pour les centres de détention.

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Selon le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 du Ministère, les prévalences des infections par le VIH, le VHC et le VHB en milieu carcéral sont plus élevées qu'en population générale du fait d'une surreprésentation des usagers de drogues par voie intraveineuse en milieu carcéral. Près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomane.

En Bourgogne, la standardisation des rapports d'activité des UCSA a été mise en place en 2008. Pour les données ayant un taux de réponse de 100%, on constate une augmentation des consultations de médecine générale (15198/16947) et une baisse des consultations dentaires (4028/3955), certainement à rapprocher des difficultés rencontrées par certaines UCSA à disposer de vacations de dentiste.

Le nombre d'établissements pénitentiaires ne va pas évoluer au cours de la durée du PRS, mais le nombre de détenus risque d'augmenter si les 2 projets de quartiers de courte peine sur Dijon et Chalon sont mis en œuvre en 2013.

Les besoins portent donc sur :

- la prise en charge des addictions aux drogues licites et illicites
- la prise en charge psychiatrique (temps d'intervention, diversification des modalités de prise en charge)
- les actions d'éducation à la santé, dont le développement est insuffisant (moyens, formalisation, adhésion des détenus...)
- les soins dentaires.

Par ailleurs, le vieillissement de la population carcérale est souligné et la dépendance qui l'accompagne devra être prise en considération.

Enfin, l'impact du projet immobilier avec en 2013 l'ouverture de nouveaux quartiers "courte peine" à Dijon et à Varennes le Grand et en 2016, la construction d'un nouvel établissement pénitentiaire de 476 places à Dijon avec une augmentation du nombre de détenus et en corollaire celle des MIG, devra faire l'objet d'un suivi.

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Nombre d'UCSA	Nombre de SMPR	Nombre de CRIAVS	Nombre de places en établissements pénitentiaires
Cote d'Or	1	1	1	171
Nièvre	1			144
Saône et Loire	1			400
Yonne	2			702
Bourgogne	5	1	1	1417

2.3.2 Démographie des professionnels de santé

- Les professions médicales

Les données relatives aux médecins généralistes correspondent aux effectifs salariés et libéraux au 1^{er} janvier 2010 (fichier ADELI). Pour les chirurgiens dentistes les données sont issues du SNIIRAM 2010 (Système national d'informations inter-régions de l'assurance maladie) avec les effectifs tenant compte des cabinets secondaires, sauf pour celles nationales issues de STATISS 2010.

Leurs densités sont calculées pour 100 000 habitants sur la base des estimations de population 2009 de l'INSEE pour les médecins et 2008 pour les chirurgiens dentistes.
Pour les psychiatres, source ARS 2010 :

	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
Médecin généraliste						
* Nombre	910	285	738	453	2386	100815
* Densité	174.01	129.65	133.01	132.03	145.42	161.37
* 55 ans et +	33%	45%	38%	44%	38%	37%
Psychiatre						
* Nombre	99	25	76	54	254	13654
* Densité	19	11.3	13.8	15.8	15.5	22
* 55 ans et +	40%	43%	43%	46%	43%	36%
Chirurgien dentiste						
Effectif	270.7	102.8	249.4	135.7	758.5	37 289*
Densité	51.889	46.57	45.028	39.624	46.291	60*
55 ans et +	37%	42%	41%	48%	41%	

En gras : valeur supérieure ou égale à celle nationale

A noter, pour les chirurgiens dentistes, selon STATISS 2010 "Les régions françaises" (praticiens en exercice au 01.01.2009, nombre et densité pour 100 000 habitants), la densité est de 46 en Bourgogne et 60 au niveau national.

La Bourgogne présente des densités pour 100 000 habitants inférieures à celles nationales pour ces 3 spécialités.

En ce qui concerne les psychiatres, la Nièvre a une densité jusqu'à 2 fois inférieure à celle nationale. Pour atteindre au niveau de la région la même densité que celle observée France entière, il en manque environ 90.

Un effort de formation a été réalisé depuis l'année universitaire 2007-2008, avec 47 postes offerts à l'examen classant national pour la période de 2007 à 2011. Actuellement 49 internes sont en formation dans la spécialité psychiatrie dans 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
Infirmier						
* Nombre	4595	1708	4130	2449	12882	479622
* Densité	878.63	777.02	744.36	713.77	785.14	767.72
Masseur-Kiné						
* Nombre	595	162	432	240	1429	68923
* Densité	113.77	73.70	77.86	69.95	87.10	110.32
Orthophoniste						
* Nombre	139	52	98	56	345	19247
* Densité	26.58	23.66	17.66	16.32	21.03	30.81
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
* Densité	12.43	14.56	6.49	10.20	10.24	12.02

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).

Des difficultés sont notées dans la prise en charge des détenus, au regard de la situation défavorable de la démographie médicale, notamment des psychiatres, mais également des chirurgiens dentistes. A noter, le temps insuffisant d'intervention de psychiatre était déjà relevé dans 3 des rapports d'inspection (plan triennal).

Le recrutement du temps de psychiatre financé pour la prise en charge des AICS à Joux la Ville n'a pas été réalisé malgré la coopération mise en place entre le CHS de l'Yonne et de la Chartreuse, afin de faciliter celui-ci.

2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

- une offre limitée par la configuration des locaux qui constitue une entrave à la réalisation des soins et à leur extension : développement d'alternatives en psychiatrie comme les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).
- un développement insuffisant de l'informatisation des UCSA (impact sur l'organisation des soins, le recueil de données, la facturation....).
- des extractions qui ne sont pas toujours réalisées avec en corollaire des consultations ou des soins non effectués.
- une télémedecine non développée. Les facteurs limitant à cette technique : la mobilisation de 2 praticiens, le temps nécessaire à la réalisation de la consultation pour les praticiens de l'UCSA, les conditions d'accès à la visioconférence, le niveau d'investissement insuffisant des praticiens de certains CH de rattachement.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : améliorer la prévention et la promotion de la santé

Il convient de noter que la population carcérale est l'une des populations prioritaires du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis. Les objectifs spécifiques 1 et 2 seront déclinés dans le cadre de ce programme.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Poursuivre le programme de formation sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire dans les établissements pénitentiaires à partir des formateurs régionaux ayant suivi la formation « Terra » afin d'améliorer la prévention du risque suicidaire</p>	<p>Réalisation du bilan du nombre de personnes formées, à former et du nombre de formateurs disponibles pour la région</p>
<p>Objectif spécifique n°2 Développer l'éducation à la santé au niveau des établissements pénitentiaires de la région et engager une réflexion sur la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un groupe de travail régional associant notamment les personnels des UCSA, de l'administration pénitentiaire, des associations, des membres de l'ARS. Ce groupe aurait pour mission de recenser les besoins des UCSA, de définir des programmes, ainsi que leurs modalités de mise en œuvre, en lien notamment avec des promoteurs du secteur associatif qui pourraient en assurer la déclinaison au sein de l'établissement pénitentiaire - Intégrer la réflexion sur le développement de l'éducation thérapeutique dans le cadre du groupe de travail régional
<p>Objectif spécifique n°3 Améliorer l'hygiène et les soins bucco-dentaires en établissement pénitentiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les vacations de dentistes, d'assistants - En ce qui concerne le statut des assistants dentaires dans le public, un projet de loi est à l'étude
<p>Objectif spécifique n°4 Garantir aux détenus l'accès au dispositif de droit commun de dépistage</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Améliorer le rendu des résultats (modalités, délais) 2 - Etudier la mise en place de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°5 Optimiser la dispensation des traitements substitutifs aux opiacés (TSO)	Assurer la confidentialité lors de la dispensation de la méthadone au niveau de l'EP de Varennes le Grand
Objectif spécifique n°6 Inciter au recours à la télé-médecine	Développer la télé-médecine, notamment dans le cadre des consultations pré-anesthésiques, en lien avec le programme régional de télé-médecine

3.2 Objectif général n°2 : assurer une prise en charge psychiatrique adaptée et diversifiée des détenus

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Inciter au développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel	Mettre en œuvre des CATTTP, en priorité sur le CP de Varennes le Grand, la MA d'Auxerre et de Nevers
Objectif spécifique n°2 Assurer la présence d'un mi-temps de psychiatre au centre de détention de Joux-la-Ville pour garantir la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel	

3.3 Objectif général n°3 : mieux définir le rôle du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Définir le périmètre des missions régionales du CSAPA	

3.4 Objectif général n°4: adapter l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus au nouveau programme immobilier des établissements pénitentiaires sur la région

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Maintenir les cinq implantations d'UCSA existantes	En termes d'implantation, maintien des 5 UCSA (avec ouverture éventuellement d'une antenne sur Dijon)
Objectif spécifique n°2 Assurer un suivi de l'impact de l'ouverture de deux quartiers nouveau concept à Dijon et Varennes le Grand, sur les modalités de prise en charge des détenus	- Suivi du projet immobilier (lieux, modalités d'organisation...) et mesure de l'impact sur les MIG - Pour Varennes le Grand, dans le cadre de l'ouverture du quartier nouveau concept, étudier la possibilité d'aménager les locaux de la semi-liberté pour l'UCSA.
Objectif spécifique n°3 Assurer un suivi de l'impact du projet de reconstruction de la maison d'arrêt de Dijon sur les modalités de prise en charge des détenus	Suivi du projet immobilier (lieux, modalités d'organisation...) et mesure de l'impact sur les MIG

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

La gradation des soins pour la prise en charge sanitaire des détenus est fixée par la réglementation (voir 2.1).

Ainsi, dans le domaine des soins somatiques :

- l'UCSA est chargée d'assurer les consultations auprès des détenus,
- les chambres sécurisées sises dans les centres hospitaliers de rattachement des UCSA, accueillent les hospitalisations de courte durée (inférieures à 48 heures),
- l'UHSA reçoit les hospitalisations supérieures à 48 heures, dans le cadre d'une organisation interrégionale.

Pour ce qui concerne les soins psychiatriques :

- l'UCSA assure les consultations psychiatriques,
- le SMPR prend en charge l'hospitalisation de jour, pour des soins librement consentis
- les services psychiatriques des établissements de santé accueillent les hospitalisations d'office,
- l'UHSA reçoit les hospitalisations psychiatriques avec ou sans consentement dans le cadre d'une organisation interrégionale,
- le CRIAVS vient en appui au niveau régional comme centre de ressources spécialisé pour la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

4.2 Missions de service public

Les soins aux personnes détenues constituent une mission de service public remplie par les structures hospitalières de rattachement des UCSA.

Elle se traduit par l'existence d'une MIG (mission d'intérêt général), destinée à garantir le financement des UCSA de la région et des chambres sécurisées, qui ne couvre pas l'intégralité des moyens consacrés à cette thématique.

Les 4 centres hospitaliers de rattachement des 5 UCSA sont :

- le CHU pour l'UCSA de la MA de Dijon
- le CH de Nevers pour l'UCSA de la MA de Nevers
- le CH de Chalon pour l'UCSA du CD et de la MA de Varennes le Grand
- le CH d'Auxerre pour la MA d'Auxerre et le CD de Joux la Ville.

L'établissement de santé de rattachement de l'UCSA est chargé d'assurer, au sein de l'établissement pénitentiaire, notamment des prestations relevant de la médecine générale, des soins dentaires, des consultations spécialisées (dont la psychiatrie).

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie, un protocole complémentaire est signé avec l'établissement de santé concerné, afin d'assurer ces consultations au sein de l'UCSA. Ainsi les 4 CHS de la région mettent à disposition du personnel intervenant au sein des UCSA :

- CHS de la Chartreuse pour la MA de Dijon
- CHS de la Charité sur Loire pour la MA de Nevers
- CHS de Sevrey pour la MA et le CD de Varennes le Grand
- CHS de l'Yonne pour la MA d'Auxerre et le CD de Joux la Ville.

Il n'existe pas de système de permanence des soins rémunérant une ligne d'astreinte pour cette activité, les urgences en milieu carcéral passant par le système de régulation du centre 15.

4.3 Articulation entre établissement de santé et établissement pénitentiaire

L'article R.8112-16 du code de la santé publique précise que les modalités d'intervention de l'établissement public de santé sont fixées par un protocole signé par le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil de surveillance.

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie, un protocole complémentaire est signé dans les mêmes conditions, avec l'établissement de santé concerné. Le protocole prévoit les modalités de concertation périodique entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé sur ses conditions d'application.

4.4 Coopération

Les soins aux détenus ne sont pas concernés par cet item.

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

5.1 Implantations

Territoires de santé	UCSA existant	Cible SROS
Cote d'Or	1	1
Nièvre	1	1
Saône et Loire	1	1
Yonne	2	2
Bourgogne	5	5

Le nombre d'implantations des UCSA devrait rester fixé à 5, sous réserve que l'ouverture du quartier nouveau concept à Dijon, en dehors du site de la maison d'arrêt, sise rue d'Auxonne, ne nécessite pas la mise en place d'une antenne ou d'une nouvelle UCSA sur l'agglomération dijonnaise.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3 Accessibilité

5.3.1 Accessibilité géographique

On peut constater des problèmes d'accessibilité géographique pour le centre de détention de Joux-la-Ville dans l'Yonne qui est installé à grande distance (40 km) de son établissement sanitaire de rattachement (le centre hospitalier d'Auxerre), mais l'implantation de cette structure est imposée par le ministère en charge de la justice, de même en ce qui concerne la nature des infractions (le CD est amené à accueillir pour une grande part de sa capacité des auteurs d'infraction à caractère sexuel).

Le dispositif de prise en charge interrégionale des détenus pour des hospitalisations, au sein d'une UHSI ou d'une UHSA fait également partie d'un schéma d'implantation fixé par ce même ministère.

5.3.2 Accessibilité financière

Non concerné

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Il n'y a pas de suppression d'implantations prévue, voir remarque dans le chapitre 5.1, sur le projet de quartier de courte peine sur Dijon.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Soins aux détenus	Améliorer la prévention et la promotion de la santé	Nombre de professionnels ayant suivi la formation « Terra » sur la prévention du risque suicidaire		120 agents/an
	Assurer une prise en charge psychiatrique adaptée et diversifiée des détenus	Nombre de détenus accueillis en CATTP		
	Mieux définir le rôle du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire	Nombre d'interventions des CSAPA dans les établissements pénitenciers		
	Adapter l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus au nouveau programme immobilier des établissements pénitentiaires sur la région	Adaptation de l'organisation sanitaire au nouveau programme immobilier (Oui / en grande partie / partiellement / non)		Oui

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Soins aux détenus	Améliorer la prévention et la promotion de la santé	Nombre de sessions de formation « Terra » réalisées
		Nombre de formateurs « Terra » en Bourgogne
		Nombre de séances d'éducation à la santé et de programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre
		Nombre de détenus participant aux actions d'éducation à la santé
		Temps de vacation de chirurgien dentiste par établissement
		Nombre d'établissements ayant formalisé le circuit de remise des tests Hemocoût
		Nombre d'établissements ayant mis en œuvre le test rapide d'orientation diagnostique pour le dépistage du VIH
		Temps de vacation de psychiatre dans les établissements pénitentiaires
	Mieux définir le rôle du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire	Nombre d'interventions du CSAPA pénitentiaire auprès des ELSA d'autres établissements de Bourgogne
	Adapter l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus au nouveau programme immobilier des établissements pénitentiaires sur la région	Nombre de protocoles révisés pour organiser la prise en charge sanitaire des détenus dans les nouveaux établissements pénitentiaires



Examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales

1 Champ et périmètre de l'activité

L'activité d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales, ou génétique constitutionnelle post-natale fait l'objet pour la première fois d'un schéma régional d'organisation des soins.

La génétique post natale exclut le diagnostic prénatal ainsi que le dépistage néonatal, traités dans le cadre du SROS périnatalité.

En outre, la génétique somatique (information sur une tumeur ou sur une maladie non transmissible, ex : leucémie) n'entre pas dans le champ du SROS génétique.

La génétique constitutionnelle post natale a pour objet :

- de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Cette activité mixte comprend une partie clinique et une partie biologique (cytogénétique et génétique moléculaire), qui doivent être coordonnées.

Les orientations nationales portent donc sur trois objectifs principaux :

- organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge
- rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers
- mettre en place une offre graduée dans les analyses diagnostiques et favoriser le regroupement de l'activité d'analyse et post-analyse pour parvenir à un nombre restreint de plateaux techniques de qualité

Types de patients concernés

- Patients atteints d'une maladie génétique :

les maladies génétiques représentent 80% des maladies dites « rares » (moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée) telles que la mucoviscidose, la dystrophie musculaire de Duchenne, la phénylcétonurie, les troubles de l'hémostase...

Les syndromes avec anomalies du développement physique (dysmorphie, malformation, anomalie du développement neurologique) ou du développement psychique (retard psychomoteur et déficience mentale, troubles du comportement parfois autistiques), représentent 1 à 3% de la population française et font de plus en plus l'objet de consultations en vue de recherches sur une origine génétique, favorisées grâce à la création de centre de référence « maladies rares »

- Patients porteurs de gènes de prédisposition au cancer :

5% des cancers sont à prédisposition génétique. L'identification d'une personne porteuse d'une mutation de prédisposition à un cancer a pour objectif de lui faire bénéficier, ainsi qu'à ses apparentés, de mesures de prévention et d'un suivi adapté (oncogénétique)

- Patients amenés à recevoir certains traitements médicamenteux :

pharmacogénétique étudie les facteurs génétiques affectant la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments influençant la réponse de l'organisme aux médicaments. Elle permet ainsi l'optimisation des traitements médicamenteux notamment anticancéreux, tant en termes d'efficacité que de sécurité d'emploi. L'ajustement de la dose, voire même de la décision d'administrer ou non un médicament chez une personne en fonction de ses caractéristiques génétiques, ouvrent la voie à un nouveau concept de « médecine personnalisée ». Les demandes sont très liées à la dynamique de la recherche dans ce domaine et les laboratoires devront à court terme être en capacité de répondre à ces nouveaux besoins.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

L'ensemble des activités de génétique est assurée par une seule équipe basée au CHU, pour l'ensemble de la Bourgogne.

- L'activité de consultation est assurée par le Centre de Génétique du CHU de Dijon, coordonné par un professeur d'université – praticien hospitalier (PU-PH) et par son équipe, pour l'ensemble de la Bourgogne. Il réalise tous les types de consultation : pédiatrique, adulte et oncogénétique.

Il comprend le centre de référence « Maladies rares » sur le thème des anomalies du développement et syndromes malformatifs (CLAD-Est) qui associe 3 CHU du Grand Est : Nancy, Strasbourg et Reims. Les consultations de génétique polyvalentes et d'oncogénétique se déroulent au CHU et au Centre de lutte contre le cancer (CLCC), ainsi que, depuis 2008, aux CH d'Auxerre et de Chalon en consultation avancée à raison d'une journée tous les 2 mois. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est ainsi de 1 mois (pour l'oncogénétique grâce aux 2 conseillers en génétique) à 4 mois. A ces consultations s'ajoutent les activités cliniques liées au centre de référence et aux centres de compétences maladies rares, ainsi que les consultations pluridisciplinaires du CHU.

- L'activité de cytogénétique est sous la responsabilité du praticien hospitalier, chef de service du laboratoire de cytogénétique du CHU de Dijon.

Deux types d'analyse sont réalisés :

des analyses de première intention : caryotype conventionnel et FISH dont l'objectif est d'étudier les anomalies chromosomiques présentes chez un individu dès sa conception. Les examens spécialisés comme les techniques de cytogénétique moléculaire sont en augmentation constante (les demandes de FISH ont plus que doublées depuis 2003) ;

des analyses de pointe avec la CGH-array

Cette plateforme de CGH-array permet la détection en moyenne de 10 à 20 % d'anomalies chez des patients présentant un retard psychomoteur associé à des malformations congénitales. Depuis son démarrage en 2008, les demandes de CGH-array n'ont cessé d'augmenter passant de 90 en 2008 à plus de 200 en 2010. Environ 70 demandes sont traitées par le plateau technique d'étude du caryotype moléculaire de l'inter région Est situé à Nancy et 80 par le service de cytogénétique de Dijon sur un financement recherche. L'offre est donc insuffisante et la pérennité de cette activité diagnostique en constante augmentation n'est pas assurée.

- L'activité de génétique moléculaire post-natale est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier du laboratoire de génétique moléculaire au CHU de Dijon.

Deux types d'analyses sont réalisés :

- des analyses de premier niveau, de réalisation simple, parfois inscrites à la nomenclature ;
- des analyses de deuxième niveau, très spécialisées et complexes : actes de diagnostic innovants avec l'implication d'un personnel très qualifié et un équipement de haute technologie.

Pour les examens de 1^{er} niveau, l'offre est bien structurée au niveau régional ou devrait être mieux répartie au niveau interrégional, suivant la fréquence de la maladie.

En revanche, en raison de l'augmentation rapide de la découverte de nouveaux gènes responsables de maladies rares, le laboratoire doit augmenter l'offre d'examens de 2^{ème} niveau, afin de pouvoir continuer de proposer l'expertise dans son domaine de référence « syndromes malformatifs et anomalies du développement ». Cette expertise est reconnue et attendue, tant au niveau national qu'international.

A noter que du fait des circuits existants de ramassage des échantillons biologiques, tous les examens biologiques de génétique ne sont pas effectués au CHU.

- L'activité de génétique moléculaire est également mise en œuvre, dans le cadre de l'oncogénétique, par le laboratoire de biologie moléculaire du CLCC qui est autorisé depuis juillet 2011 à la recherche de gènes de prédispositions des cancers sein/ovaire.

2.1.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux pour l'activité de génétique post natale	Année 2009	Année 2010
Consultations « maladies rares »+ oncogénétique	2794	*2505
Examens de cytogénétique (caryotype +Fish)	784	1187
Examen CGH Array demandé	150	200
Examen de CGH-Array réalisé	66	81
Examen de génétique moléculaire	2044	1849

* chiffre global légèrement diminué par rapport à 2009 compte tenu du congé maternité de l'un des médecins du service, non remplacé.

2.1.2 Caractéristiques territoriales

Pour l'année 2010 :

Territoire de santé	Nombre de consultations du centre de référence* + « autres maladies rares »	Nombre de consultations d'oncogénétique	Nombre total de consultations
Côte d'Or	1712	536	2248
Nièvre	NC	NC	NC
Saône et Loire	56	61	117
Yonne	50	74	124
Bourgogne	1818	671	2489

* le centre de référence gère les consultations de type anomalies du développement et syndromes malformatifs

Dans la Nièvre, un médecin généraliste, titulaire d'un diplôme universitaire de génétique, assure 3 demi-journées de consultations de conseil génétique par semaine et environ 10 consultations d'oncogénétique par an.

2.1.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Augmentation, au plan national entre 2003 et 2009, des consultations oncogénétiques pour la recherche des mutations et prédispositions des cancer du sein/ovaire et du cancer colorectal, de 243% et 161% respectivement (Cf rapport d'activités 2009 de l'Inca). La région Bourgogne fait partie des 6 régions métropolitaines de niveau le plus faible de consultations avec 33 consultations pour 100 000 habitants.

Parallèlement, les tests de génétique à la recherche de gènes de prédisposition réalisés par le réseau des laboratoires référents sur le territoire national, ont augmenté de 231% pour sein/ovaires entre 2003 et 2009. Cette évolution très importante de la demande fait prévoir une forte augmentation des besoins dans les cinq années à venir.

Le délai moyen d'obtention des résultats des examens adressés aux laboratoires référents de Lyon et Nancy est désormais de 18 mois, ce qui n'est pas compatible avec une bonne prise en charge des patients. Ce délai sera réduit par la possibilité récente d'effectuer ces recherches par le laboratoire de biologie moléculaire du CLCC.

Les demandes d'examens de CGH-Array ont augmenté de 90 à 200 (+220%) entre 2008 et 2010, mais une partie seulement a pu être réalisée, faute de financement.

L'activité de génétique augmente de plus en plus au fil des ans, liée en grande partie à l'identification de nouveaux gènes de maladies rares et à la structuration des consultations d'oncogénétique en France comme en Bourgogne.

Les consultations avancées dans les départements ont lieu à raison d'une journée tous les 2 mois. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est ainsi de 1 mois (pour l'oncogénétique grâce aux conseillers en génétique) à 4 mois. Il apparaît nécessaire d'améliorer l'accessibilité aux consultations de génétique en augmentant l'offre des consultations avancées, en particulier dans les établissements de santé comportant des services de pédiatrie et/ou d'oncologie.

A noter que les hôpitaux de Sens et de Beaune qui ont une autorisation de cancérologie et un service de pédiatrie, n'ont pas de consultation avancée de génétique.

2.2 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.2.1 Offre quantitative et territorialisée

L'offre de consultations de génétique est répartie sur 5 établissements de santé grâce à la mobilité de l'équipe du CHU qui est amenée à réaliser des consultations avancées.

- CH Chalon/Saône : 1 j tous les 2 mois
- CH Macon : 1 j tous les 2 mois
- CH Auxerre : 1 j tous les 2 mois
- CGFL : 3x ½ j par semaine
- CHU : 4 j par semaine

A noter que Nevers bénéficie de 3x ½ j par semaine de consultations de conseil génétique dans le cadre des activités de la maternité.

Cette répartition très inégale ne permet pas de répondre à la demande et entraîne une dispersion des patients vers les départements voisins dont l'offre est plus importante.

A noter que les consultations avancées sont toujours réalisées par un binôme :

- médecin généticien pour les consultations de génétique
- conseiller en génétique pour les consultations d'oncogénétique (préparées en amont avec le médecin)

2.2.2 Démographie des professionnels de santé

Il n'existe qu'une seule équipe de génétique en Bourgogne, localisée au centre de génétique du CHU de Dijon.

Elle comprend pour la partie clinique : 2 médecins généticiens temps plein, 2 conseillers en génétique temps plein, 1 neuropsychologue à 0.3 ETP et 2 psychologues. L'équipe bénéficie aussi d'une assistante sociale.

A noter que la réalisation de tests neuropsychologiques en amont des consultations de génétique permet une orientation très bénéfique à la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. Ils doivent être renforcés.

Pour la partie biologique, cette équipe comporte 1 ETP médical et 2 ETP techniciens dans le secteur constitutionnel postnatal du service de cytogénétique ainsi que dans le service de biologie moléculaire. Ces deux laboratoires sont autorisés à pratiquer les analyses relevant de leur activité pour l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.

Enfin, au centre Georges François Leclerc, un docteur en biologie cellulaire et moléculaire a été agréé en 2010 par l'agence de la biomédecine pour pratiquer des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'oncogénétique.

2.2.3 Analyse qualitative de l'offre

Eléments favorables :

- une équipe clinico-biologique implantée au CHU, facilitant le développement des activités et les liens entre prescripteurs et réalisateurs des examens, et dont certains postes sont partagés avec le centre Georges François Leclerc (ex : conseillers en génétiques),
- la mobilité de la composante clinique de cette équipe, actuellement au bénéfice de 3 des 4 départements de la région,
- la réalisation de consultations pluridisciplinaires dans 4 spécialités médicales au sein du CHU,
- la reconnaissance d'un centre de référence maladies rares au CHU et de laboratoires de cytogénétique et biologie moléculaire dynamiques et en capacité de développer des techniques avancées.

Eléments de fragilité :

- une couverture inégale des départements (Nièvre et nord de l'Yonne),
- la fréquence insuffisante des consultations avancées pour répondre aux besoins,
- des délais de rendus des résultats de biologie pour les examens d'oncogénétique adressés hors région trop importants,
- un mode de financement, reposant sur des crédits MIG ou des crédits « recherche », non sécurisé dans la durée.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Développer les consultations pluridisciplinaires à l'interface des autres spécialités</p>	<p>Participation d'un médecin généticien à des consultations dans différentes spécialités médicales au CHU: diversifier les spécialités en renforçant l'équipe médicale de génétique</p>
<p>Objectif spécifique n°2 Faire connaître l'offre de génétique à l'intention des familles et des professionnels</p>	<p>Développement de l'information par la création d'un site propre à la Bourgogne, porté par le centre des maladies rares</p>
<p>Objectif spécifique n°3 Conforter le rôle interrégional du centre de référence « maladies rares » sur le thème des anomalies du développement et des syndromes malformatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une plateforme d'orientation et d'information sur les maladies rares, destinée aux familles et aux professionnels - Organiser des réunions régionales d'information

I

3.2 Objectif général n°2 : améliorer l'accès aux consultations de génétique

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Augmenter la fréquence des consultations avancées existantes (dans les départements 58, 71 et 89) notamment pour conserver des délais acceptables de rendez-vous</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'équipe du CHU de Dijon par un médecin généticien - Maintenir la participation aux consultations avancées par un médecin généticien, d'un conseiller en génétique
<p>Objectif spécifique n°2 Améliorer la couverture territoriale des consultations avancées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une consultation avancée mensuelle au CH de Sens - Mettre en place une consultation avancée au CH de Nevers, au départ du médecin assurant le conseil génétique
<p>Objectif spécifique n°3 Développer la mise en place de bilans neuropsychologiques dans le cadre des consultations de génétique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement à hauteur de 0.7 ETP de neuropsychologue au CHU de Dijon - Dans les consultations avancées, le CH d'accueil développe la collaboration avec un neuropsychologue

3.3 Objectif général n°3 : renforcer quantitativement et qualitativement l'offre d'examen biologiques à visée génétique

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Pérenniser le fonctionnement de la plateforme génomique « CGH Array structurée » du CHU</p>	<p>Assurer le relais des crédits recherche par des crédits MIG pour faire face aux demandes d'examen évaluées à 200/an en l'état actuel des indications. Le financement de l'activité doit permettre le recrutement d'un ETP praticien, d'un ETP technicien et du matériel consommable nécessaire.</p>
<p>Objectif spécifique n°2 Développer les examens de niveau 2 en biologie moléculaire, pour continuer de proposer l'expertise dans le domaine du centre de référence régionale</p>	<p>Mutualiser les analyses de niveau 1 dans l'inter-région pour redéployer les activités vers des examens de niveau 2</p>
<p>Objectif spécifique n°3 Consolider en Bourgogne la réalisation des examens d'oncogénétique liés aux cancers sein-ovaire autorisée au laboratoire de génétique moléculaire du Centre G.F. Leclerc</p>	<p>Dégager un financement pour cette activité</p>
<p>Objectif spécifique n°4 Accompagner le développement de la pharmacogénétique</p>	<p>Formalisation de la coopération entre le CHU et le CLCC pour une répartition des tests de pharmacogénétique en relation avec les activités de chaque établissement, et ce dans le respect de l'agrément, par l'ABM, des praticiens en charge des analyses</p>

3.4 Objectif général n°4 : dynamiser la mutualisation des activités entre centres de génétique au sein de l'inter-région Est

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Mieux répartir les analyses de niveau 1 en biologie moléculaire pour améliorer la mutualisation des activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un « projet génétique » de l'inter-région Est par les équipes responsables en s'appuyant sur les pôles de coopération existants comme celui entre les CHU de Dijon et de Besançon - Répartition des analyses de niveau 1 en biologie moléculaire pour dégager des moyens pour les analyses de niveau 2 plus spécifiques
<p>Objectif spécifique n°2 Etudier la réponse à apporter aux besoins à venir en technique de séquençage haut débit</p>	<p>Cette coopération sera reproduite et s'avère essentielle dans la perspective du séquençage haut débit.</p>

4 Organisation de l'offre

Elle doit répondre à l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux consultations de génétique, aux examens de cytogénétique et de biologie moléculaire, tout en maintenant les liens entre les laboratoires et les consultants en génétiques pour assurer la pertinence des prescriptions de tests génétiques, le rendu des examens et le suivi des patients.

4.1 Gradation des soins

Pour les activités cliniques : compte tenu de l'impossibilité de recrutement de médecins généticiens dans les CH périphériques, l'amélioration de l'accessibilité aux consultations ne peut se faire que par le renforcement de l'équipe clinique du CHU. Pour remplir les objectifs poursuivis par le présent SROS, ce renforcement est évalué à 1 poste ETP de praticien hospitalier.

4.2 Missions de service public

Activité non concernée.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Les actions de formation en direction des médecins généralistes et spécialistes des quatre départements assurées par l'équipe du CHU sont à poursuivre.

Sur la durée du SROS, les relations avec les oncologues sont à formaliser via le réseau régional OncoBourgogne.

4.4 Coopérations

Compte tenu de la spécificité de l'activité, les coopérations interrégionales sont à promouvoir.

De plus, le rapprochement des équipes cliniques et biologiques des CHU de Dijon et Besançon doit être renforcé par l'accord-cadre entre les deux établissements.

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

5.1 Implantations

Lieu et fréquence des consultations avancées :

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	CHU (4 jours / semaine)	Maintien
	CGFL (3 x ½ jours / semaine)	Maintien
Nièvre	-	CH Nevers 1 jour / mois
Saône et Loire	CH Chalon (1 jour / 2 mois)	2 jours / mois
	CH Mâcon (1 jour / 2 mois)	2 jours / mois
Yonne	CH Auxerre (1 jour / 2 mois)	2 jours / mois
	-	CH Sens 1 jour / mois
Bourgogne	5 sites ouverts 23 et ½ jours / mois	7 sites ouverts 30 jours / mois

5.2 Objectifs chiffrés d'activité.

Non concerné.

5.3 Accessibilité

Non concerné.

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
1	0	0	0

L'activité réalisée par l'équipe de génétique médicale du CHU répond à la définition d'un centre de génétique clinique, au sens du guide méthodologique du SROS/PRS. Cette création vient entériner l'identification de ce centre.

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales	Conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique	Existence d'une plateforme régionale d'orientation et d'informations sur les maladies rares	0	1
	Améliorer l'accès aux consultations de génétique	Nombre d'implantations de consultations avancées par l'équipe du centre de génétique clinique	4	6
	Renforcer quantitativement et qualitativement l'offre d'examens biologiques à visée génétique	Taux de réalisation des examens de CGH Array		
	Dynamiser la mutualisation des activités entre centres de génétique eu sein de l'inter région Est	Existence d'un projet génétique de l'inter région Est		

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales	Conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique	Nombre de consultations pluridisciplinaires avec participation d'un médecin généticien
		Renouvellement de l'agrément du centre de référence maladies rares
		Nombre de réunions régionales d'information organisées par le centre de référence maladies rares
		Nombre d'ETP de praticien hospitalier au sein de l'équipe du centre de génétique clinique
	Améliorer l'accès aux consultations de génétique	Nombre de consultations avancées / territoire de santé
		% de consultations avancées réalisées par un binôme médecin généticien-conseiller en génétique
		Délai moyen d'attente pour une consultation en oncogénétique
		Délai moyen d'attente pour une consultation Maladies rares
	Renforcer quantitativement et qualitativement l'offre d'examen biologiques à visée génétique	Taux d'évolution des demandes d'examen de CGH Array
		Nombre d'ETP de praticien et de technicien du CGH Array
		Nombre d'examen BRCA 1 et BRCA 2 réalisés
		Nombre d'examen de niveau 2 en génétique moléculaire
		Nombre de projets de pharmacogénétique

Hospitalisation à Domicile

1 Champ et périmètre de l'activité

Extrait rapport IGAS : Hospitalisation à domicile, novembre 2010 :

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

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

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

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

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Créer une structure HAD dans chaque site pivot des 6 territoires de santé	<p>Site pivot Chalon sur S. : 3 structures HAD CH Chalon GCS Nord 71 HAD du Chalonnais</p> <p>Site pivot Mâcon : 1 structure HAD CH Mâcon</p> <p>Site pivot Nevers : 2 structures HAD CH Nevers Croix Rouge 58</p> <p>Site pivot Sens : 1 structure HAD CH Sens</p> <p>Site pivot Auxerre : 1 structure CH Auxerre</p> <p>Site pivot Dijon : 3 structures CGFL FEDOSAD CI Bénigne Joly</p>
Formaliser les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de soins à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge	A conforter sur la période du SROS PRS
Coordonner les structures d'HAD d'un même territoire de santé	A conforter sur la période du SROS PRS
Créer un comité régional de l'HAD	Le comité régional HAD de Bourgogne a été installé le 27 mai 2008, et se réunit plusieurs fois par an

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

⇒ Total du nombre de journées en Bourgogne en 2009 : 63 304

⇒ Ratio nombre de journées pour 100 000 habitants, en 2009 ;
Population de la Bourgogne en 2009 (estimation INSEE) : 1 640 733 :
⇒ 3852 journées pour 100 000 habitants

⇒ Nombre de journées moyen par structure :

Le nombre de journées moyen par structure en Bourgogne en 2009 est de : 4 521.
Seuls 6 établissements sur les 14 mesurés en 2009 voient leur activité dépasser ce nombre moyen.

Au niveau national, pour la même année le nombre moyen de journées par structure est de 9 625.

⇒ Observation par motifs principaux de prise en charge (MPC) :

En 2009, les soins palliatifs ont constitué l'activité la plus importante en HAD et ont représenté, sur les 24 MPC, 23 % de l'activité des 14 structures en fonctionnement à cette période (amplitude de 126 à 2824 journées). Au plan national, ce pourcentage est de 25 %.

Les 5 premiers MPC, exprimés en journées, en Bourgogne :

1 : Soins palliatifs :	14490
2 : Pansements complexes :	11507
3 : Nutrition entérale :	5159
4 : Traitement intraveineux :	4677
5 : Nutrition parentérale :	4039

Les soins palliatifs :

- sont les premiers MPC dans 7 structures sur les 14 observées,
- sont présents parmi les 5 principaux MPC de 12 structures sur les 14 observées.

2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte d'Or	- 7 autorisations HAD, dont : 4 autorisations mises en œuvre : CGFL, FEDOSAD, Bénigne Joly, CH Beaune 3 autorisations non mises en œuvre : CH Auxonne, CH Is-sur-Tille, CHI Châtillon-Montbard
Nièvre	- 3 autorisations HAD: CH Nevers, Croix Rouge 58, CH Clamecy
Saône et Loire	- 5 autorisations HAD: CH Chalons-sur-Saône, GCS Nord 71, GCS du Chalonnais, CH Mâcon, CH Paray-le-Monial

Yonne	- 6 autorisations HAD, dont 5 mises en œuvre : CH Auxerre, CH Sens, CH Joigny, CH Tonnerre, CH Villeneuve-sur-Yonne par convention avec le CH de Sens 1 autorisation non mise en œuvre (CH Avallon)
Bourgogne	- 21 structures HAD autorisées, dont : 4 non mises en œuvre

2.2.3 Analyse qualitative de l'offre

Points forts du dispositif :

- l'HAD a connu un développement important en Bourgogne de 2006 à 2011 en passant sur cette période de 11 à 21 structures autorisées.
- ce développement s'est opéré essentiellement sur les zones urbaines.
- les territoires de santé de la Côte d'Or et de la Nièvre sont, en théorie, entièrement couverts par des autorisations HAD.
- l'HAD, bien que mode de prise en charge encore récent, voit sa reconnaissance augmenter et est de plus en plus prescrite par les médecins généralistes.

Points du dispositif à conforter

- malgré les progrès réalisés, de nombreux médecins (libéraux et hospitaliers) sont encore insuffisamment enclins à prescrire une hospitalisation en HAD.
- le maillage de la région en structures d'HAD est encore incomplet.
- plusieurs établissements (5) peinent à mettre en œuvre cette activité de soins, relativisant l'aspect de couverture territoriale au vu des autorisations accordées.
- l'usage de la télémédecine reste à développer.
- plusieurs structures d'HAD ont été autorisées pour un dimensionnement inférieur à 20 lits. Le format recommandé, notamment pour les structures d'HAD autonomes, est maintenant celui d'une activité correspondant à 30 lits occupés.
- en conséquence, en termes de journées, une structure HAD autonome ne semble pouvoir être à l'équilibre financier en deçà d'un volume annuel de 10 000 journées.
- la continuité et la permanence des soins, notamment médicale, reposant sur le médecin généraliste, restent fragiles et souvent assurées par le médecin coordonnateur. Ce point est à conforter afin d'avoir un dispositif opérationnel 24h/24.
- le relais d'aval de l'HAD est souvent difficile à organiser.
- la population est en diminution dans certaines zones de Bourgogne rendant l'habitat plus dispersé et augmentant les temps de distance et d'intervention plus importants. Le ressort géographique à

couvrir pour une HAD peut être un obstacle au bon fonctionnement de la structure, notamment en milieu rural.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Réorganiser le dispositif actuel	Réduire le nombre d'implantations en regroupant des structures
Objectif spécifique n°2 Prévoir une organisation de structures HAD dont le rayon d'intervention ne dépasserait pas 30 km à partir d'un site référent ou d'une antenne afin de faciliter la prise en charge des patients	Voir implantations prévues (cf. infra)
Objectif spécifique n°3 Prévoir en zones rurales la mise en place d'antennes HAD, dépendantes de structures autorisées référentes	Définition d'antennes en complément des autorisations

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Associer les structures d'HAD autonomes à un établissement d'hospitalisation complète par voie de conventions	Procédure d'autorisation
Objectif spécifique n°2 Améliorer le circuit (diagnostic, prescription, administration) du médicament en HAD	- Soit dans le cadre de pharmacies à usage interne (PUI) des structures HAD, - Soit par contractualisation avec une officine privée dans le cadre du contrat de bon usage du médicament

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°3 Développer le recours à la télémédecine en HAD (ex: télésurveillance, téléconsultation) afin d'améliorer le suivi du patient	<ul style="list-style-type: none"> - En lien avec le GCS e-santé, - En lien avec l'outil de gestion des flux de patients SSR (de type Trajectoire)

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Pour les structures d'HAD, veiller à un seuil critique d'activité minimum de 30 places	Procédures d'autorisation
Objectif spécifique n°2 Prendre en charge les patients dans le cadre d'une filière de soins à domicile (services de soins infirmiers à domicile, libéraux, centres infirmiers, réseaux de santé,...)	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une convention type dans le cadre du comité régional HAD - Promouvoir la signature des conventions - Proposer au niveau régional l'expérimentation d'un financement croisé HAD - SSIAD

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

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Diffuser les règles de prescription auprès des professionnels, notamment auprès des médecins généralistes ou hospitaliers	Comité régional HAD
Objectif spécifique n°2 Favoriser le recours à la prescription de soins en HAD dans les EHPAD pour éviter le recours à l'hospitalisation	Comité régional HAD

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des soins

Activité non concernée.

4.2 Missions de service public

Activité non concernée.

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

Dispositifs d'articulation	Territoires de santé				Région
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	
Associer toute structure HAD autonome à un établissement d'hospitalisation complète	Lors de la délivrance ou du renouvellement des autorisations				
Filière organisée à domicile pour une prise en charge coordonnée des patients	Conventions entre structures HAD autorisées, SSIAD, maisons de santé, centres infirmiers, établissements hospitaliers, établissements médico sociaux, professionnels libéraux, réseaux, permettant l'organisation de cette filière, le recours aux compétences médicales et paramédicales nécessaires.				

4.4 Coopérations

Dispositifs de coopérations	Territoires de santé			
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Groupements de Coopération Sanitaires actuels	-	-	Maintien des deux GCS -GCS Nord 71 -GCS du Chalonnois	Poursuite de l'activité HAD dans le cadre du GCS Sud Yonne Haut Nivernais
Autres GCS	En fonction de l'évolution de la politique de l'ARS relative à la territorialisation des politiques de santé			
Convention de continuité des soins	Toute structure HAD doit assurer sa propre continuité des soins. Dans le cas contraire, elle doit être organisée par convention entre structures hospitalières et professionnels médicaux et/ou paramédicaux libéraux.			

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

5.1 Implantations

Des regroupements sont déjà envisagés dans la Nièvre (CH Nevers et Croix Rouge 58) ou méritent d'être concrétisés sur le nord de l'Yonne (CH Sens et CH Villeneuve-sur-Yonne).

En Côte d'Or, les autorisations des CH Auxonne et Is-sur-Tille ne sont pas mises en œuvre. Une pourrait être retirée et une autre transformée en antenne.

A noter : une implantation HAD = une autorisation

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	7	7 ou 8
Nièvre	3	3
Saône et Loire	5	5
Yonne	6	5 ou 4
Bourgogne	21	19 ou 17

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS

Les conditions d'implantation d'une structure HAD expérimentale en néonatalogie seront examinées en lien avec la maternité de type 3.

5.2 Objectifs chiffrés d'activité

Le seuil critique d'activité (viabilité T2A) d'une structure d'HAD est estimé à au moins 10 000 journées par an et pour une activité correspondant à une capacité qui ne semble pas pouvoir être inférieure à 30 lits (capacité minimum jugée optimum).

Ce seuil critique, qui concerne la totalité des établissements autorisés dans le cadre de l'équilibre budgétaire, est plus particulièrement prégnant pour les structures d'HAD autonomes.

5.3 Accessibilité

Afin de permettre une couverture du territoire il est proposé que le fonctionnement de l'HAD repose sur des structures autorisées et sur des antennes, ce dispositif s'organisant comme une déconcentration de la structure autorisée sur un ou plusieurs site (s) de proximité ou plus éloigné(s). Il faut aussi que les structures d'HAD puissent se consacrer aux soins aux patients et mutualiser les fonctions support. Dans ce cadre, pour une antenne, les responsabilités administratives et logistiques restent du ressort de la structure autorisée ; l'antenne ne se consacrant qu'à la dimension des soins à apporter aux patients. La mise en place d'antennes repose sur une forte coopération ainsi que sur une mutualisation bien comprise entre structure associée et antenne(s).

5.3.1 Accessibilité géographique

Principe	Description et modalités
Rayon d'action de 30 km	L'activité HAD étant fortement impactée par les déplacements des professionnels (distances, temps d'accès) le rayon maximum d'une activité HAD portée par une structure autorisée ou une antenne, est estimé à 30 km.

5.3.2 Accessibilité financière

Activité non concernée