

5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Plusieurs établissements n'ont pas encore mis en œuvre leur activité HAD dans le délai de 3 ans consécutif à la délivrance de leur autorisation, dont :

CH Auxonne	échéance juillet 2012
CH Is-sur-Tille	échéance juillet 2012
CHIC Châtillon-Montbard	échéance novembre 2012
CH Avallon	échéance juillet 2013

Les CH Auxonne et Is-sur-Tille ont déjà fait part de leur difficulté à mettre en œuvre leur autorisation HAD et leur renoncement à en rester titulaires est acté (elles peuvent devenir des antennes d'autres établissements)

Le CH Villeneuve-sur-Yonne autorisé en 2005, puis prorogé dans le cadre d'une complémentarité à organiser avec le CH Sens, reste dans une situation très fragile.

A échéance du délai de 3 ans, pour les CHIC Châtillon/Montbard et Avallon, en l'absence de mise en œuvre, les autorisations seraient réputées caduques. Toutefois, pour le nord de la Côte d'Or et l'Avallonnais, la nécessité d'une couverture HAD subsisterait. En l'absence de reprise par les actuels détenteurs ou par de nouveaux promoteurs, elles pourraient être supprimées et transformées en antennes d'autres établissements autorisés.

Regroupements :

Nièvre : les rapprochements engagés entre la Croix Rouge 58 et le CH Nevers pourront aboutir à la constitution d'un GCS de moyens

Suppressions :

Côte d'Or :

- une autorisation est supprimée parmi celles non mises en œuvre dès l'approbation du PRS.

En l'absence de projet de reprise de l'autorisation du CHIC à compter de novembre 2012, cette autorisation sera transformée en antenne d'un établissement autorisé.

Yonne :

- CH de Villeneuve-sur-Yonne (peut devenir une antenne du CH de Sens).

- CH d'Avallon : en l'absence de mise en œuvre en juillet 2013 (transformation en antenne d'un établissement du GCS Sud Yonne – Haut Nivernais)

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	2 ou 4	0	2

La variation du nombre de suppressions est dépendante de la mise en place d'antennes.

Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte d'Or	0	1 ou 2	0	0
Nièvre	0		0	HAD Croix Rouge 58 et HAD CH Nevers
Saône et Loire	0	0	0	0
Yonne	0	1 ou 2	0	HAD CH Sens et HAD Villeneuve-sur-Yonne

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
HAD	Réorganiser les lieux d'implantation des structures d'HAD	Nombre de cantons couverts par une structure d'HAD		
	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment au niveau de la continuité et de la permanence des soins	Nombre de structures d'HAD ayant un dispositif opérationnel 24h/24		
	Améliorer l'efficacité du dispositif HAD	Nombre de structures ayant une activité inférieure à 10 000 journées par an		
	Continuer à promouvoir la prise en charge en HAD	Nombre de séjours en HAD /10 000 habitants (CPOM ARS)		

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
HAD	Réorganiser les lieux d'implantation des structures d'HAD	Taux de places HAD installées / places HAD autorisées
		Nombre d'antennes par structure autorisée
	Améliorer la qualité et	Nombre de structures d'HAD adossées, par convention, à

la sécurité des prises en charge, notamment au niveau de la continuité et de la permanence des soins	un établissement hospitalier
	% de lits d'HAD pour lesquels le circuit du médicament est informatisé
	% de patients en HAD suivis via un outil informatique (type Trajectoire)
Améliorer l'efficacité du dispositif HAD	Nombre de journées par structure
	Nombre de structures ayant une capacité inférieure à 30 lits
	Nombre de conventions signées par chaque structure d'HAD autorisée afin d'organiser une filière de prise en charge des patients (SSIAD, libéraux, réseaux de santé...)
Continuer à promouvoir la prise en charge en HAD	Nombre d'actions d'information sur les règles de prescription de soins en HAD réalisées auprès des médecins prescripteurs (libéraux et hospitaliers)
	Nombre de patients d'EHPAD suivis en HAD (en lien avec le SROMS)



IMAGERIE

1 Champ et périmètre de l'imagerie

Le développement de l'imagerie médicale en coupe (scanographe, IRM, caméra TEP) a bouleversé l'organisation de la radiologie, ses procédés d'interprétation et la place de chacune des modalités de prise en charge des patients.

Ces équipements ont pris une place croissante tant dans le diagnostic de nombreuses pathologies et en particulier dans le dépistage des cancers, les bilans d'extension en oncologie, le guidage thérapeutique accompagnant l'imagerie interventionnelle ainsi que le contrôle de l'efficacité des traitements.

Une des priorités (24.1) du plan national cancer 2009-2013 est de garantir l'égalité d'accès géographique au diagnostic et au suivi des cancers par IRM par les actions suivantes :

- modifier les SROS pour intégrer l'objectif de 10 machines IRM/million d'habitants dans chaque région en mars 2011,
- mettre à disposition en région, d'ici 2013 dans le cadre de l'existant ou des prévisions ci-dessus, soit une IRM disposant de larges plages dédiées à la cancérologie, soit une IRM dédiée, permettant d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC,
- suivre les délais d'attente pour les examens scanners et IRM réalisés en ambulatoire par une enquête pluriannuelle spécifique, étudiant l'impact sur la prise en charge des malades,
- suivre les dépassements d'honoraires sur les actes d'imagerie en ambulatoire.

Le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » indique qu'un accent particulier doit être mis sur l'accessibilité en urgence aux équipements lourds.

Le rapport de la cour des comptes de septembre 2010 reprend les recommandations de la société française de radiologie : « devant toute suspicion d'AVC, il faut que soit réalisée une IRM cérébrale en urgence afin de rechercher un infarctus et d'apprécier son étendue. Cet examen permettra, dans certaines conditions, l'administration intraveineuse d'un agent thrombolytique afin de dissoudre le caillot, rétablir un flux sanguin normal et permettre ainsi la régression partielle ou totale des symptômes.

Débuté dans les 4h30 suivant l'apparition des premiers symptômes, ce traitement permet d'éviter un déficit ou un décès pour dix patients traités ».

2 Analyse des besoins et de l'offre

Le SROS 2006-2011 révisé en 2008 pour son volet imagerie prévoyait l'autorisation d'implanter en Bourgogne :

- 30 scanographes (scanners)
- 11 IRM (imagerie par resonance magnétique)
- 17 gamma caméras
- 4 TEP (tomographe à émission de positons)

- Scanners :

Le taux d'équipement en scanographes montre une progression de plus de 30% sur la période 2008-2011. L'ensemble des autorisations soit 30 appareils (1 n'est pas encore installé à ce jour) répondent aux besoins de la population régionale (y compris au titre des besoins exceptionnels).

Le ratio bourguignon est un ratio parmi les plus élevés du pays avec 18,4 scanners autorisés par million d'habitants, en revanche les effectifs médicaux et paramédicaux n'ont pas suffisamment progressé (en dehors du site de Dijon) par rapport aux autorisations nouvelles accordées et constituent un frein au développement de l'activité.

Il n'est proposé aucune nouvelle autorisation de scanographe à destination diagnostique dans la région en dehors de celles prévues antérieurement.

- IRM

Avec 11 appareils autorisés et installés, soit 6,7 appareils par million d'habitants, la Bourgogne apparaît comme une région sous dotée par rapport au ratio moyen national (rapport de la cour des comptes septembre 2010).

La reconnaissance de besoins nouveaux est envisagée compte tenu de l'évolution très rapide des technologies, des recommandations de maîtrise des irradiations (EURATOM 97-43), des nouvelles applications d'explorations cardiaques et vasculaires, de l'utilisation substitutive de l'IRM aux techniques irradiantes, de la mise en œuvre des plans nationaux (AVC, cancer).

Après analyse de l'activité des équipements bourguignons, des délais de rendez-vous, de l'accessibilité et dans un objectif de substitution, un besoin de 7 à 9 machines supplémentaires est identifié.

L'implantation préconisée prend en compte pour chaque bassin de vie et chaque implantation existante les critères suivants :

- le taux d'équipement IRM de la région et du territoire,
- le nombre d'examen réalisés par équipement pour chaque bassin de vie,
- le nombre de passages aux urgences pour les équipements installés dans des centres hospitaliers,
- la présence ou les projets d'UNV, l'existence d'un accueil d'urgences pédiatriques qui nécessite un accès à l'IRM 24h/24.
- un équipement spécialisé aux urgences (en particulier vasculaires et pédiatriques), un équipement qui pourrait être spécialisé en cancérologie.

En prenant en compte le retard important d'équipement IRM en Bourgogne, il n'est pas retenu l'implantation d'IRM dédié aux examens ostéo articulaires non cancérologiques des membres. Néanmoins, l'installation supplémentaire de ce type d'appareil pourrait être discutée lorsqu'un équipement IRM polyvalent présente un indice de saturation (= nombre d'examen IRM annuel x nombre d'heures d'ouverture par semaine du site / 100 000) supérieur à 5 et un nombre d'examen ostéo articulaires non cancérologiques des membres qui serait supérieur à 4000.

- Les centres de médecine nucléaire

Ils sont installés dans chaque territoire hospitalier avec la possibilité d'installer 2 caméras à scintillation dans chaque centre. Compte tenu de l'évolution modérée de cette activité, il existe une adéquation entre les besoins et le nombre d'appareils prévus dans le SROS.

- TEP

Avec un appareil par département, le ratio régional pour les caméras TEP est de 2,45 TEP par million d'habitants et place la Bourgogne en tête des régions pour ce type d'équipement (ratio national : 1,75/million d'hab.). Néanmoins, les besoins croissants liés à la cancérologie peuvent conduire à envisager un équipement supplémentaire sur un des établissements de recours régional, une fois la mise en œuvre effective de la 4^{ème} caméra TEP autorisée et après une étude objectivant des besoins de la population.

La problématique régionale :

- une accessibilité encore insuffisante aux équipements IRM,
- une nécessité d'améliorer la permanence d'accès aux équipements lourds dans chaque territoire,
- une organisation de la téléradiologie à développer et à structurer.

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

SCANNERS

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN
Territoire de Côte d'Or	<ul style="list-style-type: none"> - 5 implantations avec 7 appareils dont 5 sur le site pivot - autorisation de 2 appareils supplémentaires à utilisation médicale sur le site pivot. - autorisation d'un appareil supplémentaire sur un site périphérique. 	10 appareils autorisés Installés
Territoire de Nord Saône et Loire	<ul style="list-style-type: none"> - 5 implantations avec 5 appareils 	5 Implantations avec 5 appareils autorisés Installés
Territoire du Sud Saône et Loire	<ul style="list-style-type: none"> - 2 implantations avec 3 appareils dont 2 sur le site pivot 	3 appareils autorisés Installés
Territoire de la Nièvre	<ul style="list-style-type: none"> - 4 implantations avec 4 appareils dont 2 sur le site pivot - 1 autorisation à titre dérogatoire 	5 appareils autorisés dont 4 installés (l'appareil autorisé sur le site de Clamecy n'est pas encore installé)
Territoire du Nord de l'Yonne	<ul style="list-style-type: none"> - 3 implantations avec 2 appareils sur le site pivot 	3 appareils autorisés Installés
Territoire du Sud de l'Yonne	<ul style="list-style-type: none"> - 3 implantations avec 2 appareils sur le site pivot - 1 autorisation supplémentaire à titre dérogatoire 	4 appareils autorisés Installés

2 appareils accordés à titre dérogatoire : CH de Clamecy et CH de Tonnerre
 Au total 30 scanners autorisés et 29 installés à ce jour.

IRM

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN
Territoire de Côte d'Or	2 implantations avec 4 appareils sur le site pivot	4 appareils autorisés installés
Territoire de Nord Saône et Loire	2 implantations avec 2 appareils	2 appareils autorisés installés
Territoire du Sud Saône et Loire	2 implantations avec - 1 appareil localisé sur le site pivot - 1 appareil sur le territoire dans le cadre d'une coopération formalisée entre le secteur public et le secteur privé pour l'installation et le fonctionnement de ces 2 appareils	2 appareils autorisés installés : - 1 implantation (CH MACON) - 1 sur le site de Paray (GIE)
Territoire de la Nièvre	1 implantation sur le site	1 appareil autorisé installé
Territoire du Nord de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé installé
Territoire du Sud de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil	1 appareil autorisé installé

Au total 11 IRM autorisés, 11 appareils installés.

Gamma cameras

	OBJECTIFS DU SROS 2008-2011	BILAN 2011
Territoire de Côte d'Or	2 implantations avec 5 appareils sur le site pivot	5 appareils autorisés installés
Territoire de Nord Saône et Loire	2 implantations avec 4 appareils	3 appareils autorisés installés
Territoire du Sud Saône et Loire	1 implantation avec 2 appareils	2 appareils autorisés installés
Territoire de la Nièvre	1 implantation avec 2 appareils sur le site pivot	2 appareils autorisés installés
Territoire du Nord de l'Yonne	1 implantation avec 2 appareils	1 appareil autorisé et installé
Territoire du Sud de l'Yonne	1 implantation avec 2 appareils sur le site pivot	1 appareil autorisé installé

14 gamma caméras installées (potentiel de 17 appareils)

A noter le transfert d'autorisation du service de médecine nucléaire du CH Auxerre à la SELARL Centre de médecine nucléaire du Parc.

TEP

	OBJECTIFS DU SROS	BILAN 2011
Territoire de Côte d'Or	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé installé
Territoire de Nord Saône et Loire	1 implantation avec 1 appareil	1 appareil autorisé installé
Territoire de la Nièvre	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé installé
Territoire de l'Yonne	1 implantation avec 1 appareil sur le site pivot	1 appareil autorisé (sera mis en service en février 2012)

4 caméras TEP autorisées, 3 caméras TEP installées.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Nombre d'équipements / million d'habitants
 Nombre d'exams scanner, IRM, scintigraphie, TEP / équipement
 Délais de rendez-vous.

↳ Activité et amplitude horaire

- Les scanographes comptabilisent en moyenne 9500 examens par équipement, avec une amplitude d'ouverture moyenne hebdomadaire avec secrétariat de 44 heures et une utilisation de la machine de 53 heures en moyenne par semaine avec 52 % utilisés pour une activité privée en secteur I (une plage de 3 heures en secteur II au CH de Beaune).
- Les IRM comptabilisent en moyenne 6700 examens par équipement avec une utilisation de la machine moyenne de 59 h 30 hebdomadaire dont 60 % sont utilisés pour une activité privée en secteur I (1 plage de 6 heures en secteur II au CH de Mâcon). A noter, l'IRM du Creusot/Montceau n'est accessible que 9 demi-journées par semaine.
- Les Gamma caméras comptabilisent en moyenne 3468 examens par gamma caméra (2138 examens au centre de Sens doté d'une seule gamma caméra).
- Les caméras TEP comptabilisent en moyenne 2039 examens par équipement (avec 1229 examens sur la caméra TEP de Nevers). La durée moyenne de disponibilité de la machine est de 46 heures par semaine.

➤ Délais de rendez-vous

- L'étude « Benchmark 2010 » réalisée en Bourgogne pour 15 scanners et 8 IRM a montré que 65% des scanners sont en capacité de donner un rendez-vous dans un délai de moins de 8 jours pour les examens du rachis, de l'encéphale, du thorax et pour des explorations thoraco-abdomino-pelviennes.
- Pour les IRM le délai moyen de rendez-vous pour obtenir des examens de l'encéphale, du rachis et du foie est de 35 jours.
- Le diagnostic régional fait apparaître un temps d'ouverture inférieur à 45 heures pour 2 équipements IRM : Paray le Monial et Le Creusot/Montceau.

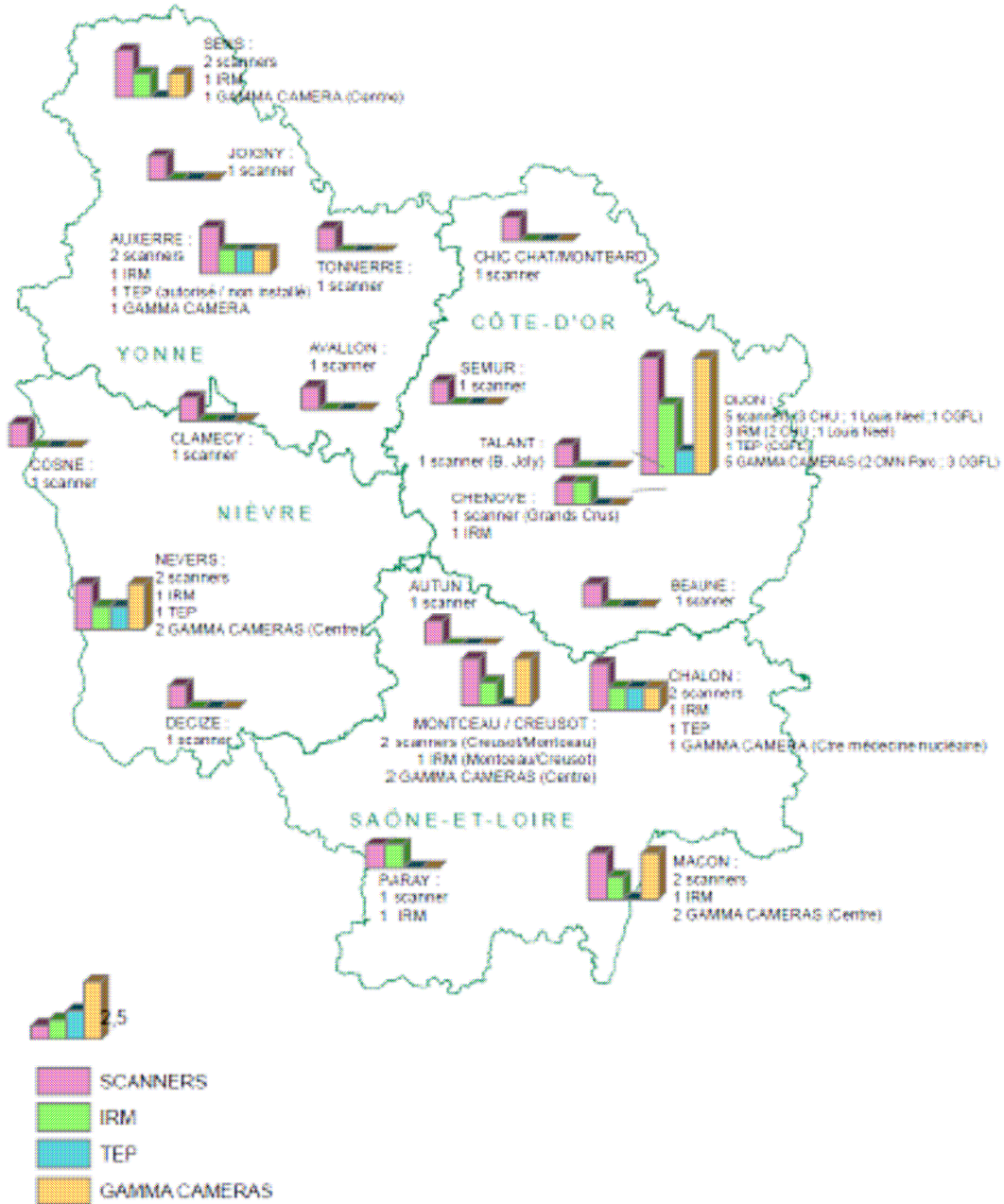
2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Activité 2010											
	Nombre d'examens Par habitant du territoire				Nombre d'examens Scanners IRM gamma caméras TEP par équipement				Nombre d'examens total			
	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP	Scanners	IRM	Gamma caméras	TEP
Côte d'Or	0,14	0,065	0,029	0,004	11255	8773	3171	2139	78789	35092	15859	2139
Nièvre	0,15	0,028	0,016	0,005	8491	6235	3712	1229	33966	6235	7424	1229
Saône et Loire	0,12	0,030	0,036	0,005	8540	5719	4019	2749	68321	17157	20093	2749
Yonne	0,10	0,031	0,015	0	8817	5348	2579	0	34471	10897	5158	0

Source : enquête SROS 2011

- Le nombre d'examens scanographiques par habitant n'est pas significativement différent d'un territoire à l'autre
- En revanche, on note que le nombre moyen d'examens IRM par habitants est 2 fois supérieur en Côte d'Or comparativement aux 3 autres départements.
- Les examens scintigraphiques par habitant en Côte d'Or et en Saône et Loire est 2 fois supérieur au nombre d'examens par habitant réalisés dans l'Yonne et la Nièvre.

Les équipements lourds autorisés en Bourgogne



Pôle Pilotage - ArcView (Septembre 2011)

2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

➤ Taux d'équipement et accessibilité

- La région est marquée par un taux d'équipement présentant, comme l'ensemble des régions de France, un retard important au regard du taux d'équipement constaté dans les autres pays européens pour l'IRM.
Les délais de rendez-vous sont en moyenne de 35 jours avec un nombre d'exams par IRM variant de 5 348 (pour le département 89) à 8 773 (pour la Côte d'Or).
- Au regard des besoins des patients, de la mise en œuvre des plans nationaux cancers et AVC et de l'exigence de substituer certains examens scanographiques par des examens d'IRM, conformément aux recommandations de la HAS, la région Bourgogne apparaît sous équipée et devra renforcer son parc d'IRM en tenant compte de la démographie médicale.
- Il n'existe pas d'équipement d'IRM spécifique en Bourgogne permettant l'accessibilité de certaines populations (enfants, personnes de forte corpulence, patients atteints du cancer) à l'appareil d'IRM. Il est recommandé de favoriser l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers par la mise à disposition d'appareils dédiés à la cancérologie.
- Les examens radiologiques pédiatriques (nécessitant le plus souvent l'intervention d'un anesthésiste) ne sont pratiqués qu'au CHU à hauteur d'une vacation par semaine (l'articulation devra se faire avec le volet pédiatrique du SROS).
- Le taux d'équipement en caméra à scintillation est satisfaisant au regard des besoins de la population.
- 4 caméras TEP (1 par département) ont été autorisées, 3 sont actuellement installées.
Ce niveau d'équipement apparaît supérieur au niveau national mais si on tient compte :
d'une mortalité par cancers des hommes en Bourgogne supérieur à la moyenne nationale (et en particulier dans la Nièvre et l'Yonne) et d'un élargissement des indications des examens TEP à d'autres pathologies un nouvel équipement TEP, implanté sur l'un des établissements de recours régional, pourrait être envisagé après la mise en service de l'équipement TEP d'Auxerre et l'évaluation précise des besoins de la population bourguignonne.

➤ Equipements et matériels lourds et urgences

- Tous les sites pivots des territoires hospitaliers organisent une permanence d'accès H24 des scanners installés dans les établissements publics. De même, au dernier trimestre 2011, une permanence des soins a été mise en place par les radiologues libéraux pour le scanner attendant au service d'urgence de la clinique de Chenôve.
Le CH de Semur en Auxois fait appel, par téléradiologie, à une société extra régionale en raison des vacances de postes persistantes dans cet établissement. C'est le cas également, de manière ponctuelle, des CH de Chalon et de Mâcon. Le scanner du CH de Chatillon/Seine fonctionne uniquement en téléradiologie assurée par des radiologues libéraux dijonnais. Enfin, pour la permanence du scanner du Morvan, une télétransmission a été mise en place depuis Autun vers le Creusot sur la base d'une convention.

- En matière d'accessibilité des IRM en urgence, seul le CHU organise depuis juin 2011 une permanence H24 sur l'IRM.

➤ Equipements et matériels lourds et démographie médicale

L'imagerie médicale de la région est marquée par des difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers et de radiologues sur certains plateaux techniques.

Si des problèmes d'attractivité de certains bassins de vie sont réels, il existe également des conditions de travail peu satisfaisantes (par exemple en matière de permanence des soins au sein des établissements qui l'assurent).

Il est donc important :

- de s'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information afin de faciliter les mutualisations et ce dans un cadre bien défini
- de mettre en place une permanence d'accès conjointe public/privé pour l'accès aux équipements lourds.

➤ Téléradiologie

- L'ARS de Bourgogne à travers son programme télé-médecine va s'attacher à organiser le déploiement de la télé-radiologie dans le respect d'un cahier des charges organisationnel technique et médical.
- Ce développement doit faciliter l'organisation de la permanence des soins, les détenteurs d'autorisations devront s'engager à pratiquer la permanence d'accès aux équipements lourds organisée par territoire.

A cette fin, un cahier des charges intégrant :

- les protocoles de demandes d'examen en urgence (avec les urgentistes) et de réalisation des différents types d'examen,
- les pré-requis techniques permettant d'assurer une transmission d'images de bonne qualité dans un environnement sécurisé,
- la définition des responsabilités incombant à chaque professionnel devra être élaborée par un groupe de travail régional multidisciplinaire,
- les éléments financiers seront définis en articulation avec les orientations nationales.

Les différents acteurs qui développeront l'interprétation des images à distance devront s'engager à respecter ce cahier des charges.

Par ailleurs, le programme télé-médecine définit les orientations régionales en matière de PACS (Picture Archiving and Communication Systems).

2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Scanners Autorisés/Installés	IRM Autorisés/Installés	Gamma caméra Autorisés/Installés	TEP Autorisés/Installés
Cote d'Or	10/8	4/4	5/5	1/1
Nièvre	5/4	1/1	2/2	1/1
Saône et Loire	8/8	4/4	6/5	1/1
Yonne	7/6	2/2	4/2	1/0
Bourgogne	30/26	11/11	17/14	4/3

- Tous les sites pivots hospitaliers disposent de 2 scanners et d'un IRM, 1 à 2 gamma caméras.
- L'agglomération de Dijon compte 6 scanners et 4 IRM.
- Chaque département a un équipement TEP (le dernier sera installé dans l'Yonne début 2012).
- Il n'existe pas de permanence d'accès aux scanographes installés dans un établissement privé autorisé à accueillir des urgences (Polyclinique Ste Marguerite à Auxerre). Elle est effective depuis le 1^{er} septembre 2011 à la clinique de Chenôve.
- Il n'existe pas de permanence H24 pour les IRM en dehors du CHU qui vient seulement de d'organiser une permanence d'accès sur un IRM.
- La téléradiologie est faiblement développée sur quelques sites périphériques et sans organisation validée par un cahier des charges élaboré en région.

Démographie des professionnels de santé

Démographie des PS				
Territoires de santé	Effectif radiologues hospitaliers	Effectif radiologues libéraux	Effectif des Médecins nucléaires	Départs prévus d'ici 2016 Hosp./Lib./Med Nucléaires
Côte d'Or	27	38	8	5/5/1
Nièvre	4	12	7	2/1/0
Saône et Loire	13	27	2	3/5/1
Yonne	11	13	3	1/0/0
Total Bourgogne	55	90	20	11/11/1

Source : enquête SROS 2011

- 25 % des postes de radiologues sont vacants dans les hôpitaux publics.
- 15 % de l'effectif des radiologues publiques et privés sera parti en retraite d'ici 2016.
- Le nombre d'internes en radiologie à former devra tenir compte des départs de professionnels prévus dans les 5 ans à venir.

2.3.2 Analyse qualitative de l'offre

La Bourgogne dans son SROS 2006-2011 a clairement conforté le parc de scanners dans la région avec une volonté d'accessibilité de proximité.

La problématique de la démographie médicale implique la nécessité de conforter les coopérations d'une publiques/privées, de développer et d'organiser la téléradiologie (télédiagnostic et télé expertise) dans le cadre d'un cahier des charges régional afin d'optimiser le fonctionnement des équipements lourds.

Dans un souci d'efficience, le renfort indispensable du parc IRM doit se concentrer sur les villes ou agglomérations de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens.

Les examens scanographiques substituables par l'IRM ont été déterminés de la façon suivante :

- les examens scanographiques substituables par l'IRM ont été déterminés par le comité régional de l'imagerie. Ce sont majoritairement des examens axiaux et para axiaux qui concernent les indications destinées à des IRM polyvalentes (crâne et rachis),
- ainsi, le nombre d'IRM de substitution préconisé pour la région a été déterminé par rapport aux examens scanners tête et cou, scanners du rachis et scanners des membres,
- ce nombre est de 7 à 9 équipements IRM supplémentaires pour la région.

L'installation d'IRM dédiée aux examens articulaires périphériques (chevilles, pieds, mains, coudes, genoux) dans le contexte « non carcinologique » suppose que le nombre annuel d'examens d'IRM ostéoarticulaires périphériques soit supérieur au nombre total d'examens IRM de substitution.

L'étude de l'activité des équipements et matériels lourds en Bourgogne n'identifie aucun site répondant à ces critères.

On retient par conséquent un renfort d'équipements d'IRM polyvalents, certains appareils pouvant être spécialisés en cancérologie et/ou aux urgences neurologiques, pédiatriques..., avec un suivi particulier de la substitution des examens irradiants (radiologie conventionnelle, scanners) par l'IRM à travers des indicateurs précis.

3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1 Objectif général n°1 : améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p>Objectif spécifique n°1 Développer la télé-radiologie en respectant le cahier des charges technique et organisationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe technique régional intégrant les professionnels médicaux et paramédicaux afin de valider une charte « télé-radiologie » en respect du décret télé-médecine - Mise en place d'un PACS régional en cohérence avec le programme télé-médecine
<p>Objectif spécifique n°2 Augmenter les équipements IRM sur les sites mentionnés ci-dessus, notamment par substitution des appareils de scanographie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le parc d'IRM sur les plateaux existants. - Assurer de façon prioritaire l'accès H24 à l'IRM pour les sites prenant en charge les urgences pédiatriques, les AVC dans leur phase aiguë et disposant d'une UNV. - Les titulaires de ces autorisations devront s'engager (à travers les CPOM) à suivre les recommandations de l'HAS et à objectiver la substitution à travers des indicateurs précis.
<p>Objectif spécifique n°3 Favoriser les autorisations d'équipements lourds avec une amplitude horaire minimale d'ouverture</p>	<p>Les autorisations</p> <ul style="list-style-type: none"> - de scanners et d'IRM seront accordées au regard d'un accès minimal à la machine de 53 heures hebdomadaires - de gamma caméras seront accordées au regard d'un accès minimal à la machine de 50 heures hebdomadaires - caméra TEP au regard d'un accès 5 jours par semaine.
<p>Objectif spécifique n°4 Mettre en place une permanence d'accès 24h/24h mutualisée public/privé aux équipements lourds sur les sites mentionnés ci-dessus</p>	<p>Tout radiologue travaillant au fonctionnement d'un équipement lourd devra s'engager à participer à la PDES des équipements d'imagerie en coupes</p>

3.2 Objectif général n°2 : améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Garantir des délais d'accès adéquats aux équipements pour les cas d'urgences (AVC, cancérologie,...)	- Renforcer en équipement IRM les structures disposant d'une UNV avec accès H24 - Renforcer l'un des établissements du site de recours régional par une IRM spécialisée en cancérologie
Objectif spécifique n°2 Favoriser les substitutions aux techniques irradiantes	Renforcer le parc IRM de 7 à 9 appareils
Objectif spécifique n°3 Organiser l'accès aux équipements permettant de répondre de manière spécifique à la prise en charge des enfants, des femmes enceintes, des personnes à forte corpulence et des personnes handicapées,...	Prévoir un équipement IRM régional (IRM large bord) destiné à accueillir certaines populations : personnes à forte corpulence

3.3 Objectif général n°3 : améliorer l'efficacité de la prise en charge par des équipements lourds

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Adapter le plateau technique d'imagerie à l'activité de soins	Délivrer prioritairement les autorisations d'équipements lourds à des structures d'imagerie implantées sur le site d'un établissement de santé
Objectif spécifique n°2 Evaluer qualitativement et quantitativement les actes d'imagerie médicale	Le comité régional de l'imagerie devra définir en 2012 les indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui devront figurer dans les CPOM signés entre les détenteurs d'autorisation et l'ARS.
Objectif spécifique n°3 Conditionner les autorisations d'équipements lourds à la participation de leurs détenteurs à au moins 2 études benchmarks	Les détenteurs d'autorisation d'équipements lourds (scanners, IRM, Caméra TEP) devront s'engager : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ à participer à 2 audits de fonctionnement type benchmark (méthodologie ANAP) organisés par l'ARS sur la durée de l'autorisation. ⇒ à suivre les délais de rendez-vous

4 Organisation de l'offre

4.1 Gradation des plateaux techniques d'imagerie

La gradation des plateaux techniques est la suivante :

Plateau technique de proximité

➤ Environnement :

Ces plateaux seront implantés dans les établissements de court séjour disposant d'une activité médicale et/ou chirurgicale suffisante.

La radiologie conventionnelle et l'échographie en radiologie semblent pouvoir couvrir les besoins de ces établissements.

Un scanner de proximité disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences.

La couverture radiologique en établissement peut être assurée dans le cadre d'une coopération avec les professionnels installés en ville ou par téléradiologie.

Plateau technique étendu

➤ Environnement :

Il concerne les établissements de taille importante ou des établissements associés via des modalités de coopération de type GCS ou CHT, couvrant la majorité des pathologies et pouvant disposer d'une autorisation d'accueil des urgences avec une activité conséquente. Ces établissements doivent justifier d'un rôle important au sein d'un territoire de recours infrarégional.

Certains d'entre eux peuvent avoir développé une spécificité dans un domaine de compétence particulière comme la cardiologie interventionnelle.

➤ Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire si l'environnement médicochirurgical est approprié ;
- un scanner multibarrettes disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences, ouvert 24 heures sur 24 ;
- une IRM assurant la permanence des soins, accessible notamment 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence ;
- l'accès à la médecine nucléaire qui pourrait être envisagé, selon le type d'activité de l'établissement.

Plateaux techniques complets

↳ Environnement

Ils sont implantés dans les établissements de recours régional (CHU, CGFL) qui ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie.

L'entité où est implanté le plateau technique doit être suffisamment attractive pour justifier de cette implantation (établissements à vocation régionale ou ayant une fonction de recours importante).

↳ Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire ;
- plusieurs scanners multibarrettes. La garantie d'une permanence des soins (astreinte ou garde radiologique 24 heures sur 24 pour le scanner comme pour l'IRM). Des plages horaires ou équipement peuvent être dédiés :
 - aux urgences lorsque l'on comptabilise plus de 40 000 passages ;
 - aux actes diagnostiques et de suivi liés aux pathologies cancéreuses ;
- au moins deux IRM (en propre ou par convention). Un des appareils doit correspondre à une activité habituelle et permettre une utilisation dans les indications les plus larges. Il doit notamment être accessible 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence (AVC) et la pédiatrie ;
- médecine nucléaire : 2 gamma caméras et 1 caméra TEP (en propre ou par convention).

Gradation des soins	Territoire de santé			
	21	58	71	89
Plateau technique de proximité	CH Saulieu, CHIC Chatillon/Montbard	CH Clamecy	Clinique Autun Clinique de la Roseaie	CH Avallon, CH Joigny, CH Tonnerre

Plateau technique étendu	CH Beaune, CH Semur Cliniques de la Générale de Santé, clinique de Talant, le Centre Louis Néel (actuellement non adossé à un établissement de santé).	CH Decize, Clinique de Cosne sur Loire, CH et Clinique de Nevers	CH Paray et Montceau les Mines, CH Chalons et Mâcon, Cliniques de Chalons et Mâcon	CH Sens et Auxerre et polyclinique Auxerre
Plateau technique complet	CHU, CGFL			

4.2 Missions de service public

Missions de service public	Dispositifs	Territoire de santé			
		21	58	71	89
Permanence des soins des plateaux d'imagerie	Lignes d'astreintes	4 astreintes : - 2 sur l'agglomération dijonnaise - 1 pour le nord Côte d'Or (Semur) - 1 pour le sud Côte d'Or (Beaune)	- 1 astreinte publique-privée sur le site de Nevers - 2 demi-astreintes jusqu'à minuit : 1 sur le site de Cosne sur Loire et 1 sur le site de Decize (mutualisation après minuit sur le département)	4 astreintes : - 3 astreintes communes publique/privé sur les sites de Mâcon, Chalon, Paray le Monial - 1 astreinte commune publique/privée pour les établissements de la CUCM et intégrant la permanence d'Autun par téléradiologie	- 1 astreinte commune publique/privée sur le site d'Auxerre intégrant la permanence d'Avallon et Tonnerre par téléradiologie - 1 astreinte commune publique/privée sur le site de Sens, - 1 demi-astreinte sur le CH de Joigny jusqu'à minuit, mutualisée après minuit avec Sens

4.3 Articulation ville – établissement de santé – médico-social

- élargir la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie à tous les acteurs de santé ville-hôpital et médico-sociaux ainsi qu'au grand public,
- prendre en compte les besoins spécifiques en examens d'imagerie des populations hébergées en structures médico-sociales, personnes âgées, personnes handicapées,
- mettre en place un outil informatique régional unique permettant l'orientation des patients en sortie de court séjour permettant de fluidifier le parcours du patient.

4.4 Coopérations

Le développement des coopérations hospitalières et libérales s'appuie sur des conventions ou des GIE pour la gestion et /ou la co-utilisation des équipements.

Les nouvelles autorisations ou renouvellements d'équipements lourds devront être assortis d'une obligation du bénéficiaire de permettre l'égal accès des professionnels qui en feraient la demande.

Le renforcement des coopérations doit aujourd'hui se poursuivre pour l'ensemble des équipements lourds dans un cadre juridique type GIE ou GCS.

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

5.1 Implantations

En conformité avec les plans nationaux, les recommandations sur le bon usage des examens d'imagerie et la substitution du fonctionnement des équipements installés en Bourgogne, il est retenu :

- le maintien de 30 scanographe avec la possibilité de remplacer un des 3 scanners du CHU par une IRM, ce qui ramènerait le nombre d'autorisations à 29

- le maintien du parc de gamma caméra avec la possibilité pour chaque service de médecine nucléaire d'être équipé de 2 appareils,

- la possibilité d'implanter une 5ème camera TEP dans l'un des établissements de recours régional, après une étude précise des besoins une fois la caméra TEP d'Auxerre installée et après son fonctionnement d'une année minimum.
Cet équipement supplémentaire sera autorisé sous forme d'un GIE ou GCS afin d'assurer l'égal accès des professionnels médicaux qui le solliciteront. L'accès de toutes les caméras TEP sur 10 demi-journées par semaine devra être effective.

- le renforcement du parc d'appareils IRM par de nouvelles autorisations selon le cahier des charges suivant :
 - implantation des nouveaux appareils sur les sites où des IRM sont déjà installées,
 - implantation de ces appareils dans les établissements de santé,
 - optimisation des équipes de radiologues et de manipulateurs en électroradiologie,
 - obligation de permettre l'égal accès aux IRM des professionnels qui en feraient la demande.
 - les coopérations devront être déclinées sous une forme juridique de type GIE ou GCS,

- l'accessibilité-machine des scanners ou des IRM devra être d'au moins 53 heures hebdomadaires, hors PDES
- la permanence d'accès H 24 scanner et IRM devra être assurée sur les sites de Dijon, Nevers, Chalon, Mâcon, Auxerre et Sens dans le cadre d'une coopération publique/privée. Tout professionnel médical libéral intervenant dans le fonctionnement des équipements lourds devra s'engager dans cette permanence des soins,
- les détenteurs d'une autorisation nouvelle d'IRM devront s'engager à respecter la substitution des examens d'imagerie irradiante,
- la priorité donnée à l'implantation d'une IRM dans les établissements disposant d'une UNV,
- l'implantation d'une IRM spécialisée pour les examens carcinologiques en fonctionnement partagé est retenue sur l'un des établissements de recours régional,
- l'implantation d'une IRM spécialisée aux urgences et aux examens neurologiques dans l'un des établissements de recours régional.

Territoires de santé	Existant (nombre de sites)	Cible SROS
Côte d'Or	Scanner = 10	10 (9 si substitution au CHU)
	IRM = 4	8 à 8 dont <ul style="list-style-type: none"> • 1 spécialisé en cancérologie • 1 spécialisé aux urgences (pédiatriques, neurologiques) • Etude pour 1 équipement dédié ostéoarticulaire des membres non carcinologique
	Gamma caméras = 5	5
	TEP = 1	1 + étude sur la possibilité d'un 2ème
Nièvre	Scanner = 4	4
	IRM = 1	2
	Gamma caméras = 2	2
	TEP = 1	1
Saône et Loire	Scanner = 9	9
	IRM = 4	8
	Gamma caméras = 5	6
	TEP = 1	1
Yonne	Scanner = 7	7
	IRM = 2	4
	Gamma caméras = 2	4
	TEP = 1	1

5.2 Accessibilité

Accessibilité financière

Les professionnels radiologiques dans leur ensemble affichent une tarification des actes d'imagerie en coupe en secteur I.

Seul le site de Mâcon propose un tarif en secteur II pour l'IRM sur des plages hebdomadaires de 9 heures pour le scanner et 6 heures pour l'IRM.

Le détenteur d'autorisation de la caméra TEP de Chalon n'a pas renseigné la demande.

5.3 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Détail par territoire de santé :

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
Côte d'Or	2 à 4 IRM	1 scanner	-	Regroupement des plateaux techniques d'imagerie dans le cadre du regroupement des 3 cliniques de la Générale de Santé
Nièvre	1 IRM	-	-	-
Saône et Loire	2 IRM	-	-	
Yonne	2 IRM	-	-	-

6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Imagerie	Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	Nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM (commun avec le volet neurologie)	1	6
	Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies (crâne, ASP, thorax) sur les actes réalisés en consultations externes (commun avec le PPRGDR)	- Nombre de radios du crâne : 4 534 - Nombre de radios du thorax : 28 008 - Nombre ASP : 4 130	- Nombre de radios du crâne : ▲ de 71 % - Nombre de radios du thorax : ▲ de 32 % - Nombre ASP : ▲ de 30 %
	Améliorer l'efficience de la prise en charge par des équipements lourds	Délais de rendez-vous IRM programmés hospitalisés et externes et selon la méthodologie ANAP	35 jours	Diminution de 15 jours

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Imagerie	Améliorer l'accès aux équipements lourds en assurant le maillage du territoire et en confortant les sites de Dijon, Mâcon, Chalon, Nevers, Auxerre et Sens	Mise en place d'un groupe technique régional
		Elaboration d'une charte téléradiologie
		Nombre de coopérations utilisant la télémedecine en imagerie médicale se conformant au cahier des charges régional
		Mise en place d'un PACS régional
		% d'établissements de santé ayant inscrit un objectif, dans leur CPOM, de suivi des recommandations de la HAS pour la substitution des appareils de scanographie
		Nombre d'établissements de santé proposant un accès-machine minimal de 53 heures hebdomadaires aux scanners et IRM / territoire de santé
	Améliorer la qualité et la sécurité des actes d'imagerie	Nombre d'établissements de santé proposant un accès-machine minimal de 50 hebdomadaires aux gammas caméras / territoire de santé
		Délai d'attente pour un examen IRM
		Nombre de structures disposant d'une UNV ayant un équipement IRM avec accès H24 / territoire de santé
	Améliorer l'efficience de la prise en charge par des équipements lourds	Nombre de scanners remplacés par une IRM
		Nombre d'autorisations d'équipements partagés entre établissements de santé et radiologues libéraux
		% de détenteurs d'autorisations d'équipements lourds participant à 2 audits de fonctionnement organisés par l'ARS sur la durée de leur autorisation



Schéma régional d'organisation des soins partie hospitalière

1 Contexte

La partie hospitalière du schéma régional d'organisation des soins concerne treize activités de soins à traiter de manière obligatoire conformément aux articles R6122-25 et R6122-26 du code de la santé publique, auxquels s'ajoute l'examen de deux activités demandé par le guide méthodologique national de la DGOS (Direction générale de l'organisation des soins). A ces activités s'agrège un volet relatif à la biologie médicale sur la base duquel l'ARS peut s'appuyer pour s'opposer à des opérations de concentration d'activités de laboratoires ou à de nouvelles implantations, en application de l'article L.6222 du code de la santé publique.

En outre, le choix a été fait par l'ARS de Bourgogne d'approfondir deux autres activités, la neurologie et l'hospitalisation à domicile, qui sont déclinées comme thématiques en tant que telles au sein de l'activité obligatoire de médecine. Ce sont donc au total 18 activités qui font l'objet d'une déclinaison détaillée selon une trame de présentation unique.

Enfin, parmi les activités traitées, il faut noter que deux sont nouvelles par rapport au SROS 2006-2011 : il s'agit des soins aux détenus et de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales. Cette dernière activité, comme l'imagerie et la biologie, connaissent des avancées technologiques importantes et sont susceptibles d'évolution rapide, ce qui pourra impliquer des révisions régulières du SROS. Il faut noter également que des activités comme la médecine et la chirurgie sont tributaires d'une évolution de textes réglementaires dont la parution a été reportée, et devront sans doute faire l'objet d'une révision dès que leur contenu sera publié.

Cette organisation du SROS s'inscrit dans le cadre des quatre territoires de santé de la région, tels qu'ils ont été définis par l'arrêté du 11 octobre 2010 de la directrice générale de l'ARS de Bourgogne.

Au plan financier, les perspectives d'évolution de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) hospitalier imposent un cadre économique contraint qui doit conduire à optimiser l'organisation des soins mise en place par le SROS et à contenir les volumes d'activité de ce secteur dans des limites budgétaires soutenables. Les redéploiements de crédits entre enveloppes sanitaire et médico-sociale doivent aussi contribuer à répartir au mieux les moyens nécessaires à la mise en œuvre des priorités régionales.

En conséquence, les enjeux de ce schéma consisteront non seulement à améliorer l'adéquation de l'offre existante aux besoins de soins de la population, mais aussi à rationaliser les modalités de prise en charge, en s'appuyant sur une gradation des soins et des plateaux techniques adaptés et en privilégiant, dans la mesure du possible, des modes substitutifs à l'hospitalisation complète.

1.1 Finalités du volet du schéma d'organisation des soins

Les finalités du SROS pour sa partie hospitalière s'inscrivent dans les orientations fixées par le code de la santé publique et prennent en compte les contraintes liées à la configuration géographique particulière de la région Bourgogne :

- mieux structurer l'offre de soins dans un contexte régional marqué par une démographie des professionnels de santé d'une grande fragilité et des problèmes de distance liées à l'étendue du territoire bourguignon,
- développer les alternatives à l'hospitalisation dans des limites compatibles avec la disponibilité des professionnels et l'éloignement géographique des prises en charge,
- prendre en compte les parcours de soins des patients, notamment à travers trois activités caractéristiques que sont la cardiologie, la neurologie et la cancérologie, mais aussi pour les autres activités,
- adapter et rationaliser les organisations pour tenir compte des contraintes démographiques, géographiques et économiques,
- concentrer les moyens et les capacités d'expertise sur certains sites, tout en maintenant un accueil de proximité de qualité,
- développer les technologies de l'information et de la communication pour faciliter la mutualisation des moyens entre les établissements publics et privés,
- garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

1.2 Contribution du volet aux priorités du Plan Stratégique Régional de Santé

Le PSRS (Plan stratégique régional de santé) porte un intérêt particulier à la déclinaison du parcours de soins ou de vie des patients dans sept domaines spécifiques, depuis la prévention et le dépistage, en passant par la prise en charge du patient en ambulatoire ou au sein d'une structure, jusqu'au suivi dans le secteur médico-social.

Pour ce qui concerne le parcours de santé des patients, les maladies chroniques responsables d'un niveau de morbidité et de mortalité élevé que sont les cancers et les maladies cardiaques et neurovasculaires ont fait l'objet d'une analyse particulière : l'amélioration de la prise en charge de ces affections constitue une priorité nettement affichée dans le SROS.

Le parcours de vie des personnes âgées identifié dans le PSRS est largement décliné au sein des différentes activités de soins obligatoires du SROS, dès lors qu'il nécessite une adaptation de leur prise en charge.

Enfin, les pathologies des jeunes et des adolescents ont été abordées dans le volet psychiatrie.

L'offre de proximité pour les services d'urgences est maintenue, mais adaptée à l'activité réelle et aux besoins de la population.

1.3 La gradation des soins hospitaliers en Bourgogne

Le schéma fait l'objet de priorités particulières détaillées au sein de chacune des activités de soins du SROS, qui se traduisent par une série d'objectifs généraux, eux-mêmes déclinés en objectifs spécifiques. On peut toutefois relever, en termes d'organisation, le souci constant de parvenir à une gradation des soins quel que soit le type d'activité mise en œuvre.

Au préalable, il convient de rappeler que les soins de premier recours relèvent principalement de la partie ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins.

Pour ce qui concerne les activités de soins et les équipements visés par la partie hospitalière de ce même schéma, une organisation en 4 niveaux est retenue, dont le dernier niveau, (4^{ème} niveau) correspond au recours interrégional voire national.

Enfin, si le schéma interrégional d'organisation des soins existant n'est pas examiné dans le cadre du présent SROS, et ne sera pas révisé avant 2013, il faut toutefois rappeler que certaines activités non traitées dans le SROS comme la génétique ou l'assistance médicale à la procréation, peuvent néanmoins nécessiter la recherche d'une prise en charge au sein de l'interrégion Est.

L'organisation hospitalière de la région répond donc à une gradation selon 3 niveaux :

- le premier niveau concerne des activités de soins, exercées en établissement de santé, mais n'ayant pas d'obligation de permanence des soins en établissement de santé (PDSES). Pour autant, ce niveau peut disposer d'une structure des urgences ou d'une antenne de SMUR intégrée dans le réseau des urgences. Il est étroitement articulé avec l'offre ambulatoire qui repose sur les médecins généralistes et spécialistes, les réseaux, les centres, maisons et pôles de santé.

Les établissements de santé de ce niveau sont constitués des ex-hôpitaux locaux mais également des établissements de santé polyvalents de taille limitée dont l'activité est concentrée le plus souvent sur la médecine. Ils participent à l'offre de soins de proximité (soins de premier recours) et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire et médico-sociale.

- le deuxième niveau constitue un niveau de recours infrarégional. Il concerne des activités de soins MCO ou des plateaux techniques ayant des activités à la fois programmées ou en urgence, avec une obligation de permanence des soins en établissement de santé (PDSES). A ce niveau, sont également organisés l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil et de crise.

- le troisième niveau est celui des plateaux techniques de recours régional ; il assure une offre hautement spécialisée et une offre de recours en cancérologie.

Cette gradation des activités de soins et des plateaux techniques a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle ne remet pas en cause la gradation propre à certaines activités spécialisées, comme par exemple la périnatalité ou les soins en addictologie.

A partir de cette gradation en 3 niveaux, l'organisation de l'offre hospitalière publique et privée de la région est organisée sur la base d'un territoire de projet hospitalier. Dans chacun de ces territoires, les activités de niveau 1 et 2 sont assurées par un ou plusieurs établissements ; le niveau 3, régional, étant assuré par les établissements de recours régional.

Les territoires de projet hospitalier reposent sur un projet médical commun que les établissements publics et privés déterminent entre eux. Doivent être notamment définies dans ce projet : l'organisation des urgences et des urgences pré-hospitalières, la permanence des soins en établissements de santé (PDES) pour les disciplines concernées, la complémentarité entre établissements pour les activités de médecine et de chirurgie.

Ces territoires pourront être le support des futures communautés hospitalières de territoire (CHT) publiques, lesquelles ne devraient pas dépasser le nombre de six, dans la continuité de l'organisation du SROS 2006-2011.

1.4 Synthèse des objectifs du schéma

Les objectifs du SROS-PRS sont déclinés pour l'ensemble des 18 activités en objectifs généraux et spécifiques, toutefois les objectifs relatifs à certaines activités revêtent une importance particulière dans l'organisation des soins prévue.

Ainsi, la médecine d'urgence doit pouvoir s'organiser dans un contexte de démographie médicale difficile en conservant les implantations qui respectent les conditions réglementaires de fonctionnement en termes de sécurité et en recherchant éventuellement une organisation viable dans un cadre expérimental pour garantir l'accès aux soins des usagers. La capacité du SROS à mettre en place une organisation efficiente de la prise en charge des urgences conditionne le bon fonctionnement de plusieurs autres activités de soins. Par exemple, la structuration d'une filière AVC (accidents vasculaires cérébraux) de prise en charge des urgences prendra la forme d'une filière par territoire de santé.

L'activité de chirurgie, dont la pérennisation des sites est tributaire d'un seuil d'activité minimal à même de garantir une prise en charge plus sûre des malades, doit intensifier par ailleurs le développement de la chirurgie ambulatoire.

L'accroissement du parc d'équipement lourd en imagerie médicale permet d'améliorer la détection des pathologies en général, mais une orientation nouvelle se fait jour avec la demande de remplacement progressif des scanners par des IRM, pour des raisons de radioprotection des utilisateurs.

Il faut préciser également que certaines préconisations du SROS précédent n'ayant pas encore été menées à leur terme, comme l'activité de réanimation, il s'agit dans ce cas de terminer leur mise en œuvre dans le cadre du nouveau schéma.

De même, certaines activités du SROS, comme les soins de suite et de réadaptation et la cardiologie interventionnelle, venaient de faire l'objet d'une révision en 2009 et 2010. En l'espèce, les objectifs ne varient guère et seules des adaptations seront opérées pour cadrer avec l'organisation découlant du nouveau découpage territorial.

Enfin, la transfusion sanguine donnera lieu à un schéma d'organisation spécifique établi par l'Etablissement français du sang, qui sera soumis à l'avis de l'ARS. Son élaboration interviendra dans un second temps, une fois que les orientations du SROS auront été définies.

1.5 Les missions de service public

Les missions de service public recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Le SROS définit les besoins à couvrir par territoires de santé, sur la base d'un diagnostic.

Ainsi chaque activité de soins comporte un paragraphe correspondant aux missions de service public devant être assurées.

Concernant les soins dispensés aux détenus, l'aide médicale urgente, la permanence des soins en établissement de santé, les soins palliatifs, ces missions de service public sont décrites comme activités de soins en tant que telles.

Les actions de santé publique, d'éducation et de prévention, sont déclinées dans chaque activité de soins en articulation avec le schéma prévention.

Le volet psychiatrie et santé mentale définit les lieux désignés pour assurer la mission relative aux soins sans consentement.

La lutte contre l'exclusion est l'objet même du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui fait partie du PRS.

Enfin, les missions de recherche, d'enseignement universitaire et postuniversitaire, le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et des sages-femmes, feront l'objet d'un avenant au SROS et seront inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

0

A la suite de cette introduction, figure la description de l'organisation préconisée propre à chacune des 18 activités traitées dans le cadre du SROS-PRS selon une trame de présentation identique.

D'autre part, la partie relative aux objectifs quantifiés de chaque activité est consacrée aux implantations prévues pour chaque activité et à l'accessibilité.

Enfin, le schéma cible de la permanence des soins en établissements de santé détaille le nombre de lignes de gardes et d'astreintes nécessaires par territoire et par activité sous forme d'un tableau récapitulatif.

En application du code de la santé publique, l'ensemble de la partie hospitalière du SROS est opposable.

L'ordre de présentation des activités est le suivant :

- médecine d'urgence
- chirurgie
- traitement du cancer
- réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- imagerie médicale
- périnatalité
- psychiatrie, santé mentale
- médecine
- neurologie
- activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- traitement de l'insuffisance rénale chronique
- hospitalisation à domicile
- soins palliatifs
- soins de suite et de réadaptation
- soins de longue durée
- examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales
- soins aux détenus
- biologie médicale

La dernière partie est consacrée à la permanence des soins en établissements de santé (PDES).



Schéma régional d'organisation des soins de Bourgogne

Le présent schéma régional d'organisation des soins (SROS) comporte deux innovations majeures par rapport au précédent schéma régional d'organisation sanitaire : d'une part il s'inscrit dans le projet régional de santé de la région Bourgogne, d'autre part il comprend une partie hospitalière et une partie ambulatoire qui sont complémentaires dans la réponse apportée aux besoins de la population. Il s'agit donc d'un schéma régional d'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires qui contribue à l'efficacité du système de santé régional. Toutefois, si la partie hospitalière du SROS est entièrement opposable, il n'en est pas de même de la partie ambulatoire, qui reste non opposable, à l'exception des zonages.

Outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS) de Bourgogne, le présent SROS décline et contribue à décliner les cinq orientations stratégiques du PSRS :

- l'organisation de l'offre de soins de premier recours : c'est l'objet même de la partie ambulatoire du SROS, à travers les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé, le développement des maisons de santé pluri professionnelles et la définition des zones fragiles, mais c'est également un objectif par le biais du système hospitalier, et notamment les centres hospitaliers de premier niveau. A noter que si la permanence des soins ambulatoires n'est pas incluse dans le SROS, il n'en reste pas moins que le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de Bourgogne a été élaboré en parfaite adéquation avec le SROS. Il en sera de même de la concordance du SROS avec les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACRT),
- le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et ou âgées : bien que ce soit l'objet même du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), il n'en reste pas moins que dans une logique de parcours de santé et de parcours de vie, le système hospitalier et les professionnels de santé libéraux, qui sont à la charnière des deux secteurs, contribuent à ce soutien à l'autonomie, lequel concerne également les personnes porteuses de maladies chroniques. Aussi, le SROS et le SROMS reprennent-ils chacun en parfaite complémentarité les orientations en matière de dépistage précoce des handicaps, de prise en charge du handicap psychique, d'organisation de la filière gériatrique et gérontologique, de la filière neurologique, ...

- la coordination de la prise en charge des maladies chroniques : le SROS décline les parcours des personnes atteintes de cancer, de pathologies neurologiques, d'insuffisance rénale, ... dans une logique de coordination de l'ensemble des acteurs, qu'ils relèvent des secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social,
- le développement de l'éducation et de la prévention de la santé, chez les adolescents et les jeunes adultes (cette dimension est reprise dans les objectifs du volet psychiatrie et santé mentale), mais plus globalement pour l'ensemble des pathologies ou des disciplines,
- la réduction des inégalités territoriales : le SROS vise à mieux répartir sur le territoire bourguignon l'offre de soins hospitaliers et les professionnels de santé, afin de mieux répondre aux besoins de la population, dans une logique de complémentarité et parfois de subsidiarité entre le secteur public et le secteur libéral, mais également dans un souci de meilleure utilisation des ressources humaines et financières qui sont contraintes.

L'esprit de transversalité a présidé à l'élaboration du PRS de Bourgogne, visant à décloisonner les secteurs de la santé, et ce malgré l'existence de trois schémas séparés. A ce titre, pour chaque activité de soins déclinée dans le SROS, figurent des objectifs de prévention, issus et repris dans le schéma régional de prévention, l'articulation entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, bien sûr plus ou moins développée en fonction des thématiques. L'élaboration du SROS s'est appuyée sur une logique de parcours, qui a animé l'ensemble des réflexions menées par les différents groupes de travail, certes dans des délais resserrés, mais en ne perdant jamais de vue l'objectif premier : améliorer le service rendu à la population par le système de santé dans un contexte de ressources contraint. Que ce soient les professionnels de santé, les unions régionales des professionnels de santé, les ordres, les établissements de santé, les fédérations hospitalières, les représentants des usagers, tous ont contribué à l'élaboration de ce SROS et en sont vivement remerciés. Ils vont maintenant participer à sa mise en œuvre.

Il convient toutefois de ne pas oublier que le SROS, et plus globalement le PRS, a pour objectif de mieux utiliser les ressources de l'assurance maladie dans un contexte financier et d'évolution de l'ONDAM contraint. Le présent schéma doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu, le développement de la réponse aux besoins, dans un souci de maîtrise, voire de diminution des dépenses hospitalières. Ce qui suppose d'une part une maîtrise de l'activité, et d'autre part de rester dans le cadre de l'enveloppe régionale des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), enveloppe qui n'a pas vocation à augmenter en région Bourgogne, la région étant considérée comme bien dotée par rapport aux autres. Cela signifie que les choix de développement d'activités inscrites dans le présent SROS devront être financés par redéploiement des moyens existants, en dehors des moyens nouveaux qui pourraient être alloués à la région Bourgogne. De la même manière, dans une logique de parcours de santé et de meilleure organisation des filières de soins, des moyens du secteur hospitalier devront être redéployés sur la prévention et sur le secteur médico-social, afin de mieux utiliser les ressources de l'assurance maladie, dans une logique de fongibilité des enveloppes.

Le chiffrage financier du SROS prendra en compte ces objectifs de redéploiement, et en tout état de cause devra respecter scrupuleusement le taux d'évolution de l'ONDAM. La création de telle activité ou de tel équipement supplémentaire supposera d'être en capacité d'opérer des choix prioritaires dans la répartition des moyens attribués au titre des MIGAC.

Les objectifs affichés dans le SROS d'efficience de la prise en charge et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie sont déclinés en actions dans les deux programmes que sont d'une part le programme régional qualité et gestion des risques, d'autre le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurance maladie ; ces deux programmes font partie intégrante du PRS.

Enfin, face au constat d'une démographie des professionnels de santé très fragilisée, d'un territoire vaste et peu dense, d'une proportion de maladies chroniques importantes, le SROS s'appuie sur le développement des nouvelles technologies, et en particulier la télémédecine et la télésanté. Bon nombre d'objectifs généraux et spécifiques font appel au déploiement de la télémédecine, dont les actions concrètes sont elles-mêmes déclinées dans le programme régional de télémédecine de Bourgogne.

Le SROS de Bourgogne se décompose donc en deux parties qui sont parfaitement complémentaires pour répondre aux besoins de la population :

- la partie hospitalière, qui se compose elle-même de 19 activités de soins, dont la permanence des soins en établissement santé, les missions de service public étant déclinées dans chaque activité
- la partie ambulatoire, composée des orientations relatives au maintien ou à la consolidation de l'offre de soins ambulatoires de 1er recours, et de la cartographie des besoins en professionnels incluant les zonages définis à l'article L 1434-7 du code de la santé publique.



Insuffisance rénale chronique

1. Champ et périmètre

L'insuffisance rénale est définie comme l'altération de la fonction excrétrice des reins, appelée usuellement fonction rénale. Celle-ci est appréciée par la valeur du débit de filtration glomérulaire (D.F.G.).

L'insuffisance rénale chronique (I.R.C.) est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire ; elle est souvent évolutive et s'aggrave progressivement.

Chez l'adulte, un D.F.G. < 60 ml/mn/1,73 m² est une insuffisance rénale indiscutable qu'il y ait ou non des marqueurs d'atteinte rénale associés (*biologiques et/ou morphologiques et/ou histologiques*).

La HAS retient la classification des maladies rénales chroniques et de l'insuffisance rénale selon les 4 stades de sévérité suivants :

Stade	Définitions	DFG (ml/mn/1,73m ²)
1	Maladie rénale chronique * avec DFG ≥ 60 * anomalies rénale biologiques et/ou histologiques et/ou morphologiques	≥ 60
2	Insuffisance rénale modérée	30 - 59
3	Insuffisance rénale sévère	15 - 29
4	Insuffisance rénale terminale	<15

Les indications pour débuter un traitement de suppléance chez l'adulte sont l'apparition de certaines manifestations cliniques du syndrome d'insuffisance rénale chronique terminale et/ou un DGG compris entre 5 et 15 ml/mn/1,73 m².

Toutefois cette description théorique est difficile à appréhender en pratique courante où la mesure de la créatininémie sanguine constitue un bon examen de dépistage. Le calcul de l'indice de COCKROFT, affichant la clairance de la créatinine, permet de préciser la fonction rénale avec les restrictions suivantes : le dosage de la créatinine est variable d'un laboratoire à l'autre, la valeur du COCKROFT est à interpréter chez l'enfant et la personne âgée.

Dès la découverte ou la confirmation d'une insuffisance rénale chronique, le bilan doit être complété et le patient doit être suivi par un néphrologue et son médecin traitant. Des mesures préventives, comme l'éducation du patient, et un suivi régulier sont nécessaires et associent l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux (infirmiers, diététiciens,...). Ce suivi a pour but de retarder, voire de prévenir l'apparition du stade terminal.

Au stade de l'insuffisance rénale chronique avancée, un traitement de suppléance est à discuter : soit par dialyse (ou épuration extra rénale) soit par transplantation. L'aide des professionnels permettra au patient de choisir la meilleure technique de prise en charge.

La suppléance rénale est assurée idéalement par la transplantation rénale, avant mise en place de la dialyse, appelée greffe préemptive.

L'épuration extra rénale utilise deux techniques. La dialyse par voie extra corporelle, ou hémodialyse et la dialyse par voie intra corporelle, ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse peut être réalisée en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), en unité d'autodialyse simple ou assistée ou à domicile (cette dernière modalité étant de plus en plus marginale). L'hémodialyse nécessite, en général, 3 séances hebdomadaires.

Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin. Il doit être implanté au sein d'un établissement de santé disposant d'hospitalisation complète en médecine ou éventuellement en chirurgie.

L'unité de dialyse médicalisée prend en charge des patients ne requérant pas une présence médicale continue durant les séances ou des patients qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.

L'unité d'autodialyse simple est réservée aux patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement. Pour ceux ayant recours à une infirmière pour plusieurs gestes pendant la séance, la prise en charge est réalisée en unité d'autodialyse assistée.

Pour l'hémodialyse à domicile, le patient doit pouvoir assurer les gestes nécessaires seul ou avec le recours à une tierce personne.

La dialyse péritonéale est réalisée à domicile ou au lieu de résidence du patient. Cette technique est pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne.

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
Traiter le patient selon la modalité de prise en charge adaptée	Adaptation de l'offre de soins sur chaque territoire. Réduction des inadéquations techniques.
Proposer par territoire de santé une offre de soins comprenant l'ensemble des modalités de traitement.	1 centre, 1 UDM, de l'autodialyse et de la DP par territoire
Privilégier la transplantation rénale	1 centre greffeurs. 4 centres préleveurs
Développer la prévention primaire et secondaire de l'insuffisance rénale chronique	Rôle du réseau de néphrologie de Bourgogne.
Garantir la qualité de la prise en charge	Comité IRC, réseau régional de néphrologie
Recenser l'évolution annuelle du nombre de patients dialysés.	Adhésion au REIN (réseau épidémiologie et information en néphrologie).

2.2. Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1. Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins en 2010

Activité des centres de dialyse	Nombre de structures	Nombre de patients
Centres d'hémodialyse	7	409
Unité de dialyse médicalisée	9	276
Autodialyse	10	71
Dialyse péritonéale	4	142

2.2.2. Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Centre	UDM	Autodialyse	Dialyse péritonéale
Côte d'Or	111	97	17	52
Nièvre	88	24	20	15
Saône et Loire	97	94	26	49
Yonne	113	61	8	26
Total sur la Bourgogne	409	276	72	142

L'hémodialyse à domicile n'est pas recensée dans ce tableau, car trop marginale, néanmoins la possibilité de ce type de prise en charge est réalisable sur chaque territoire. Au total, chaque territoire de santé dispose de toutes les modalités de prise en charge. 7 équipes de néphrologues sont basées dans les centres d'hémodialyse ; il en est de même pour l'UDM de la clinique de Talant à DIJON.

Greffe rénale.

	2008	2009	2010
Patients bourguignons greffés à Dijon	22	41	32
Patients bourguignons greffés hors Dijon	38	21	26

Le CHU de Dijon est le seul centre autorisé de Bourgogne pour la greffe rénale. Son activité subit des fluctuations comme tous les centres greffeurs de France. Son activité doit être maintenue et confortée.

De plus les délais d'attente à Dijon sont inférieurs à ceux des centres d'Ile de France ou de Rhône-Alpes.

2.3. Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Au 31/12/2009, le registre REIN indiquait que 33558 malades, résidant dans les 20 régions ayant renseigné la base, étaient dialysés soit 588 par million d'habitants. Le nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel s'élevait, toujours pour ces 20 régions, à 29181 soit une prévalence de 510 par million d'habitant.

Selon ce même registre, entre les années 2005 – 2009 l'évolution en Bourgogne a été de + 3,8% par an, inférieure à celle prévue. La prise en charge en UDM a plus que doublé, l'évolution de la prise en charge en centre est faible. L'hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée s'est effondrée. La dialyse péritonéale (DP) stagne à un peu plus de 10%.

Conjugué à l'âge, le poids des comorbidités des patients pris en charge est de plus en plus important. La tranche d'âge la plus représentée est celle des « 75 ans et + ». Cette catégorie présente le moins de patients greffés. Ainsi, en centre d'hémodialyse, 22% des patients présentent une comorbidité et 61% au moins deux, alors qu'en UDM, les chiffres respectifs sont de 21% et 40%, et pour l'autodialyse, 31% et 40%. Le diabète représente la première comorbidité et son poids s'accroît avec l'âge des patients.

Le vieillissement de la population, l'importance des pathologies diabétiques et vasculaires entraînent une augmentation du nombre de personnes devant recourir à la dialyse. Cette augmentation est de l'ordre de 4 % par an. Si le développement de la dialyse péritonéale est une volonté affichée, il se heurte à des contraintes comme le vieillissement de la population et à des contraintes techniques et sociales. L'objectif de 20% fixé par le ministère de la santé pour la région paraît difficile à atteindre de l'avis des professionnels.

Le besoin de prise en charge médicale augmente donc et si la greffe permet au patient de sortir du circuit de dialyse, elle implique un suivi médical régulier. L'évolution de la démographie médicale de cette spécialité ne permet pas de faire face à cet accroissement à court terme.

Par ailleurs, une réflexion éthique devra être conduite sur le traitement par dialyse chez les personnes en grande fragilité afin de leur proposer un traitement tenant compte des résultats de l'analyse médicale bénéfiques/risques, de l'inconfort lié au traitement par dialyse et de l'amélioration de l'état de santé attendue.

2.4. Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

2.4.1. Offre quantitative et territorialisée

Actuellement chaque territoire est doté d'au moins 1 centre d'hémodialyse, généralement localisé dans des établissements publics, 1 unité de dialyse médicalisée, 1 unité d'autodialyse simple, mais le plus souvent d'autodialyse assistée, 1 autorisation de dialyse péritonéale. L'hémodialyse à domicile, bien que théoriquement réalisable sur tous les territoires est en régression et ne concerne que quelques patients sur toute la Bourgogne.

Les capacités en postes de dialyse installés permettent de prendre en charge l'ensemble des patients.

2.4.2. Démographie des professionnels de santé

La densité de médecins néphrologues en Bourgogne est inférieure à la moyenne nationale : 1,7 pour 100 000 habitants contre 2,1. Par ailleurs, 6 néphrologues sont susceptibles de partir à la retraite dans les 10 années à venir. Le déficit en néphrologues est plus marqué dans certaines équipes et notamment sur le territoire de la Nièvre.

La densité de ces médecins dans la région rend difficile la réponse à l'augmentation de la demande liée au suivi après dépistage, à la surveillance des patients en dialyse nécessitant leur présence en centre, au suivi des patients ayant bénéficié d'une transplantation.

La formation des néphrologues, malgré le regain d'intérêt actuel des internes pour cette spécialité, ne permettra que le remplacement des départs en retraite d'ici 5 ans, à la condition que tous les internes formés restent dans notre région.

2.4.3. Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
Réseaux	Existence d'un réseau régional néphrologique fédérant l'ensemble des équipes auquel participe l'ensemble des établissements privés et publics titulaires d'une autorisation. Adhésion au REIN via le réseau régional. Mise en place d'actions d'éducation thérapeutique.
Coordination ville-établissements de santé	La coordination ville-hôpital dans le parcours du patient chronique s'appuie sur la collaboration entre médecin traitant et médecin néphrologue, qui est à renforcer. Réalisation des traitements de suppléance en EHPAD.
Télémédecine	Intérêt du transfert de données lors de la prise en charge en dehors du centre.
Retentissement social	Intérêt de renforcer les actions pour faciliter la réinsertion professionnelle.

3. Objectifs d'amélioration de la prise en charge

3.1. Objectif général n°1 : développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC.

Dans le but de ralentir la progression de l'IRC et de retarder l'âge d'entrée en dialyse, un travail important, qu'il faut conforter, se déroule dans les équipes de néphrologues afin de réaliser la prévention primaire (polluants/médicaments toxiques, alimentation, exposition à certains produits dangereux). Lors de la prise en charge en dialyse, l'éducation thérapeutique produit tout son effet pour limiter l'aggravation de l'état du patient.

Le dépistage précoce permet de retarder l'âge d'entrée en dialyse. L'expérience antérieure de signalement de toute créatininémie supérieure à un certain niveau a montré ses limites. Afin d'améliorer son efficacité il devra s'adresser en priorité aux populations atteintes de diabète et/ou de pathologie cardio-vasculaire.

Le dépistage d'une protéinurie, geste de base en néphrologie, n'est pas de pratique courante. Dans le cadre du dépistage organisé de la rétinopathie diabétique, la fourniture de bandelettes réactives aux patients pourrait faciliter l'accès au dépistage de cette population dont le risque de dialyse est élevé.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Inscrire les établissements de santé dans des actions de prévention primaires coordonnées (polluants/médicaments toxiques, alimentation...) et des actions de dépistage précoce	- Réseau néphrologique - CPOM
Objectif spécifique n°2 Développer l'éducation thérapeutique en établissements de santé pour les patients déjà atteint d'IRC pour retarder l'âge d'entrée en dialyse (prévention secondaire)	- Réseau néphrologique - CPOM

3.2. Objectif général n°2 : améliorer l'accès aux soins de néphrologie.

La stagnation du nombre de néphrologue, l'accroissement du nombre de patients insuffisants rénaux tant en pré-dialyse qu'en dialyse, le développement de la prévention primaire et secondaire et l'augmentation du nombre de consultations de suivi de greffes rendent l'accès à une consultation néphrologique de plus en plus difficile. La conclusion de contrats de coopération entre professionnels de santé médicaux et non médicaux et le recours à la télémédecine devraient permettre de réduire ces tensions.

La prise en charge sociale du patient est encore perfectible. L'accès aux assistantes sociales, aux psychologues et aux diététiciennes est encore trop peu important.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
Objectif spécifique n°1 Promouvoir la télémédecine et la coopération entre professionnels de santé dans les structures hors centre, telles que les unités de dialyse médicalisées et les unités d'auto-dialyse.	-Réseau régional néphrologique - GCS e-santé Bourgogne

4. Organisation de l'offre

L'offre actuelle de prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique est complète sur tout le territoire si l'on considère les techniques de prise en charge.

La gradation des soins correspond à une prise en charge technique variable selon les patients. C'est la lourdeur de la prise en charge médicale qui implique le passage d'une structure où le patient, suffisamment autonome, gère seul sa séance de dialyse, à une structure où la prise en charge médicale et infirmière est totale.

4.1. Gradation des soins

Chaque modalité de traitement par suppléance est accessible dans chaque territoire de santé, selon les implantations inscrites au SROS.

4.2. Missions de service public

La réglementation actuelle impose la continuité des soins dans le cadre de la dialyse.

Pour le centre d'hémodialyse, l'UDM, l'autodialyse et la dialyse péritonéale une astreinte doit être assurée par un néphrologue. Ce dernier peut appartenir à l'unité médicale ou à un autre établissement dans le cadre d'une convention.

Une astreinte infirmière doit être assurée pour la dialyse en centre et la dialyse péritonéale. Dans ce dernier cas, l'infirmière doit être formée à cette technique.

Pour les unités de soins intensifs de néphrologie, la permanence des soins par une garde sur place est obligatoire. C'est la seule à répondre à la définition de la permanence des soins au titre de mission de service public.

Missions de service public	Territoires de santé			
	Cote d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Permanence des soins	1 garde sur place (unité soins intensifs)	1 astreinte	0	0

4.3. Articulation ville – établissement de santé – médico-social

La difficulté qui était liée à la prise en charge des patients en traitement par dialyse péritonéale en EHPAD a été levée par le décret n°2011-602 du 21 novembre 2011 qui autorise désormais le cumul des soins infirmiers avec le forfait soins de cette structure.

4.4. Coopérations

La seule coopération existante est la participation des néphrologues hospitaliers à la prise en charge des patients hors centre de dialyse par voie contractuelle avec les associations AIDER et AURA-Auvergne pour leurs structures autorisées.

Les centres d'hémodialyse et l'ensemble des structures adhèrent au réseau néphrologique régional.

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

5.1. Implantations

Dans l'état actuel du maillage de la région, le développement des capacités actuelles des structures existantes doit permettre de répondre aux besoins de la population de tous les territoires.

En ce qui concerne la dialyse hors centre, dans le territoire de la Nièvre, un certain nombre de patients doivent se déplacer jusqu'à Auxerre. Une réflexion sera conduite pour étudier l'opportunité d'implanter à Clamecy une antenne d'autodialyse dépendant de l'équipe médicale du centre hospitalier d'Auxerre.

Malgré la présence de patients à plus de 45 minutes d'une structure de prise en charge sur un quadrilatère géographique Avallon, Semur-en-Auxois, Autun, Château-Chinon, l'implantation d'une structure supplémentaire ne se justifie pas eu égard au nombre de patients et aux effectifs de néphrologues.

Territoires de santé	Centre	UDM	Autodialyse	Autorisation DP
Cote d'Or	2	3	4	1
Nièvre	1	1	2	1
Saône et Loire	2	3	2	1
Yonne	2	2	2	1
Bourgogne	7	9	10	4

5.2. Objectifs chiffrés d'activité

Non concerné.

5.3. Accessibilité

Non concerné.

5.4. Créations / suppressions / transformations / regroupements

Dans le cadre du SROS-PRS aucune création, suppression, ou transformation n'est envisagée ; en revanche, des transferts de locaux sont susceptibles d'être demandés.

Une réflexion devra être menée entre les détenteurs d'autorisations sur l'agglomération dijonnaise, durant la période du schéma, quant à la possibilité de regrouper sur un site unique les activités liées aux autorisations des centres d'hémodialyse.

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Transformations	Regroupements
0	0	0	0

6. Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
IRC	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC	Nombre d'équipes néphrologiques assurant le dépistage précoce de l'IRC		8
	Améliorer l'accès aux soins de néphrologie	Nombre de contrats de coopération entre professionnels de santé conclu dans la région		9
	Permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients	Part des patients traités par DP / part des patients dialysés	12%	20%

Thème	Objectifs général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
IRC	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement de l'IRC	% d'établissements de santé ayant inscrit des objectifs d'organisation d'actions de prévention primaire et de dépistage précoce de l'IRC dans leurs CPOM
		% des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse (commun avec le PPRGDR)

	Améliorer l'accès aux soins de néphrologie	Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse avec le concours de la télémédecine
Permettre une prise en charge de l'IRC diversifiée et prenant en compte les souhaits des patients		Nombre d'infirmières libérales formées à la DP
		Taux de nouveaux malades pris en charge en DP
		Délai moyen entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe (commun avec le PPRGDR)
		Nombre de greffes rénales réalisés
		Nombre de refus de prélèvement



Neurologie

1 Champ et périmètre de l'activité

La neurologie ne fait pas partie des 15 thématiques obligatoires du schéma régional d'organisation des soins, l'existence de celle-ci relève d'un choix régional.

Dans le cadre de l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS), 2 types de groupes de travail ont été mis en place : des groupes thématiques et des groupes transversaux chargés de traiter les différentes problématiques du parcours de soins du patient (prévention, prise en charge ambulatoire, en établissement de santé ou dans une structure médico-sociale). 7 parcours ont ainsi été analysés dont la neurologie.

Les pathologies qui ont été prises en compte par le groupe de travail "neurologie" sont l'AVC (accident vasculaire cérébral), la SEP (sclérose en plaques), les traumatismes crâniens et médullaires, du fait de leur impact en termes de santé publique.

Au niveau national

L'AVC est la 3^{ème} cause de mortalité chez l'homme, la 2^{ème} chez la femme et la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte selon le Plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014". 400 000 personnes sont touchées. Les personnes de – de 65 ans constituent 25% des patients.

Le rapport 2009-2010, "L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique", indique qu'en 2006, les AVC ont été à l'origine de 99 165 hospitalisations complètes en MCO et la cause initiale de 32 652 décès, soit 6.3% de l'ensemble des décès, et 22.4% des décès par maladies de l'appareil circulatoire.

La SEP constitue la 1^{ère} cause non traumatique de handicap sévère acquis du sujet jeune. Elle débute en moyenne à l'âge de 30 ans (20-40 ans) avec une prépondérance féminine (sex-ratio 1,7/1) et affecte aujourd'hui entre 70 000 et 90 000 patients avec une incidence annuelle probable de 4 à 6 pour 100 000 habitants (source : Guide HAS, Sclérose en plaques, septembre 2006).

En Bourgogne

Selon l'Observatoire Régionale de la Santé (*La santé en Bourgogne : éléments pour un diagnostic des besoins, Octobre 2010*), plus de 7 décès sur 10 sont causés par quatre groupes de pathologies :

- les maladies cardiovasculaires (29,7%), principalement les cardiopathies ischémiques et les AVC
- les cancers (27,3%)
- les « causes externes de traumatismes et empoisonnement » (7,4%)
- les maladies respiratoires (6,1%).

5 100 décès de Bourguignons causés par des maladies de l'appareil circulatoire ont été dénombrés en moyenne chaque année sur la période 2000-2007. La moitié de ces décès est due à des cardiopathies ischémiques (28%) et des maladies vasculaires cérébrales (22%). On observe une surmortalité par maladies cardio-vasculaires, chez les hommes surtout, par rapport à la moyenne nationale, +1%.

Le CREAI (Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations) a estimé dans son rapport "Évaluation des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises dans la région Bourgogne, mars 2009", le nombre de personnes cérébrolésées, à partir des données du PMSI 2007 (incidence annuelle), à :

- 2880 cas par an pour les traumatisés crâniens
- 6300 cas par an pour les AVC

Parmi eux, 51 relèvent d'un EVC (état végétatif chronique) et 4242 de séquelles modérées à importantes (GOS 2 et 3).

L'évolution d'une personne cérébrolésée peut être suivie grâce à l'échelle de Glasgow qui permet d'évaluer le degré de gravité des séquelles intellectuelles, physiques et comportementales par un score GOS (Glasgow Orientation Score) :

- GOS 1 : récupération, possibilité de légères déficiences motrices ou mentales (20 à 30% des traumatismes crâniens sévères).
- GOS 2 : handicap modéré, nécessite une aide et un accompagnement adaptés (15 à 20 % des cas).
- GOS 3 : personnes gravement handicapées et dépendantes (7 à 15% des cas).
- GOS 4 : correspond aux états végétatifs chroniques (2 ou 3% des cas).
- GOS 5 : correspond au décès de la personne.

Cette étude reprend des données de la Revue du praticien (n°9, 1999) concernant le devenir des patients :

Traumatisés crâniens

- 9% de mortalité
- 1% en état végétatif chronique (GOS 4)
- 30% de séquelles légères, modérées ou importantes (GOS 1 à 3)
- 60% aucune séquelle.

Les causes principales sont les accidents de la voie publique (60%), les chutes (33%), d'autres facteurs (agressions, accidents sportifs...) à 7%. Le profil type est un homme jeune, entre 15 et 24 ans.

Accidents vasculaires cérébraux

- 20% de mortalité dans les premiers mois
- 20% de personnes accueillies en institution avec des séquelles importantes (GOS 2 et 3)
- 0.003% en état végétatif chronique (GOS 4)
- 70% des personnes retourneront à domicile dont la moitié avec des séquelles importantes.

Par ailleurs, ces pathologies font l'objet de recommandations, d'un plan ou de circulaires :

- Le plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014"
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC
- Circulaire n° DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral
- Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/n°280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires
- Guide HAS Sclérose en plaques, septembre 2008.

2 Analyse des besoins et de l'offre

2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

Le bilan du volet neuro-cardio-vasculaire du SROS 2006-2011

Objectifs généraux :

SROS 2006-2011

- Conforter et développer le travail de partenariat déjà mis en place notamment au sein des réseaux bourguignons de prise en charge des AVC
- Améliorer dès la phase d'alerte la prise en charge en urgence (appel direct du centre 15 et dans un deuxième temps transport rapide et direct vers un établissement identifié par le SROS prenant en charge les AVC et disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale)
- Regrouper et spécialiser certaines unités : pour les AVC, l'accueil des patients doit se faire dans les établissements disposant du plateau technique suffisant, IRM ou scanner, et de lits regroupés au sein de services ou d'unités fonctionnelles de neurologie identifiés, regroupant les compétences médicales et paramédicales. Après évaluation de l'UNV du CHU, d'autres unités pourraient être expérimentées dans d'autres sites pivots, notamment ceux qui accueillent en urgence plus de 200 AVC par an.

SROS révisé pour la période 2008-2011

Dans le paragraphe "Evolutions nécessaires de l'offre de soins" du chapitre "La prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins" figure la phrase : "prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans les unités neurovasculaires de chaque territoire".

• **Territoire n°1 Nord Saône et Loire**

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire avec individualisation d'une UNV pour les AVC fonctionnant en lien étroit avec l'USIC
Existence d'un service de neurologie disposant de lits dédiés pour les AVC. Ouverture d'une UNV de 2 lits sur l'USIC. Objectif du SROS atteint.

• **Territoire n°2 Sud Saône et Loire**

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire avec individualisation d'une UNV pour les AVC fonctionnant en lien étroit avec l'USIC
Existence d'un service de neurologie, mais pas d'une UNV. Objectif du SROS partiellement atteint.

• **Territoire n°3 Nièvre**

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot avec individualisation d'un service ou d'une unité avec des lits dédiés, dans le cadre d'un pôle répondant aux besoins de la population du territoire, notamment pour la prise en charge des AVC
Pas de service de neurologie identifié. Pas d'UNV au regard du SROS révisé. Objectif du SROS non atteint.

• **Territoire n°4 Nord Yonne**

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot avec individualisation d'un service ou d'une unité avec des lits dédiés, répondant aux besoins de la population du territoire notamment pour la prise en charge des AVC
Existence d'un service de neurologie. Projet d'une UNV de 4 lits. Objectif du SROS partiellement atteint.

• **Territoire n°5 Sud Yonne**

SROS 2006-2011 : Identification d'une UNV au sein du service de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire notamment pour la prise en charge des AVC
Il n'y a pas de service de neurologie individualisé, l'UNV n'est pas installée. Objectif du SROS non atteint.

• **Territoire n°6 Côte d'Or**

SROS 2006-2011 : 1 site de neurologie sur le site pivot répondant aux besoins de la population du territoire notamment pour la prise en charge des AVC
1 UNV de 6 lits installée, un service de neurologie existant. Objectif du SROS atteint.

Pour tous les territoires

SROS : optimiser la filière de prise en charge des AVC dans le cadre du réseau régional (voir ci-dessus)

L'offre de soins (UNV, service ou unité de neurologie) n'est pas déployée à hauteur des recommandations du SROS (2 UNV sur 6 préconisées, 4 unités ou services de neurologie sur 6).

L'arrêté de la directrice générale de l'ARS Bourgogne du 11 octobre 2010 relatif à la définition des territoires de santé a fixé à 4 le nombre de territoires de santé, dont les limites géographiques correspondent à celles des 4 départements de la région.

2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

2.2.1 Indicateurs clés de la consommation de soins

Les données ci-dessous, sont issues du PMSI 2009 (base consommation) et correspondent à des séjours et non des patients.

o AVC

A noter en 2009, il n'y a qu'une UNV dans la région (CHU de Dijon).

Département d'origine du patient	Lieu de prise en charge						Total		
	ES Département		ES région		ES hors région		UNV	Total	%
	UNV	Total	UNV	Total	UNV	Total			
Côte d'Or	313	1095	0	12	9	46	322	1153	27.93
Nièvre	0	554	23	83	9	53	32	690	4.64
Saône et Loire	0	1394	28	77	26	193	54	1664	3.25
Yonne	0	826	25	59	18	76	43	961	4.47
Total	313	3869	76	231	62	368	451	4468	10.10

Les séjours pour AVC réalisés au niveau des 6 sites pivots identifiés par le SROS précédent pour des patients de leur territoire :

- CHU : 744
- CH de Nevers : 294
- CH de Chalon : 553
- CH de Mâcon : 255
- CH d'Auxerre : 344
- CH de Sens : 298

Pour les sites intermédiaires :

- Côte d'Or : CH de Beaune (136), CH de Semur (105)
- Nièvre : CH de Decize (101), CH de Cosne (70), CH de Clamecy (66)
- Saône et Loire : CH de Paray le Monial (166), CH de Montceau les Mines (168), Hôtel Dieu du Creusot (137)
- Yonne : CH de Joigny (69), CH d'Avallon (62).

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte d'Or : 5.03 %
- Nièvre : 19.71 %
- Saône et Loire : 16.23 %
- Yonne : 14.05 %

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 8.24%

- Côte d'Or : 46 (4%), le CH de Dole représente 23.9% de ceux-ci.
- Nièvre : 53 (7.68%), dont 13 sont effectués à Moulins (24.5%).
- Saône et Loire : 193 (11.6%), dont 52 au CH de Lons le Saunier (26.9%), 40 à Roanne (20.7%), 19 aux HCL (9.84%), 18 au CH de Bourg en Bresse (9.33%) et 17 au CH de Moulins Yseure (8.8%).
- Yonne : 76, (7.9%), dont 23 à l'AP-HP (30.26%).

Mode de sortie :

- Domicile : 2563 (57.36%)
- SSR : 624 (13.97%)
- SLD : 53 (1.19%)
- HAD : 4 (0.09%)
- Médico-social : 103 (2.3%).

o Sclérose en plaques (SEP)

Département d'origine du patient	Etablissement département	Etablissement région	Etablissement hors région	Total
Côte d'Or	178	1	10	189
Nièvre	21	20	15	56
Saône et Loire	74	47	73	194
Yonne	96	20	10	126
Total	369	88	108	565

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte d'Or : 5.82 %
- Nièvre : 62.5 %
- Saône et Loire : 61.86%
- Yonne : 23.8 %

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 19.11%

Mode de sortie :

- Domicile : 527 (93.3%)
- SSR : 26 (4.6%).

o Traumatisés crâniens

Département d'origine du patient	Etablissement département	Etablissement région	Etablissement hors région	Total
Côte d'Or	1130	13	63	1206
Nièvre	250	38	40	328
Saône et Loire	829	49	120	998

Yonne	432	27	42	501
Total	2641	127	265	3033

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte d'Or : 6.3 %
- Nièvre : 23.7 %
- Saône et Loire : 16.93 %
- Yonne : 13.77 %.

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 8.74%

Mode de sortie :

- Domicile : 2615 (86.22 %)
- SSR : 94 (3.10 %)
- Médico-social : 31 (1%).

o Traumatisés crâniens sévères

Département d'origine du patient	Etablissement département	Etablissement région	Etablissement hors région	Total
Côte d'Or	189	1	3	193
Nièvre	72	15	9	96
Saône et Loire	211	10	31	252
Yonne	83	6	2	91
Total	555	32	45	632

Part des séjours réalisés hors du département d'origine :

- Côte d'Or : 2.07 %
- Nièvre : 25 %
- Saône et Loire : 16.27 %
- Yonne : 8.79 %.

Part des séjours réalisés en dehors de la région : 7.12%

Mode de sortie :

- Domicile : 372 (57.94%)
- SSR : 84 (13.29 %)
- Médico-social : 14 (2.21%).

2.2.2 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

La région présente une surmortalité par maladies cardiovasculaires en 2000-2007, alors que la situation lui était favorable en 1991-1997. En effet, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de 24,7% entre 1991-1997 et 2000-2007, un peu moins qu'en France (-26,6%). Près de la moitié des décès par maladies cardio-vasculaires sont constitués de cardiopathies ischémiques, d'accidents vasculaires cérébraux, accessibles à la prévention et à une prise en charge plus précoce et appropriée.