

## 5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Synthèse régionale

Créations	Suppressions	Dont Transformations	Dont Regroupements
0	2	0	1

Détail par territoire de santé

Territoires de santé	Créations	Suppressions	Dont Transformations	Dont Regroupements
Côte d'Or	0	2 implantations à Dijon	0	3 cliniques de Dijon
Nièvre	0	0	0	0
Saône et Loire	0	0	0	0
Yonne	0	0	0	0

## 6 Indicateurs d'évaluation

Médecine	Permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux	Nombre d'établissements de santé disposant d'une autorisation de médecine	46	44
	Diversifier l'offre de prise en charge en médecine	Nombre de venues en HTP/nombre de séjours		

	Développer une filière de prise en charge des patients	Nombre d'établissements de santé ayant inscrit la coopération avec les sites de proximité et les ESMS dans leur projet d'établissement		
	Préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours	Nombre d'établissements disposant d'un service de pédiatrie	12	12
	Réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO	% d'établissement de santé accueillant des urgences bénéficiant d'une ELSA tout produit	37%	90%

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Médecine	Permettre un accès aux soins de médecine selon une offre graduée en 3 niveaux	Nombre de séjours en médecine dans les établissements de santé pour 10 000 habitants
		Taux de recours brut et standardisé en HC et HTP, par territoire de santé, pour la région et le national
		Proportion d'ex-hôpitaux locaux accompagnés dans le cadre de la mise en place de la T2A
	Nombre de structures d'exercice regroupé installées à horizon du SROS (commun avec le SROS volet ambulatoire)	
	Diversifier l'offre de prise en charge en médecine	Nombre d'établissements de santé disposant d'une autorisation d'HTP / territoire de santé

		% de séjours en HTP / territoire de santé (par rapport à l'HC)
Développer une filière de prise en charge des patients		Nombre de projets de télémédecine accompagnés par l'ARS (commun avec le programme télémédecine)
		Nombre de CHT ayant inclus la structuration d'une filière de soins en médecine dans leurs projets médicaux
		% d'établissements de santé ayant conclu une convention de partenariat avec des ESMS
Préserver l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours		Nombre de filière d'accueil des urgences pédiatriques dans les services d'urgences / territoire de santé
		Nombre de protocoles mis en place entre les services de pédiatrie
		Mise en place d'une coopération public/privé sur le site dijonnais pour structurer la filière pédiatrique
Réussir la mise en œuvre du plan addictions dans les établissements MCO		% d'établissement de santé accueillant des urgences ayant des consultations tous produits
		Nombre d'unités de soins complexes résidentiels et d'hôpital de jour (= niveau 2) / territoire de santé
		Mise en place d'une coopération entre le CHU, le CHS et le SSR avec mention conduites addictives du Renouveau (= niveau 3)
		% d'établissements de santé ayant inscrit un objectif de développer les partenariats dans le champ de l'addictologie dans leur CPOM / territoire de santé
		Nombre de conventions, de protocoles signés entre les établissements de santé et les ESMS dans le champ de l'addictologie comportant un suivi du nombre de bénéficiaires



## Biologie



## 1 Champ et périmètre de la biologie

Le périmètre concerne l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, quel que soit leur statut juridique (laboratoires hospitaliers et laboratoires de ville), pratiquant des examens de biologie médicale destinés aussi bien à des patients hospitalisés qu'à des patients ambulatoires dans le cadre d'une offre de soins de premier recours.

Selon les orientations nationales, le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) en biologie doit :

- accompagner la mise en œuvre de la réforme qui poursuit notamment des objectifs d'efficacité et de qualité des pratiques (les laboratoires devront ainsi disposer d'une masse critique suffisante pour répondre à ces attentes) ;
- fixer des règles d'implantation territoriale afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale ;
- prévoir les évolutions sur l'organisation territoriale de l'offre de la biologie pour les établissements de santé publics et privés.

En Bourgogne, il s'agit d'élaborer le premier schéma relatif à l'offre de soins en biologie médicale.

## 2 Analyse des besoins et de l'offre

### 2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

---

Le SROS de biologie a été institué par l'ordonnance du 13 janvier 2010 réformant la biologie médicale. Jusqu'à cette date, l'implantation des laboratoires de biologie médicale était libre, bien que soumise à autorisation liée au respect de critères techniques pour les laboratoires privés.

L'implantation des laboratoires résultait ainsi :

- pour le secteur hospitalier, de la réponse aux besoins des établissements de santé étant précisé que les cliniques ne peuvent pas exploiter de laboratoire de biologie médicale,
- pour le secteur libéral, de l'équilibre commercial et concurrentiel entre l'offre et la demande.

Il s'agit désormais de bâtir le premier SROS de biologie sur la base des dispositions de l'ordonnance du 13 janvier 2010, laquelle bouleverse l'organisation de la biologie médicale. Ce SROS comprend aussi bien l'offre hospitalière que libérale.

Il n'est pas opposable, hormis sur quelques points particuliers visant à limiter la création de positions dominantes sur chaque territoire de santé.

## 2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

### 2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

En France hexagonale, le régime général d'assurance maladie a remboursé 237 lettres clé B par personne en 2008 contre 220 lettres clé B par personne pour la Bourgogne, ce qui est légèrement inférieur au niveau national mais en reste proche (extrêmes : 186 à 399 selon les régions).

Il est constaté que la consommation d'actes de biologie en Bourgogne est comparable à la moyenne nationale n'indiquant pas l'existence d'une sous-consommation liée à d'éventuelles difficultés d'accès.

Ces données sont issues de l'Assurance Maladie et sont peu exploitables dans une optique prospective puisque l'activité des laboratoires hospitaliers n'a jamais été prise en compte avant 2010. En outre, la base d'évaluation d'activité a été réformée par l'ordonnance précitée, interdisant toute comparaison avec les données antérieures.

### 2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Nombre d'actes de biologie réalisés en 2010 (public et privé)	Nombre d'actes par habitant (secteur public)	Nombre d'actes par habitant (secteur privé)	Nombre d'actes par habitant (total)
Côte d'Or	11 396 965	9,4	12,7	22,0
Nièvre	3 240 087	5,0	9,6	14,6
Saône et Loire	7 893 976	3,0	11,4	14,4
Yonne	5 241 398	5,1	10,1	15,2
<b>Total sur la Bourgogne</b>	<b>27 772 426</b>	<b>5,7</b>	<b>11,3</b>	<b>17,1</b>

L'offre de biologie est exprimée en cumulant les actes réalisés par les laboratoires privés, publics et ceux de l'Etablissement français du sang.

- En Côte d'Or, la consommation en actes de biologie par habitant dans le secteur public paraît très marquée par le poids du CHU. A l'inverse, la faible consommation relevée en Saône-et-Loire peut s'expliquer par une prise en charge par le secteur privé de la biologie des établissements publics de santé, plus importante que dans les autres départements.
- Les écarts figurant dans la colonne indiquant le nombre d'actes par habitant réalisé par le secteur privé n'ont pas de signification à eux seuls car une partie de la biologie ambulatoire est réalisée par les laboratoires hospitaliers, majoritairement ouverts aux patients externes. En outre, l'activité des laboratoires privés comporte également les actes réalisés pour des patients hospitalisés en clinique et dans certains établissements de santé publics.

- A l'exception de la Côte d'Or, les trois autres départements de la région ont une consommation totale d'actes de biologie par habitant tout à fait similaire.  
Concernant la Côte d'Or, la présence du CHU (avec un recrutement dépassant largement les limites du territoire), impacte très fortement la consommation d'actes de biologie médicale hospitalière. En effet, celle-ci est plus de deux fois supérieure (9,4) à la moyenne de celle de l'ensemble des trois autres départements (4,0).  
Le nombre important de sites de laboratoires sur l'agglomération dijonnaise pourrait être à l'origine d'une consommation d'actes de biologie libérale plus élevée que dans les autres départements (de l'ordre de 2 actes/habitant/an). Ainsi, une offre plus large en Côte d'Or engendre *a priori* une consommation plus élevée d'actes de biologie.

### 2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Sur le plan national, selon les données assurance maladie, l'évolution du nombre d'actes de biologie est orientée vers la croissance avec une moyenne inférieure à 5 % par an sur les 8 dernières années. Par contre, les baisses de nomenclature tempèrent fortement l'impact économique de cette croissance. A titre d'exemple entre 2008 et 2009, l'augmentation du nombre d'actes remboursés a été de 4,1 % contre +0,1 % en valeur.

En Bourgogne, les évolutions démographiques prévues à échéance du SROS (effectif population + 1 %, vieillissement + 1 an) sont considérées comme sans impact significatif sur la capacité de réponse aux besoins, du fait de la capacité des laboratoires à absorber aisément une augmentation d'activité (notamment grâce à un niveau élevé d'automatisation).

Les données régionales intégrant l'ensemble de l'activité de la biologie (libérale et hospitalière) sont connues pour la première fois pour l'année 2010 et ne permettent donc pas une analyse d'évolution.

Concernant les évolutions technologiques à venir, l'absence de données quantitatives ne permet pas de prévoir une évolution des besoins liée à ce facteur.

Aussi, le niveau des besoins en biologie médicale de la population défini par le SROS sera basé sur les déclarations d'activité 2010 de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale de la région, exprimées en nombre d'actes réalisés.

## 2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

### 2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Analyse quantitative de l'offre				
Territoires de santé	Nombre de sites de biologie privés	Densité sites biologie privés /100 000 hab.	Nombre de sites laboratoires publics	Densité ensemble sites biologie /100 000 hab.
Côte d'Or	39	7,5	6	8,7
Nièvre	8	3,6	3	5,0
Saône et Loire	28	5,1	4	5,8
Yonne	13	3,8	4	5,0



Total sur la Bourgogne	88	5,4	17	6,4
------------------------	----	-----	----	-----

S'y ajoutent 6 sites de l'Etablissement Français du Sang (EFS) et un site du Commissariat à l'Energie Atomique (CEA) ayant des rôles plus spécifiques.

Ainsi, la région Bourgogne compte 112 sites de laboratoires de biologie médicale (88 privés, 17 publics, 6 de l'EFS et 1 du CEA).

Pour la biologie privée, la densité de l'offre varie du simple au double selon les départements. Cette densité est sensiblement plus faible dans la Nièvre et l'Yonne. Pour le reste de la région, les densités sont assez proches de la moyenne nationale qui est de 6,2 sites de biologie pour 100 000 habitants.

Cette hétérogénéité est liée au nombre de sites de laboratoires peu élevé dans les villes de l'Yonne et de la Nièvre contrairement à l'agglomération dijonnaise. Rapprochée des données de consommation et de la répartition géographique homogène des laboratoires hors agglomération dijonnaise, cette hétérogénéité n'entraîne *a priori* pas de difficulté d'accès à la biologie dans les territoires comme la Nièvre ou l'Yonne.

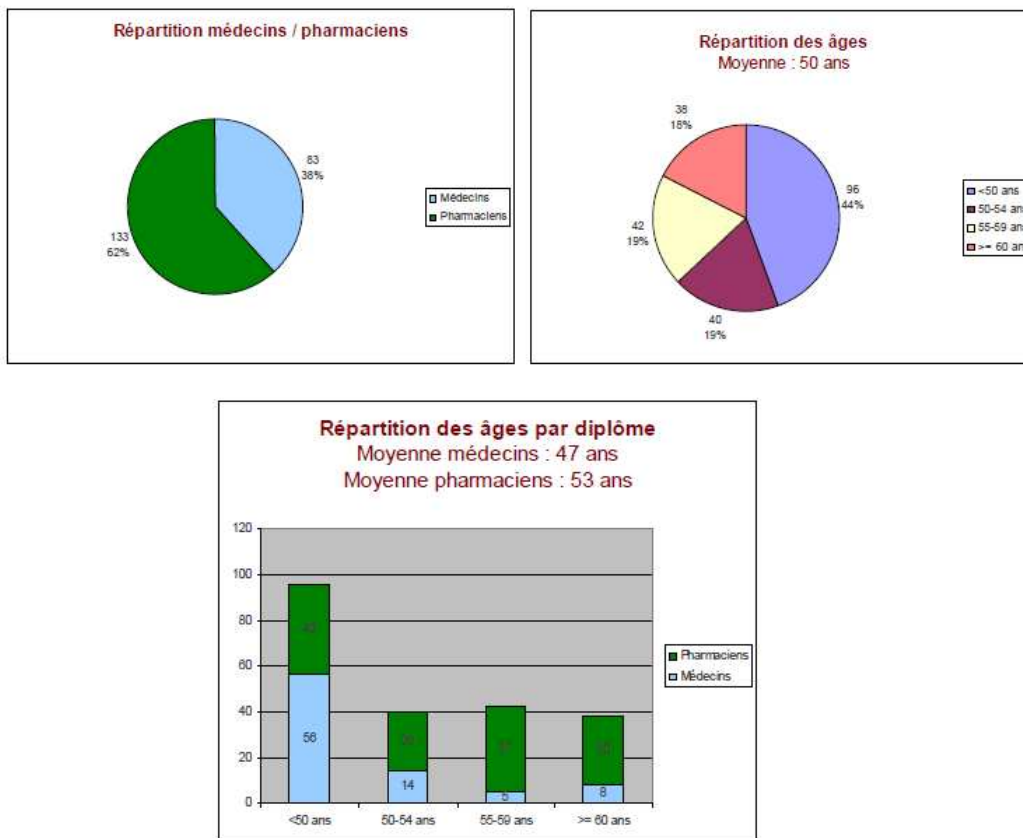
L'analyse de l'offre de biologie ne peut pas se limiter à l'implantation des laboratoires privés mais doit également prendre en compte les laboratoires publics qui accueillent aussi des patients externes. Ainsi, la densité de l'ensemble des sites de laboratoires de la région est homogène, hormis en Côte-d'Or où la densité plus élevée s'explique par le nombre important de laboratoires dans l'agglomération dijonnaise.

Une représentation cartographique (*située ci-après dans le paragraphe 5.1 implantations*) montre que tous les bassins de vie comptant au moins 10 000 habitants comportent un site de biologie médicale ouvert au public, quel qu'en soit le statut (privé ou public), à l'exception de celui de Toucy (89). Cette répartition apparaît comme satisfaisante et peut être prise en référence.

### 2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Démographie des biologistes – Février 2011				
Territoires de santé	Effectif médecins biologistes	Effectif pharmaciens biologistes	Total biologistes	Nombre de sites de biologie (publics et privés)
Côte d'Or	38	63	101	48
Nièvre	8	10	18	12
Saône et Loire	29	43	72	33
Yonne	8	17	25	19
Total Bourgogne	83	133	216	112

#### Répartition des âges des biologistes (Février 2011)



En dessous de 50 ans, la proportion de médecins biologistes est quasiment inversée avec 53% de pharmaciens.

Alors qu'une majorité de biologistes en exercice est titulaire d'un diplôme de pharmacien, le renouvellement de la profession devient majoritairement médical.

La moyenne d'âge des biologistes en exercice en Bourgogne est de 50 ans, identique à la moyenne nationale. Une proportion de 38 biologistes sur 216 (soit 18 %) a plus de 60 ans et 80 (37 %) ont plus de 55 ans.

Pour assurer le renouvellement des biologistes (médecins et pharmaciens) partant en retraite, les besoins bourguignons, selon la méthodologie de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), sont donc estimés à 80 biologistes pour 5 ans, soit 16 par an.

Actuellement, le nombre de postes d'internes en biologie (nombre total réparti sur les 8 semestres de formation en 2011 : 10 médecins et 11 pharmaciens) ne permet pas de couvrir les besoins de renouvellement correspondant aux prévisions de départ en retraite des biologistes en exercice en Bourgogne. Il est donc nécessaire de tripler le nombre de postes d'internes pour la Bourgogne afin de couvrir les besoins estimés à 64 internes (tous semestres confondus).

### 2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accréditation</li> </ul>	6 % des laboratoires de la région sont partiellement accrédités
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure des laboratoires</li> </ul>	21 % des laboratoires privés de la région sont exploités de façon indépendante, sans capitaux extérieurs, ni association
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération hospitalière</li> </ul>	Les laboratoires hospitaliers fonctionnent essentiellement de façon indépendante
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours à la biologie spécialisée</li> </ul>	Le CHU assure un rôle de référent pour certains actes spécialisés Un recours hors région est possible et fréquent
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseaux</li> </ul>	Absence de réseau régional formalisé en matière de biologie médicale

L'accréditation obligatoire risque d'engendrer de nouvelles restructurations de la biologie médicale et nécessitera donc une révision du SROS avant son échéance.

En 2010, suite aux réorganisations intervenues, 4 sites de laboratoires de biologie médicale de la région (3 en Côte d'Or et 1 dans l'Yonne) ont vu leur activité analytique réduite (< 7 500 actes/an). Ces sites, considérés comme des sites de prélèvement, sont implantés dans des agglomérations comportant plusieurs sites du même laboratoire, ce qui n'a aucune conséquence négative sur la qualité des examens.

La région compte trois laboratoires (CHU, CH NEVERS et CH SENS) comportant des locaux, destinés aux analyses microbiologiques, aménagés pour conférer un confinement de niveau 3 (au sens de l'arrêté du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires) permettant la protection des opérateurs et de l'environnement lors de la manipulation de certains agents biologiques pathogènes.

Le CHU assure une mission de santé publique en tant que recours régional pour la réalisation d'examen particuliers dans le cadre de certaines situations sanitaires telles les épidémies (grippe H1N1, *Escherichia coli* productrices de shigatoxines, PCR coqueluche, PCR pneumocoque...).

Le CHU de Dijon est également un centre national de référence pour les virus entériques. Son unité de virologie participe d'une part, au réseau des GROG Bourgogne (Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe) pour les diagnostics individuels et d'autre part, au réseau des GROG gériatologiques grand-Est.

Une permanence des soins est assurée pour chacune des 7 unités spécialisées du CHU (bactériologie, parasitologie-mycologie, virologie-sérologie, biochimie, immunologie, hématologie et pharmacotoxicologie).

Par ailleurs, le CHU de Dijon a entrepris un travail collaboratif avec le CHU de Besançon concernant des techniques innovantes et coûteuses.

### 3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

#### 3.1 Objectif général n°1 : accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale liée aux nouvelles règles d'accréditation des laboratoires

La réforme de la biologie médicale impose l'accréditation de tous les laboratoires avec 2 échéances définies par l'arrêté du 14 décembre 2010 :

- preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2013,
- accréditation complète du laboratoire au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2016.

Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> Veiller à ce que tous les laboratoires de biologie médicale soient entrés dans la démarche d'accréditation à l'échéance réglementaire	Lien ARS / Comité Français d'Accréditation (COFRAC) à construire
<b>Objectif spécifique n°2</b> Soutenir et favoriser le développement des coopérations hospitalières ou entre les laboratoires hospitaliers et le secteur libéral, pour ceux qui ne seraient pas en capacité d'obtenir une accréditation	
<b>Objectif spécifique n°3</b> Anticiper l'organisation de la prise en charge de la biologie médicale des établissements de santé dont le laboratoire ne sera pas accrédité	Traitement des données COFRAC et des données des déclarations annuelles d'activité des laboratoires

#### 3.2 Objectif général n°2 : préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale

Les données de consommation régionale ne démontrent ni sur-dotation ni sous-dotation de l'offre de biologie médicale.

L'implantation géographique des laboratoires montre qu'il existe un laboratoire ouvert au public par bassin de vie de plus de 10 000 habitants (à l'exception de celui de Toucy dans l'Yonne).

Cette répartition peut être considérée comme satisfaisante et le nombre actuel de sites ouverts au public permet un accès satisfaisant de la population à l'offre de biologie médicale.

En outre, dans les bassins de vie ne disposant pas d'un site de laboratoire de biologie médicale, la continuité de l'offre de biologie médicale sera assurée par le maintien de la réalisation de prélèvements d'échantillons biologiques au domicile des patients par des professionnels de santé habilités (médecins, infirmiers...).



Chaque entité juridique (du secteur public ou libéral) exploitant un laboratoire doit pouvoir rendre, pour chacun de ses sites, des résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art, c'est-à-dire disposer d'une capacité analytique suffisamment proche.

La diversité nécessaire à la préservation de la continuité de l'offre doit être maintenue, conformément aux règles prudentielles instaurées par l'ordonnance du 13 janvier 2010 qui permettent de limiter les positions dominantes.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> Maintien d'un site de laboratoire ouvert au public par bassin de vie de plus de 10 000 habitants	Objectif indicatif
<b>Objectif spécifique n°2</b> Veiller à ce que chaque laboratoire (secteur public et libéral) puisse rendre les résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art (capacité analytique suffisamment proche)	Inclus dans critères d'accréditation COFRAC, norme NF EN ISO 15189
<b>Objectif spécifique n°3</b> Maintenir la diversité et la continuité de l'offre par le biais des règles prudentielles instaurées par l'ordonnance du 13 janvier 2010, permettant de limiter les positions dominantes et de conserver des alternatives, notamment en cas de défaillance	Articles L. 6222-3 et L.6223-4 du code de la santé publique

### 3.3 Objectif général n°3 : organiser la possibilité de réaliser à tout moment des examens en urgence

La prise en charge des patients accueillis dans les services d'urgence nécessite notamment l'accès à des résultats de biologie médicale comme outil de diagnostic. Les révisions apportées à l'organisation de la médecine d'urgence dans le cadre de ce schéma hospitalier déterminent directement l'organisation des urgences de biologie médicale.

Les obligations réglementaires en matière de biologie hospitalière n'imposent pas d'avoir un laboratoire au sein d'un établissement de santé (sauf en cas d'activité de réanimation et d'USIC). Lorsque l'établissement est autorisé pour une activité de médecine d'urgence (SMUR, SMU), l'article R.6123-6 exige un accès à la biologie médicale en son sein ou par convention avec un laboratoire de ville.

En outre, l'article D.6124-24 prévoit que l'établissement de santé organise l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences, aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale. Il ajoute que les résultats de biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie, hémostase et gaz du sang, et leur interprétation doivent être transmis dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Il convient à cet effet de souligner que le délai communément admis pour le transport d'un échantillon biologique est de 30 mn maximum et que le délai entre le prélèvement de l'échantillon et le rendu du résultat de l'analyse ne doit pas excéder une heure.



Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> S'assurer d'une offre de biologie médicale adaptée, à proximité des services d'urgences : accréditation du laboratoire réalisant déjà ces examens ou prise en charge par un laboratoire de proximité accrédité	Respect des articles R.6123-6 et D.6124-24 du code de la santé publique

## 4 Organisation de l'offre

La biologie médicale fait désormais partie intégrante de l'offre de soins dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Le directeur de l'ARS a la possibilité d'appliquer les règles prudentielles (éditées par l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale) comme facteur de régulation de l'implantation des laboratoires (hospitaliers et libéraux), aussi bien en nombre qu'en diversité. Dans ce cadre, il dispose d'un pouvoir d'opposition à l'ouverture, à la fusion ou à l'acquisition concernant les laboratoires ne respectant pas ces règles.

### 4.1 Gradation des soins

1<sup>er</sup> niveau : en matière de biologie, l'offre de 1<sup>er</sup> niveau correspond à l'offre de 1<sup>er</sup> recours et à l'offre de proximité assurées tant par les laboratoires de ville que par les laboratoires hospitaliers, qu'il s'agisse de patients ambulatoires ou hospitalisés.

Cette biologie représente le plus grand nombre des laboratoires et elle sera soumise à d'importantes réorganisations. En effet, les laboratoires d'activité modérée n'auront pas tous les moyens humains ni matériels de relever seuls le défi de l'accréditation obligatoire.

L'objectif indicatif est que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants conserve au moins un site de laboratoire ouvert au public, accrédité.

La norme NF EN ISO 15189 prévoit que le délai d'obtention des résultats d'examens doit être en adéquation avec les besoins cliniques. L'accréditation obligatoire garantira un rendu de résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art (capacité analytique suffisamment proche).

2<sup>ème</sup> niveau : les établissements de santé accueillant des patients dans leur structure d'urgence ont l'obligation d'organiser l'accès en permanence et sans délai aux analyses de biologie médicale. Les exigences relatives au traitement des urgences dans ces établissements sont telles qu'elles imposent le maintien et l'accréditation du laboratoire hospitalier de chacun d'entre eux.

A minima, les laboratoires des établissements de santé suivants : CHU à Dijon, CH de Nevers, Chalon, Macon, Auxerre et Sens doivent donc être maintenus et accrédités.

3<sup>ème</sup> niveau : en matière de biologie, ce niveau concerne l'accès à des plateaux techniques régionaux réalisant des actes très spécialisés ou rares (ex : identification du virus de la grippe H1N1 au CHU, culture et identification de mycobactéries en niveau de confinement L3 au CHU et notamment à Nevers et Sens...) au service d'un territoire de santé ou de la région, accessible en permanence grâce aux astreintes.

Un recensement de l'existant doit être réalisé au niveau régional et conduire à l'élaboration d'un répertoire des ressources. Une réorientation des examens actuellement transmis à des laboratoires de 4<sup>ème</sup> niveau doit être favorisée lorsque la ressource est présente ou peut être développée au niveau régional.

4<sup>ème</sup> niveau : en matière de biologie, ce niveau concerne les laboratoires de référence nationaux (le CHU de Dijon étant centre national de référence pour les virus entériques) et les laboratoires spécialisés (Biomnis, Cerba...).

L'offre de soins en biologie bourguignonne inclut également le recours régulier à cette offre de biologie supra régionale très spécifique et demeurant indispensable.

## 4.2 Missions de service public

---

Au regard de l'article L. 6212-3 du code de la santé publique, les laboratoires participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé.

La permanence de l'offre de biologie médicale est assurée tant par les laboratoires hospitaliers que par les laboratoires libéraux réalisant les examens des établissements de santé pourvus d'un service d'accueil d'urgence.

Il ne paraît pas justifié d'établir un système généralisé de permanence de l'offre de biologie auquel participeraient tous les laboratoires de la région. En la matière, les besoins peuvent être définis comme la satisfaction des exigences réelles des établissements de santé en permanence des soins.

Aussi, la permanence des soins en biologie doit être en cohérence avec le volet permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) du SROS.

Concernant la médecine d'urgence, les établissements de santé autorisés pour cette activité doivent assurer un accès en permanence et sans délai aux analyses de biologie médicale. S'ils ne disposent pas d'un accès à la biologie médicale en leur sein, ils doivent établir une convention avec un laboratoire de ville en mesure de répondre à l'urgence 24h/24.

Une proximité des locaux est alors exigée pour les examens urgents, le transport ne devant pas excéder 30 minutes avec un rendu de résultat en une heure.

Ces délais constituent un facteur limitant les possibilités de coopérations entre établissements de santé au regard des distances à parcourir.

En matière de biologie, le CHU assure une mission de santé publique en tant que recours régional pour la réalisation d'examens particuliers dans le cadre de certaines situations sanitaires telles les épidémies (grippe H1N1, *Escherichia coli* productrices de shigatoxines, PCR coqueluche, PCR pneumocoque...).

Le CHU de Dijon est également un centre national de référence pour les virus entériques. Son unité de virologie participe d'une part, au réseau des GROG Bourgogne (Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe) pour les diagnostics individuels et d'autre part, au réseau des GROG gérontologiques grand-Est.

Une permanence des soins est assurée pour chacune des 7 unités spécialisées du CHU (bactériologie, parasitologie-mycologie, virologie-sérologie, biochimie, immunologie, hématologie et pharmacotoxicologie).

En matière transfusionnelle, les activités d'immuno-hématologie doivent être réalisées à proximité immédiate des lieux de délivrance des produits sanguins labiles et dans des délais compatibles avec l'état de santé des patients.

Il conviendra d'analyser l'impact de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie sur les relations entre l'EFS et les établissements de santé, en termes d'offre et d'organisation territoriale, notamment dans le cadre de l'élaboration du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS). Par ailleurs, pour les établissements de santé, le dispositif de transmission des examens (*a priori* limité à 15%) peut être de nature à remettre en cause la répartition actuelle des activités d'immuno-hématologie et transfusionnelle entre les établissements de santé et l'EFS.

De même, la recherche par l'Etablissement Français du Sang (EFS) d'un lien fort entre la réalisation des analyses d'immuno-hématologie et les activités de délivrance de produits sanguins labiles est



### Schéma Régional d'Organisation des soins

susceptible de remettre en cause certaines organisations actuelles d'établissements de santé dans la région, dans lesquels l'EFS n'assure pas ces deux activités (exemple du CH de Mâcon où l'EFS ne réalise pas les analyses d'immuno-hématologie mais effectue la délivrance des produits sanguins labiles).

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

---

Les établissements de santé ne disposant pas de laboratoire (cliniques et hôpitaux) ont recours majoritairement à un laboratoire libéral pour leurs besoins en biologie médicale.

Les restructurations entraînées par la réforme de la biologie et les exigences de qualité imposées par l'accréditation vont avoir des répercussions, échelonnées dans le temps, sur l'activité, voire la pérennité de certains sites de laboratoires.

Cette réorganisation, dont le détail et l'ampleur ne sont pas prévisibles actuellement, nécessitera une révision du présent volet biologie du SROS.

Un des facteurs impactant cette réorganisation sera l'organisation des urgences prévue au présent schéma car le coût de maintien d'une réponse biologique 24h/24 à l'urgence peut être trop élevé et incompatible, pour certains laboratoires libéraux, avec leurs objectifs économiques.

Cette problématique est exacerbée dans certaines zones rurales où la ressource en personnel qualifié est plus rare.

Le problème se pose en pratique pour le centre hospitalier de Clamecy. Dans l'unique laboratoire libéral du secteur, la difficulté du maintien d'un effectif polyvalent et compétent au niveau requis, associée à une rentabilité pénalisée par les impératifs d'une réponse à l'urgence, peut remettre en cause la réalisation des examens de nuit. Cette remise en cause impacterait alors, par voie de conséquence, l'amplitude horaire de l'accueil d'urgence du centre hospitalier.

#### **4.4 Coopérations**

---

En matière de biologie, les différentes formes de coopérations envisageables sont :

- le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens, destiné à exploiter un laboratoire multi-sites,
- le contrat de coopération, destiné à une mutualisation de moyens pour la réalisation d'examens de biologie déterminés. Il n'est possible qu'entre deux laboratoires et est limité par le plafond des 15% de transmission,
- le laboratoire multi-sites qui est une formule de coopération moins contraignante.

Si les coopérations inter-hospitalières doivent être privilégiées, il ne faut pas négliger les possibilités de coopérations entre laboratoires hospitaliers et secteur libéral, d'autant que le facteur « proximité géographique » est important pour un rendu des examens urgents dans des délais compatibles avec les besoins des patients. En cas d'impossibilité de coopération entraînant alors un transfert total de l'activité de l'activité de biologie, le choix du laboratoire exécutant doit également prendre en compte ce facteur proximité.

D'une manière générale, les principaux facteurs limitant à prendre en compte pour toute restructuration sont :

- la durée de transport pour les examens urgents, qui ne devrait pas excéder 30 minutes avec un rendu de résultat en une heure,



- l'instauration d'une logistique avec des coûts nouveaux pour le transport des échantillons biologiques inter-établissements. Actuellement, ces transports sont limités et assurés à titre gracieux par des laboratoires de 4<sup>ème</sup> niveau ayant leur propre logistique,
- l'obligation d'accréditation de l'ensemble des sites secondaires sous responsabilité du site principal d'un laboratoire multi-sites, le risque étant la pénalisation du site principal en cas de défaillance d'un site secondaire,
- la définition du périmètre minimal d'activité de la biologie dans les sites secondaires au regard des activités de soins autorisées sur ces sites,
- le coût unitaire élevé, l'obligation spécifique d'accréditation et la gamme actuellement restreinte des examens réalisables par la biologie délocalisée (réservée aux examens d'urgence). Ce dernier point concerne également l'activité des laboratoires hors situation de coopération.

Actuellement, il n'y a aucun projet abouti, des discussions sont en cours sans qu'aucune forme de coopération n'ait encore été déterminée.

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

### 5.1 Implantations

L'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale limite l'implantation des sites d'un même laboratoire. Ainsi, les sites du laboratoire sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le SROS et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale.

En Bourgogne, la consommation d'actes de biologie est comparable à la moyenne nationale n'indiquant pas l'existence d'une sous-consommation liée à d'éventuelles difficultés d'accès.

L'implantation géographique des laboratoires de la Bourgogne montre qu'il existe un site de laboratoire de biologie médicale ouvert au public par bassin de vie de plus de 10 000 habitants (à l'exception de celui de Toucy dans l'Yonne).

Le maillage territorial des sites de laboratoires ouverts au public est donc satisfaisant ; néanmoins, une « zone blanche » relative apparaît à l'Ouest de l'Yonne (Toucy, Saint-Fargeau, Champignelles, Charny, Aillant-sur-Tholon) pour laquelle le temps d'accès à un site de laboratoire demeure inférieur à 45 minutes.

Dans ce secteur, ainsi que dans les bassins de vie de moins de 10 000 habitants ne disposant pas d'un site de laboratoire, la continuité de l'offre de biologie médicale est assurée d'une part, par le maintien de la réalisation de prélèvements d'échantillons biologiques notamment au domicile des patients par des professionnels de santé habilités (infirmiers, médecins...) et d'autre part, par l'accès possible de la population aux sites des laboratoires implantés dans les territoires limitrophes de la Bourgogne (cf. carte ci-dessous).

L'objectif indicatif en matière de répartition de l'offre est que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants conserve au moins un site de laboratoire ouvert au public et accrédité.

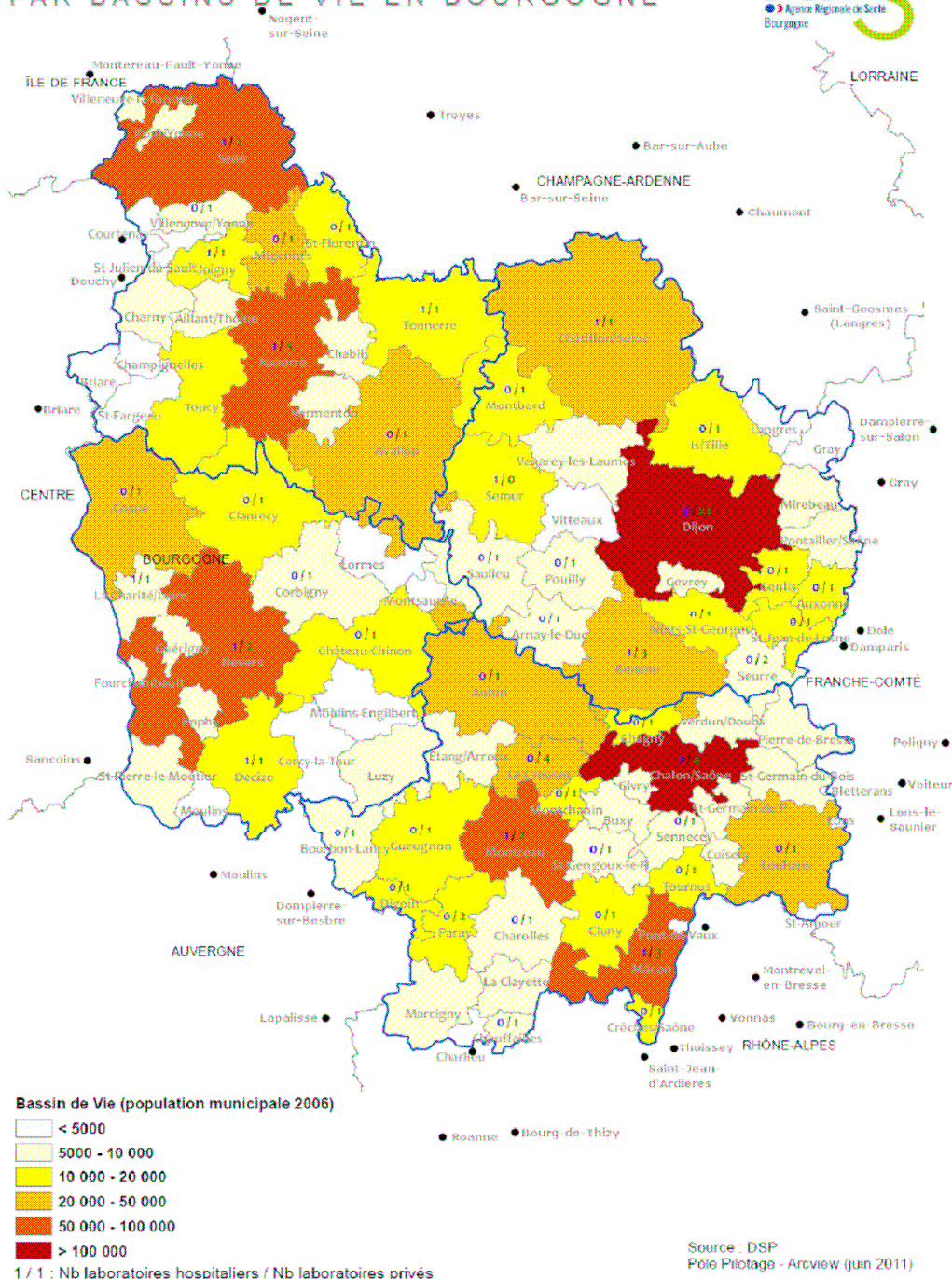
Le bassin de vie de Semur (+ de 10 000 habitants) ne comporte qu'un laboratoire, celui du centre hospitalier. Le maintien et l'accréditation de ce laboratoire sont d'autant plus impératifs qu'il assure les analyses de biologie de 1<sup>er</sup> recours de l'ensemble de la population de ce secteur.

La réorganisation liée à l'ordonnance de janvier 2010 a déjà eu pour conséquence, au regard des premières déclarations d'activité des laboratoires, de rationaliser l'offre de diverses manières et notamment :

- aménagement de plateaux techniques,
- réduction de l'activité analytique de certains sites, désormais considérés comme des sites de prélèvements (3 en Côte d'Or et 1 dans l'Yonne). Ces sites sont implantés dans des agglomérations comportant plusieurs sites du même laboratoire ce qui n'a aucune conséquence négative sur la qualité des examens.

Il conviendra d'être vigilant concernant ces réorganisations afin que les conditions de transport des échantillons biologiques et le délai entre prélèvement et analyse n'impacte ni la qualité du résultat, ni le délai de son rendu, lequel doit rester compatible avec l'état de santé du patient, notamment en cas d'urgence.

LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE  
PAR BASSINS DE VIE EN BOURGOGNE





## 5.2 Objectifs chiffrés d'activité

L'offre de biologie médicale exprimée en nombre d'examens couvrant les besoins de la population doit être définie par le SROS pour chaque territoire de santé (article L.6222-2).

L'ordonnance de janvier 2010 relative à la biologie médicale prévoit une déclaration annuelle d'activité à l'ARS par tous les laboratoires.

Le niveau des besoins en biologie médicale de la population défini par le SROS sera basé sur les déclarations d'activité 2010 de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale de la région (laboratoires privés, publics et ceux de l'EFS), exprimées en nombre d'actes réalisés.

La consommation d'actes de biologie en Bourgogne est comparable à la moyenne nationale, n'indiquant pas l'existence d'une sous-consommation liée à d'éventuelles difficultés d'accès.

La population des territoires de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne ont une consommation d'actes de biologie tout à fait comparable, le chiffre de 15 examens par habitant et par an pouvant être pris en référence pour établir ses besoins.

En revanche, par rapport aux autres départements, il est observé en Côte d'Or une surconsommation de 7 examens par habitant et par an, s'expliquant, pour 5 d'entre eux, par le volume plus élevé du CHU (ayant un recrutement allant au-delà des limites du département), le restant pouvant notamment être lié à une offre de biologie sensiblement plus élevée que dans les autres départements de la région.

Ainsi, le chiffre de 20 examens par habitant et par an peut être pris en référence pour établir les besoins de la population de Côte d'Or.

Tableau 1 - Objectifs chiffrés d'activité

Territoires de santé	Besoin de la population (nombre d'examens de biologie médicale par habitant et par an)	
	besoin	seuil d'intervention de l'ARS (besoin + 25 %)
21	20	24
58	15	18,75
71	15	18,75
89	15	18,75

La détermination des besoins de la population est destinée à fixer le plafond de consommation d'examens de biologie médicale au-delà duquel le directeur général de l'Agence régionale de santé peut s'opposer à la création d'un nouveau laboratoire sur un territoire de santé, tel que prévu par l'article L.6222-2 qui stipule : « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9. ».

En outre, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L.6222-3).



En Bourgogne, un laboratoire dépasse déjà ce seuil dans le territoire de la Nièvre. La nécessaire préservation de la diversité de l'offre dans ce territoire est rendue délicate du fait d'un nombre peu élevé de laboratoires.

De plus, l'acquisition, par une personne physique ou morale, de parts sociales de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale n'est pas autorisée lorsque cette acquisition aurait pour effet de permettre à cette personne de contrôler, directement ou indirectement, sur un même territoire de santé, une proportion de l'offre de biologie médicale supérieure à 33 % du total des examens de biologie médicale réalisés (article L.6223-4).

En Bourgogne, deux laboratoires respectivement situés dans la Nièvre et la Saône-et-Loire sont déjà concernés par cette limite de 33 % de l'activité totale de leur territoire d'implantation, ce qui limite leur possibilité d'extension intra-territoriale.

### 5.3 Accessibilité

La norme NF EN ISO 15189 servant de référence à l'accréditation par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) prévoit que le délai d'obtention des résultats d'examens doit être en adéquation avec les besoins cliniques.

L'accréditation obligatoire de tous les laboratoires de biologie médicale garantira donc un rendu de résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art (capacité analytique suffisamment proche).

### 5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

En matière de biologie, il n'y a aucun objectif de suppression ou de création affiché.

Les obligations instaurées par la réforme de la biologie conduisent à des restructurations majeures mais qui doivent préserver un accès à une biologie médicale de qualité prouvée.

## 6 Indicateurs d'évaluation

### 6.1 Dispositif d'évaluation

La réforme de la biologie médicale impose l'accréditation de tous les laboratoires avec deux échéances définies par l'arrêté du 14 décembre 2010 :

- preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2013,
- accréditation complète du laboratoire au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2016.

Celle-ci est fortement restructurante et son effet va se poursuivre sur la période d'application du SROS.

Les laboratoires qui ne respecteront pas les échéances prévues devront cesser leur activité.

Aussi, le SROS devra-t-il être réévalué avant son échéance, du fait des conséquences liées au franchissement de la 1<sup>ère</sup> étape de l'accréditation.

### 6.1.1 Une évaluation intermédiaire est proposée en 2013

En lien avec le COFRAC, il est nécessaire d'identifier les laboratoires (publics et privés) n'ayant pas déposé de dossier de demande d'accréditation dans les délais réglementaires, ceux-ci étant condamnés à fermer au 1<sup>er</sup> novembre 2013, étant entendu que chaque bassin de vie de plus de 10 000 habitants doit conserver un accès satisfaisant à la biologie médicale.

De plus, pour les laboratoires (publics et privés) réalisant les examens des établissements de santé conservant un service d'urgence, le non franchissement de la 1<sup>ère</sup> étape de l'accréditation nécessitera une réorganisation de la prise en charge des examens de biologie, en veillant notamment à la cohérence avec le schéma d'organisation de la transfusion sanguine.

Certains laboratoires ne disposeront pas nécessairement des moyens humains et financiers suffisants pour être accrédités, de sorte que l'offre de biologie devra être réorganisée.

A ce titre, une incertitude pèse sur les laboratoires des établissements de santé de Tonnerre, Joigny, Chatillon-sur-Seine, Decize, La Charité-sur-Loire et tous les laboratoires privés assurant une astreinte pour des établissements de santé. Ils feront donc l'objet d'une vigilance particulière.

Les restructurations engendrent une concentration des laboratoires pouvant conduire à la constitution de positions dominantes, qu'il convient de limiter en préservant la diversité de l'offre.

Il est donc nécessaire de publier annuellement les données de consommation d'actes de biologie médicale pour chaque territoire de santé afin que les laboratoires disposent du cadre limitant leurs possibilités d'évolution.

### 6.1.2 Une évaluation finale en 2016

L'évaluation finale de ce premier schéma non opposable a pour objectif d'analyser l'adéquation de l'offre aux besoins de la population.

L'efficacité du schéma repose d'une part, sur l'obligation d'accréditation instaurée par l'ordonnance et d'autre part, sur l'appréciation du respect des exigences de la norme NF EN ISO 15189 par le COFRAC.

## 6.2 Suivi des impacts de la mise en œuvre du schéma

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Biologie médicale	Accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale	Nombre de laboratoires accrédités par bassin de vie de plus de 10 000 habitants	0,13 (5 sur 37 bassins de vie)	Au minimum 1 laboratoire

	Préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale	% d'actes de chaque laboratoire par territoire de santé	Variables selon les laboratoires et les territoires mais inférieures aux valeurs limites	Valeurs limites : maximum 25% par laboratoire et maximum 33% par entité juridique
--	--	---	--	---

### 6.3 Suivi de la mise en œuvre du schéma

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Biologie	Accompagner la restructuration de l'offre en biologie médicale liée aux nouvelles règles d'accréditation des laboratoires:	% de laboratoires entrés dans la démarche de l'accréditation au 1er novembre 2013, en lien avec le COFRAC
		% de laboratoires n'ayant pas obtenu d'accréditation et ayant cessé leur activité
		Nombre de coopérations inter hospitalières (GCS, contrats de coopération...)
		Nombre de coopérations entre les laboratoires hospitaliers et de ville
	Préserver la répartition et la diversité de l'offre de biologie médicale	Nombre d'actes réalisés par chaque laboratoire / Nombre d'actes total
		Nombre d'établissements de santé de niveaux 2 et 3 ayant obtenu l'accréditation de leur laboratoire
		% d'établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine d'urgence, disposant d'un laboratoire accrédité parmi ceux disposant d'un laboratoire
		% d'établissements de santé autorisés à réaliser une activité de médecine d'urgence ayant conventionné avec un laboratoire de ville accrédité qui offre une réponse 24h/24



**Activités interventionnelles sous  
imagerie médicale par voie  
endovasculaire en cardiologie**

## 1 Champ et périmètre

L'activité de soins devant obligatoirement être définie par le SROS est celle des activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ou cardiologie interventionnelle.

La cardiologie interventionnelle se définit comme toute méthode non chirurgicale permettant de corriger des troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles de la vascularisation propre du muscle cardiaque. Elle s'adresse à l'enfant et à l'adulte.

Deux décrets publiés en 2009 ont structuré cette spécialité de la cardiologie dans le cadre des « Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ». Trois types d'actes ont été définis :

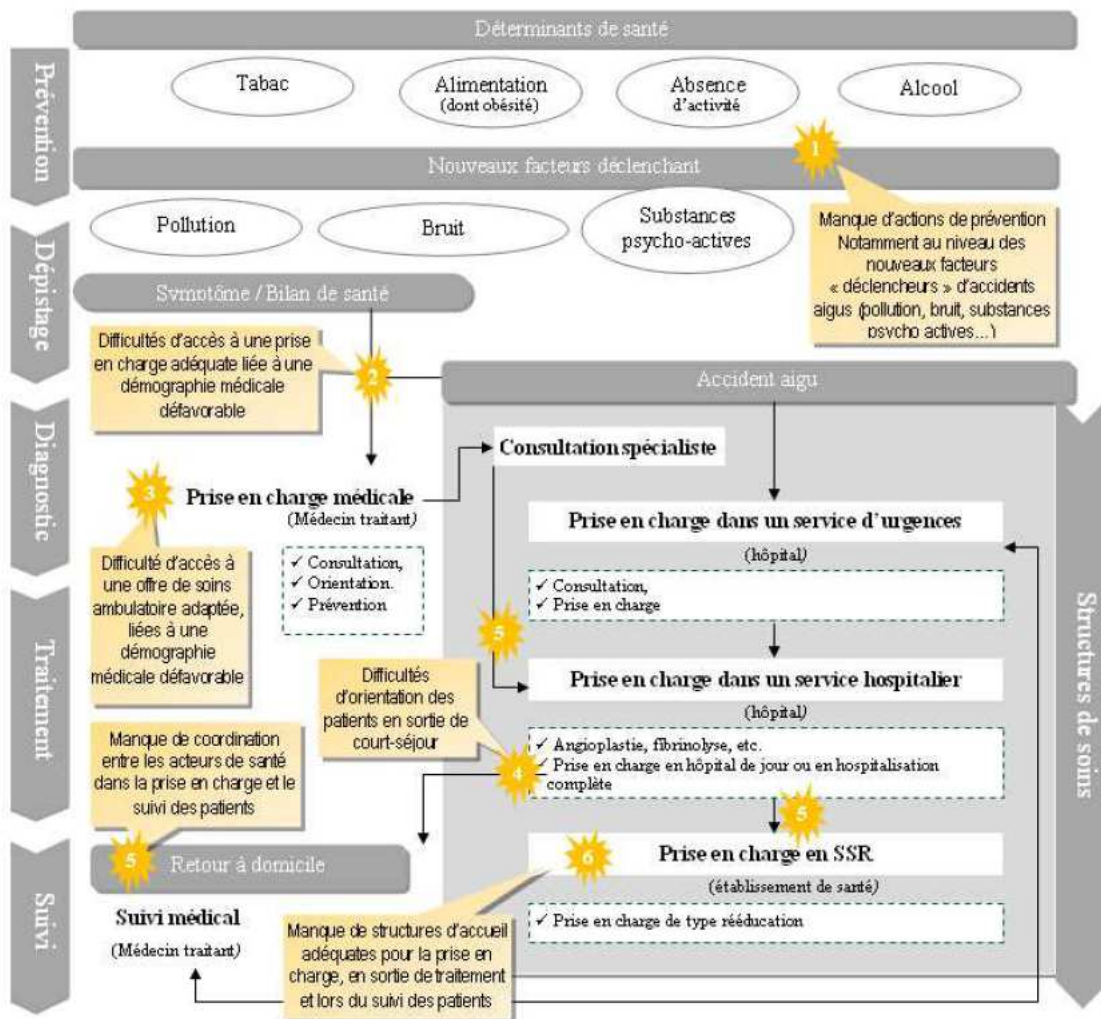
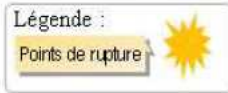
- les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme ;
- les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ;
- les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

Elle comporte un aspect diagnostique et un aspect thérapeutique en sachant que les deux sont du rôle de la même équipe. La rythmologie s'intéresse à l'arythmie, la bradycardie, la tachycardie, les troubles du rythme, les troubles de la conduction. Les « autres cardiopathies de l'adulte » correspondent aux sténoses coronariennes et aux infarctus.

En Bourgogne, le choix a été fait d'étendre la réflexion à l'ensemble des activités de prévention, de soins, de réadaptation des affections cardiaques en raison de leur part significative dans les indicateurs de l'état de santé de la population. Ainsi, dans le cadre d'une approche transversale mise en avant par le Plan stratégique régional de santé, le parcours de santé des patients atteints de maladies cardiovasculaires a été analysé de façon spécifique et intégré à ce chapitre du SROS/PRS.



## Parcours de santé des patients atteints de maladies cardiovasculaires



## 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
Améliorer la prise en charge en urgence	Protocole de prise en charge pour la Côte d'Or réalisé. Extension aux autres services d'urgence réalisée fin 2011.
Mise en place d'USIC (unités de soins intensifs cardiologiques) dans chaque territoire de santé	9 USIC installées
Autorisation de pose de défibrillateurs et de stimulateurs triple chambres	Arrêté ARH en janvier 2009 Volet cardiologie interventionnelle du SROS 2006-2011

### 2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

#### 2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Indicateurs clés régionaux	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2012
Nombres d'USIC	7	8	9	9
Nombre d'angioplasties coronaires	3065			3560

#### 2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Nombre d'angioplasties
Côte d'Or	1950
Nièvre	790
Saône et Loire	350
Yonne	470
Total sur la Bourgogne	3650

L'importance du nombre d'angioplasties coronaires en Côte-d'Or est due à la prise en charge de la population du nord de la Saône-et-Loire qui représente 1/3 de l'activité privée et 1/4 de l'activité publique.

Concernant le chiffre de la Saône-et-Loire, il correspond au seuil que le CH de Macon devra atteindre 16 mois après la mise en route de son unité d'angioplastie.

### 2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies cardiaques. La mise en place de suppléance dans les troubles du rythme et les troubles de la conduction, les critères de surveillance de certaines affections telles que le diabète et le bilan du retentissement du traitement d'autres affections telles que le cancer entraînent une demande plus importante de consultations et d'examen cardiologiques. La démographie médicale de cette spécialité ne permet pas de faire face à cet accroissement dans des délais réduits.

## 2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

### 2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

Territoires de santé	Nombre d'USIC	Nombre de sites d'angioplastie	Autorisations de rythmologie interventionnelle
Côte d'Or	3	2	3 dont 1 pédiatrique
Nièvre	1	1	0
Saône et Loire	3	1	1
Yonne	2	1	1
Total sur la Bourgogne	9	5	5

Actuellement chaque territoire est doté d'au moins 1 centre d'angioplastie, 1 USIC. Pour la rythmologie interventionnelle, seule la Nièvre n'en est pas dotée. En Côte-d'Or, seul le CHU à Dijon est titulaire d'une autorisation de cardiologie interventionnelle pédiatrique. Toutes ces structures, hors Côte-d'Or, sont de statut public. Pour ce dernier département, une structure privée est titulaire d'une USIC, d'une autorisation d'angioplastie et de rythmologie adulte.

Les autorisations d'activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, ont été délivrées en 2010. Les établissements disposent d'un délai de 16 mois pour mettre leurs autorisations en conformité.

### 2.3.2 Démographie des professionnels de santé

La prise en charge de l'accident coronarien aigu doit privilégier l'angioplastie primaire. Les équipes la pratiquant doivent comprendre au moins 2 cardiologues expérimentés à ces techniques. Si le CHU dépasse ce nombre, parce qu'il est centre de formation, il n'en est pas de même de tous les autres établissements.



Les gardes d'USIC et les astreintes d'angioplastie entraînent des besoins importants en professionnels. Actuellement les projections à 5 ans ne sont pas favorables. La densité de cardiologues en Bourgogne est de 7,5 pour 100000 habitants, alors que sur le plan national elle atteint 9,4. Les médecins formés actuellement semblent s'orienter de façon privilégiée vers les actes techniques de cardiologie au détriment de la cardiologie « généraliste » de ville. Actuellement, le nombre d'internes entrant chaque année en formation en Bourgogne est de 5 en cardiologie, permettant théoriquement de remplacer les départs.

### 2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Thématiques	Analyse qualitative
Réseaux	Développer leur action dans le cadre de la prévention.
Coordination ville-établissements de santé	Développer la coordination ville-hôpital dans le parcours post accident aigu.
Télémédecine	Intérêt du transfert de données lors de la prise en charge en urgence au domicile et dans le cadre de l'expertise.
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 des pathologies cardiovasculaires

Dans le cadre des affections cardiovasculaires le rôle du tabac, de l'alcool, de la pollution, du manque d'activité physique, du stress et des substances psycho-actives a été mis en évidence. A noter que ces facteurs défavorables se retrouvent pour d'autres pathologies. Pour les 2 premiers, des actions sont déjà menés depuis des années tant sur le plan national que sur le plan régional. Il faudra les accentuer et les étendre à toute la région, notamment s'agissant de la diminution du nombre de consommateurs de tabac et le maintien de l'abstinence tabagique après un épisode aigu (nombre de consultations anti-tabac).

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> Structurer et coordonner les actions de prévention primaires entre établissements en évoluant vers les nouveaux « déclencheurs » d'accidents (bruit, pollution, substances psycho-actives...)	Mise en œuvre d'actions de prévention

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°2</b> Développer l'éducation thérapeutique au sein des services de cardiologie des établissements de santé	CPOM

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

La diminution du nombre de cardiologues « généralistes » et la saturation des consultations en établissements de santé pour la réalisation d'actes techniques rendent l'accès à une consultation cardiologique de plus en plus difficile. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de consultations s'explique aussi par la prise en charge du retentissement cardiaque d'autres pathologies. La coopération entre professionnels de santé et le recours à la télémédecine devraient permettre de réduire ces tensions.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> Mettre en œuvre des consultations cardiologiques avancées dans des structures de proximité afin d'assurer un meilleur accès à la cardiologie « généraliste »	Maison de santé pluridisciplinaire
<b>Objectif spécifique n°2</b> Favoriser les initiatives innovantes pour lutter contre les difficultés d'accès à un spécialiste	Nouveaux modes de rémunération, télémédecine, protocoles de coopération entre professionnels de santé

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

La prise en charge des affections coronaires aiguës ne repose pas uniquement sur les cardiologues. Entre les signes cliniques permettant de suspecter, voire d'affirmer le diagnostic et le traitement, le patient, la plupart du temps, est pris en charge par des moyens de secours pré-hospitalier ou par un service d'urgence. Les consignes d'appel au centre 15 dès les premiers signes sont connues par 90 % des patients. La prise en charge pré-hospitalière a pour but de conditionner le patient pour le transférer au centre d'angioplastie le plus proche.

Le traitement des affections aiguës associe gestes techniques dans des centres spécialisés, USIC, et services de cardiologie. Le maillage des centres spécialisés doit être suffisant, tout en respectant un seuil d'activité permettant à l'équipe d'être performante.

Le suivi post-infarctus associe intervenants médicaux et paramédicaux divers pour l'éducation thérapeutique et la réadaptation. Leur coordination doit être optimale et le dossier médical partagé est un facteur de réussite.

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre/leviers d'actions
<b>Objectif spécifique n°1</b> Diffuser les protocoles de prise en charge dans le cadre du réseau urgence pour permettre la prise en charge adéquate	Réseau Urgence
<b>Objectif spécifique n°2</b> Maintenir, à minima, les 5 autorisations d'angioplastie existantes	
<b>Objectif spécifique n°3</b> Utiliser un dossier médical commun dans le cadre du suivi post-infarctus du myocarde (après validation de l'expérience dijonnaise)	GCS e-santé Bourgogne

## 4 Organisation de l'offre

L'offre actuelle de prise en charge des patients à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde est complète sur tout le territoire si l'on considère les techniques de prise en charge.

Dans le cadre de la prise en charge de la rythmologie interventionnelles la situation est la même du fait que seul le CHU, centre de recours régional, est autorisé pour les procédures ablatives complexes.

### 4.1 Gradation des soins

Sans objet

### 4.2 Missions de service public

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

Pour les centres d'angioplastie une astreinte doit être assurée par un cardiologue formé à cette technique. Ce dernier ne peut être celui qui est de garde sur place en USIC.

Une astreinte d'infirmière formée à cette technique doit être assurée pour l'angioplastie.

Pour les unités de soins intensifs de cardiologie, une garde de cardiologue sur place est obligatoire. Seule la permanence des soins entre dans le cadre de la mission de service public

Missions de service public	Dispositifs	Territoires de santé			
		Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Permanence des soins	Astreinte opérationnelle	2	1	1	1
	Gardes USIC	3	1	2	2

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

En ce qui concerne l'articulation ville-hôpital, la mise en place de consultations avancées de cardiologie dans des maisons de santé pluridisciplinaires est une orientation à suivre dans le schéma. Des projets devront être développés dans le cadre de nouvelles demandes d'autorisations ou de renouvellements de structures existantes.

### 4.4 Coopérations

La coopération des établissements publics et privés sera développée dans le cadre de GCS et de CHT déclinant la filière de soins de cardiologie.

## 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 des structures autorisées pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie doit permettre de répondre aux besoins de la population de tous les territoires. Aucune modification des autorisations n'est proposée, si les critères de fonctionnement (dont les seuils d'activité) sont respectés. Pour ce qui concerne la reconnaissance des USIC, la contrainte réglementaire imposant la présence permanente sur place d'un cardiologue ne permet pas de maintenir l'ensemble des unités existantes.

Territoires de santé	Angioplastie	Cible SROS
Côte d'Or	2	2
Nièvre	1	1
Saône et Loire	1	1
Yonne	1	1
Total sur la région	5	5

Territoires de santé	Autorisations de rythmologie interventionnelle	Cible SROS
Côte d'Or	3 dont 1 pédiatrique	3 dont 1 pédiatrique
Nièvre	0	0
Saône et Loire	1	1
Yonne	1	1
Total sur la région	5	5

#### Reconnaissance d'activités pour lesUSIC

Territoires de santé	USIC	Cible SROS
Côte d'Or	3	3
Nièvre	1	1
Saône et Loire	3	2
Yonne	2	2
Total sur la région	9	8

Sous réserve que chaqueUSIC soit en capacité d'assurer une permanence de cardiologue sur place 24h/24h.

## 5.2 Objectifs chiffrés d'activité

---

Non concerné

## 5.3 Accessibilité

---

### 5.3.1 Accessibilité géographique



Selon les recommandations de la société européenne de cardiologie, le traitement idéal de l'accident cardiaque est l'accès à l'angioplastie ou, à défaut, le recours à la fibrinolyse, sachant que cette technique peut être assurée par les urgentistes.

### 5.3.2 Accessibilité financière

La prise en charge des patients dans le cadre de la cardiologie interventionnelle se réalise dans des structures publiques et une structure privée pour laquelle les praticiens exercent leur activité dans le cadre du secteur 1.

## 5.4 Créations / suppressions / transformations / regroupements

Dans le cadre du SROS, pour les activités interventionnelles, aucune suppression, transformation ou création ne sont envisagées dès l'instant où les structures autorisées respectent les conditions de fonctionnement.

Une réflexion, en prévision du prochain SROS, sur le regroupement de la prise en charge des angioplasties durant la période de garde, voire le regroupement sur un site unique des deux autorisations dijonnaises, pourrait être engagée vu la problématique de la démographie médicale à venir.

## 6 Indicateurs d'évaluation

Thème	Objectif général	Libellé de l'indicateur d'impact	Valeur initiale (2011)	Valeur cible à 5 ans
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement des pathologies cardiovasculaires	Nombre d'actions de prévention		
	Améliorer l'accès aux soins de cardiologie notamment de proximité	Nombre de MSP offrant une possibilité de consultation cardiologique		5

	Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en cardiologie	Nombre de centres d'angioplastie respectant le seuil d'activité	4	5
--	---	---	---	---

Thème	Objectif général	Indicateur de suivi de la mise en œuvre
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	Développer les actions de prévention permettant de diminuer les risques de développement des pathologies cardiovasculaires	Nombre d'actions de prévention organisées par département (par thématique)
		Nombre d'actions d'éducation thérapeutique organisées par département
	Améliorer l'accès aux soins de cardiologie notamment de proximité	Nombre de consultations cardiologiques effectuées avec le concours de la télémedecine / nombre de consultations cardiologiques faites sur un territoire
		Nombre de contrats de coopération HAS mis en place pour la prise en charge cardiaque
		Taux de diffusion du dossier médical commun dans le cadre du suivi post-infarctus du myocarde



## Chirurgie



## 1 Champ et périmètre de la chirurgie

La chirurgie recouvre de nombreuses spécialités (viscérale, traumatologie orthopédique, vasculaire, thoracique, urologique, cardiaque, etc.) et est en étroite relation avec les autres disciplines du plateau technique de l'établissement de santé (anesthésie réanimation, gynéco obstétrique, urgences, imagerie, biologie, explorations fonctionnelles) dans le cadre du fonctionnement des blocs opératoires.

Le périmètre concerne l'ensemble des plateaux de chirurgie de la région implantés dans des centres hospitaliers ou dans des cliniques privées.

Au cours de ces dernières années, la chirurgie a vu son exercice profondément modifié, d'une part, par l'évolution des techniques anesthésiques et chirurgicales qui s'orientent vers moins de gestes invasifs avec une chirurgie générale et polyvalente en forte diminution au profit d'une spécialisation croissante, et d'autre part, par les tensions démographiques notamment médicales.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est l'un des enjeux transversaux à l'ensemble du champ de l'offre de soins hospitalière. C'est une source d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, de renforcement et d'amélioration de l'efficience de l'activité de chirurgie classique et d'optimisation du recours aux soins hospitaliers et aux ressources humaines et financières.

Malgré les leviers mobilisés entre 2003 et 2010, le taux global national de chirurgie ambulatoire, bien que croissant, demeure insuffisant (36% en 2009 contre 32% en 2003) et montre des disparités entre les départements et entre les établissements. La chirurgie ambulatoire est reconnue, comme un mode de prise en charge à part entière au même titre que la chirurgie en hospitalisation complète. Le développement de ce type de prise en charge doit être une priorité pour les établissements de santé.

## 2 Analyse des besoins et de l'offre

### 2.1 Présentation du bilan de la politique régionale

L'organisation régionale préconisée par le SROS de Bourgogne 2006-2011 reposait sur :

- ↳ le maintien uniquement des sites de chirurgie ayant une activité suffisante, c'est à dire supérieure à 2 000 interventions sous anesthésie par an correspondant à 1 500 séjours PMSI,
- ↳ la mise en place d'une prise en charge chirurgicale graduée en distinguant trois niveaux,
  - les établissements réalisant les actes courants de chirurgie viscérale et digestive et/ou les actes courants de chirurgie orthopédique et traumatologique,
  - les établissements offrant un plateau plus ou moins diversifié de spécialités en sus de celles exercées au précédent niveau (ORL, ophtalmologie, urologie, etc.),
  - les établissements qui réalisent, outre les activités exercées aux deux précédents niveaux, une chirurgie spécialisée (cardiaque, neurologique, etc.).
- ↳ la mise en place d'un maillage entre les établissements et le développement des coopérations entre les établissements publics et privés en particulier sur les sites de Montceau -Le Creusot et Paray le Monial.
- ↳ le développement de la chirurgie ambulatoire.

Pendant la période 2006 – 2011, quatre services de chirurgie ont été fermés (Tonnerre, Châtillon-Montbard, Clamecy, Avallon) en raison d'une pénurie de professionnels médicaux qui entraînait des problèmes de sécurité et de continuité de la prise en charge. Au vu de l'activité 2010, un établissement, Decize, est en dessous du seuil de 1500 séjours chirurgicaux PMSI.

La mise en place d'un maillage entre les établissements autorisés à pratiquer la chirurgie s'est faite progressivement en raison de la raréfaction des professionnels médicaux. Mais d'une façon générale la coopération entre établissements privés et publics ne s'est pas suffisamment développée.

Le développement de la chirurgie ambulatoire a été contractualisé dès 2007 avec les établissements dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) sur cinq gestes chirurgicaux traceurs : les amygdalotomies, les arthroscopies du genou, les extractions dentaires, la chirurgie de la cataracte et la chirurgie des varices. Le taux cible global de réalisation de ces actes en ambulatoire a été fixé à 85% en 2011, sachant qu'il était de 47% fin 2006. Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en Bourgogne au cours de 1<sup>er</sup> trimestre 2010 pour les 5 gestes marqueurs était de 83,32%.

Parallèlement à ce dispositif, une politique tarifaire volontariste rapprochant les tarifs des séjours en hospitalisation complète de ceux des séjours en ambulatoire a été conduite.

En 2008-2009, un plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire qui a permis d'accompagner quatre établissements sanitaires de la région a été élaboré.

Enfin, les services de l'assurance maladie ont développé depuis 2008, la mise sous entente préalable (MSAP) des prestations réalisées en hospitalisation complète lorsqu'elles peuvent être réalisées en ambulatoire, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Rappel des objectifs du SROS 2006-2011	Bilan des actions réalisées
Maintien des sites ayant une activité suffisante	Fermeture des sites de Châtillon – Montbard, de Clamecy, Tonnerre, Avallon. Soutien des actions de coopération.
Organiser la prise en charge chirurgicale de façon graduée	Réalisée de fait.
Mettre en place un maillage entre les établissements et développer les coopérations public – privé	Coopérations entre établissements publics et privés insuffisamment développées (Paray le Monial, Montceau- Le Creusot, Nevers).
Développer la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux	Pas d'action spécifique mise en place
Développer la chirurgie ambulatoire	Objectifs fixés pour 5 gestes marqueurs dans les CPOM des établissements puis pour 15 types de GHM par avenant en 2009. Plan d'actions régional 2008 -2009. Accompagnement de la MSAP

*Source : SROS de Bourgogne 2006-2011*

## 2.2 Principales caractéristiques de la consommation de soins

### 2.2.1 Indicateurs régionaux clés de la consommation de soins

Nombre de séjours (PMSI 2009)					
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne
Chirurgie HC	26 299	12 117	32 407	19 060	<b>89 883</b>
Chirurgie ambulatoire	16 241	6 036	15 454	9 787	<b>47 518</b>
Total séjours	42 540	18 153	47 861	28 847	<b>137 401</b>
Total séjours + séances	50 039	21 107	55 314	33 520	<b>159 980</b>

Taux de recours à la chirurgie 2009 standardisés par sexe et par âge pour 1 000 habitants						
	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Bourgogne	France
Chirurgie HC	49,8	47,5	53,1	51,9	<b>51</b>	<b>51,1</b>
Chirurgie ambulatoire	31,1	24,3	26,3	27,1	<b>27,7</b>	<b>27,5</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>94,9</b>	<b>84,6</b>	<b>92,2</b>	<b>92,5</b>	<b>92,1</b>	<b>92,7</b>

- Chirurgie globale

- En 2009, le taux de recours de la population bourguignonne à la chirurgie dans son ensemble est comparable au taux national avec en Côte d'Or un taux supérieur de 2 points au niveau national et dans la Nièvre un taux inférieur de 8 points.
- Si le taux de recours à la chirurgie au niveau national a augmenté de 16 points entre 2007 et 2009 ce taux a diminué d'un point en Bourgogne pendant cette même période.
- Si l'on s'intéresse au recours à la chirurgie par tranche d'âge, on note :
  - pour la tranche d'âge inférieure à 3 ans que le taux de recours bourguignon à la chirurgie est inférieur de 5 points par rapport au taux national (48,9 versus 53,8) et qu'il a diminué de 1,5 points en Côte d'Or entre 2007 et 2009 ;
  - pour la tranche d'âge supérieure à 75 ans les chiffres bourguignons sont inférieurs de 7 points par rapport au niveau national (avec un taux inférieur de 24 points pour la Nièvre).



- Chirurgie ambulatoire

- En 2009, le taux de recours Bourguignon est identique au taux national (27,7 versus 27,5).
- Le taux bourguignon de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 1,7 point entre 2007 et 2009 (versus 3,5 pour le taux national) avec une augmentation de :
  - 4 points dans l'Yonne,
  - 3,6 points en Saône et Loire,
  - 2,5 points dans la Nièvre
  - 0,4 point en Côte d'Or.
- En Bourgogne, on note qu'il existe un pool de 1,5% des séjours chirurgicaux qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire dans une unité identifiée.

Sur la période 2007-2009, les séjours chirurgicaux en hospitalisation complète produits par les établissements bourguignons ont diminué de près de 10% tandis que le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire augmentait de 15%. Le volume global des séjours en chirurgie dans son ensemble reste stable sur cette même période (140 000 séjours environ).

- Taux de fuite et d'attractivité en Bourgogne

Taux de fuite (HC et CA)	2007	2009
Bourgogne	13%	14%
Côte d'Or	7%	8%
Nièvre	31%	34%
Saône et Loire	25%	26%
Yonne	31%	31%

Le taux de fuite des patients bourguignons a augmenté de 1% entre 2006 et 2009 (14%), avec un taux dépassant les 30 % pour les départements 58 et 89.

L'attractivité des établissements bourguignons est variable d'un territoire à l'autre : 26% pour la Côte d'Or ; 8% pour la Nièvre.

### 2.2.2 Caractéristiques territoriales

Territoires de santé	Caractéristiques territoriales
Côte d'Or	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de fuite peu important &lt; 10 %</li> <li>- taux de recours &gt; taux national pour la chirurgie (HC et CA)</li> </ul>
Nièvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de recours faible par rapport aux taux régional et national</li> <li>- taux de fuite très important (34 %)</li> <li>- problème de couverture territoriale</li> <li>- problème de démographie médicale</li> </ul>
Saône et Loire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de fuite important (≈ 26 %) en raison de la configuration géographique (contiguïté au sud avec la région Rhône Alpes et proximité de Dijon pour le nord)</li> </ul>



	- problème de démographie médicale
Yonne	- taux de fuite très important (31%) contiguïté avec Ile de France - problème de démographie médicale

La Bourgogne se caractérise aussi par l'activité chirurgicale suivante :

- le nombre global de séjours au niveau régional est resté stable entre 2007 et 2009 : il est resté stable pour la Côte d'Or et la Saône et Loire, il a augmenté dans l'Yonne et a diminué dans la Nièvre,
- on note une augmentation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire en Saône et Loire, dans l'Yonne et la Nièvre, avec en parallèle une diminution des séjours en hospitalisation complète ainsi qu'une stagnation en Côte d'Or,
- en hospitalisation complète les séjours chirurgicaux par ordre décroissant produits sont en rapport avec :
  - l'orthopédie et la chirurgie ostéo-articulaire
  - la chirurgie viscérale
  - la gynécologie et le sein
  - l'oncologie.

A noter que pour l'ensemble de la Bourgogne la chirurgie cardiovasculaire représente 2 700 séjours dont 1 000 séjours pour le CHU, et que la chirurgie du thorax comptabilise moins de 1 000 séjours dont 1/3 réalisés au CHU.

Enfin, le nombre total de séjours en chirurgie chez les enfants de 0 à 1 an est peu élevé, il a baissé de 7% entre 2007 et 2009, il s'élève à 1 443 séjours en 2009 dont 470 réalisés au CHU.

- en chirurgie ambulatoire les spécialités les plus pratiquées sont :
  - l'orthopédie et la chirurgie ostéoarticulaire
  - l'ophtalmologie
  - l'ORL et la stomatologie.

La région Bourgogne est caractérisée par une balance attractivité/fuites négative pour une majorité d'activités.

### 2.2.3 Principales tendances et analyse de l'évolution des besoins

En 2009, la population de Bourgogne était de 1 642 799 habitants (INSEE). Les projections pour 2016 laissent à penser que, d'une part, la population régionale va s'accroître de 1,5%, et que d'autre part, elle va sensiblement vieillir avec une augmentation de 15% du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans.

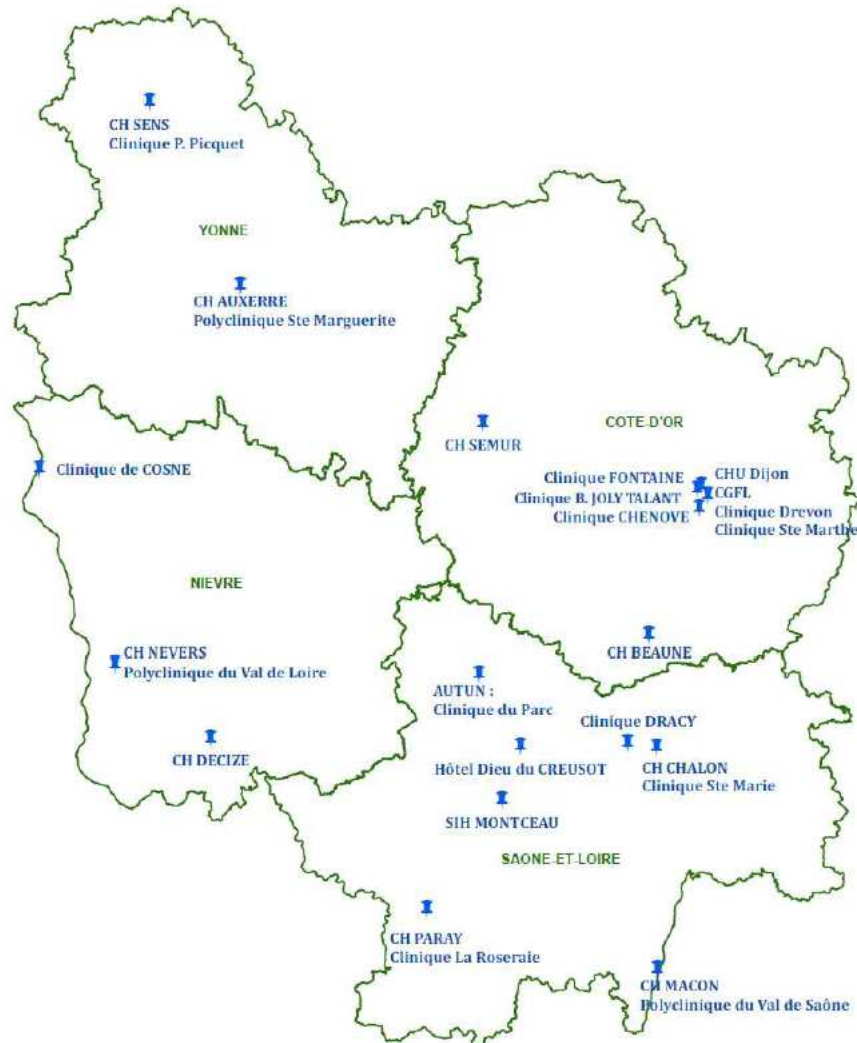
La région est donc caractérisée par un vieillissement de sa population (en particulier dans la Nièvre et la Saône et Loire) qui semble devoir s'accroître dans les prochaines années avec un recours plus fréquent à certains actes chirurgicaux tels que la chirurgie de la cataracte, cardiaque, vasculaire, cancérologique, traumatologique et prothétique.

Le vieillissement des professionnels (57 départs de chirurgiens à la retraite dans 5 ans) et leur éventuel non remplacement pourront engendrer des situations où les besoins de la population ne seront plus couverts et la permanence des soins plus assurée.

## 2.3 Principales caractéristiques de l'offre et de la démographie

### 2.3.1 Offre quantitative et territorialisée

La Bourgogne comptabilise 27 plateaux de chirurgie répartis de la façon suivante :



Pôle Pilotage - ArcView (Septembre 2011)

L'ensemble des établissements hébergeant des blocs opératoires possèdent des services de chirurgie pour l'hospitalisation à temps complet et des unités individualisées pour la chirurgie ambulatoire. Seul le site du Creusot ne possède pas d'unité de chirurgie ambulatoire.

### 2.3.2 Démographie des professionnels de santé

Territoires de santé	Anesthésiste Réanimateur			Chirurgien		
	Libéraux	Salariés	Total	Libéraux	Salariés	Total
Côte d'or	35	74	109	133	97	230
Nièvre	10	14	24	49	22	71
Saône et Loire	23	48	71	114	55	169
Yonne	8	27	35	53	31	84
<b>Bourgogne</b>	<b>76</b>	<b>163</b>	<b>239</b>	<b>349</b>	<b>205</b>	<b>554</b>
<b>France</b>	<b>3 570</b>	<b>6 889</b>	<b>10 459</b>	<b>16 360</b>	<b>8 803</b>	<b>25 163</b>

*Source ADELI-STATISS au 1<sup>er</sup> janvier 2010*

- 13 % des anesthésistes et 10 % des chirurgiens bourguignons sont susceptibles de partir à la retraite dans les 5 ans,
- dans les départements de la Nièvre, la Saône et Loire et l'Yonne il n'y a pas de spécialiste en stomatologie dans les établissements publics,
- de même dans l'Yonne, pour ce qui concerne l'ophtalmologie.

Pour assurer le renouvellement des professionnels de santé partant à la retraite d'ici 2016, les besoins bourguignons sont estimés à 11 chirurgiens par an et 6 anesthésistes par an. Actuellement, le nombre d'internes entrant chaque année en formation est de 18 en chirurgie et de 11 en anesthésie permettant théoriquement de remplacer les départs.

### 2.3.3 Analyse qualitative de l'offre

Si la multiplicité des sites a pour conséquence une accessibilité aux soins jugée satisfaisante par les professionnels bourguignons, elle a pour corollaire lorsqu'elle se conjugue à une démographie des équipes de bloc opératoire déficitaire, de nuire au bon fonctionnement 24 H sur 24 des sites opératoires dans le respect des normes de sécurité.

Il est également noté un problème de couverture territoriale pour le département de la Nièvre avec une partie importante du département (est et centre est notamment) sans établissement de chirurgie.

Thématiques	Analyse qualitative
Restructuration	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un établissement dont le seuil d'activité est inférieur à 1500 séjours ;</li> </ul> <p>La situation demeure préoccupante dans la Nièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ difficulté de recrutement de chirurgiens,</li> <li>→ l'activité chirurgicale de la clinique de Cosne sur Loire a diminué de plus de 46 % entre 2007 et 2009,</li> <li>→ le CH de Nevers accuse une baisse inquiétante de la démographie médicale (anesthésiste, radiologue...)</li> </ul>
Coopération hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe des coopérations public/privé en matière de permanence des soins en chirurgie (ex : l'astreinte d'urologie est assurée par les médecins libéraux sur le site de Macon)</li> <li>Répartition entre le CHU et le CGFL de la prise en charge chirurgicale des patients atteints du cancer.</li> <li>Coopérations à conforter et à accompagner sur les sites de Paray le Monial afin de mutualiser le plateau de chirurgie.</li> </ul>
Recours à la chirurgie spécialisée	Le CHU offre l'ensemble des spécialités chirurgicales mais on note un volume d'activité peu développé dans certaines d'entre elles : chirurgie pédiatrique, chirurgie thoracique.
Chirurgie Ambulatoire	La chirurgie ambulatoire s'est développée depuis 2007 mais on note une stagnation de ce mode de prise en charge en Côte d'Or qui rassemble les établissements qui produisent le plus de séjours chirurgicaux.



### 3 Objectifs d'amélioration de la prise en charge

#### 3.1 Objectif général n°1 : optimiser les ressources en chirurgiens et en anesthésistes au niveau régional

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n°1 :</b> Anticiper les besoins en chirurgiens et anesthésistes et renforcer l'attractivité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former tous les ans un nombre d'internes en chirurgie et anesthésie correspondant aux départs prévisionnels</li> <li>- Promouvoir des postes partagés</li> </ul>
<p><b>Objectif spécifique n°2</b> Mutualiser les astreintes des chirurgiens hospitaliers et libéraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les spécialités de chirurgie viscérale, orthopédique et ostéo-articulaire d'une part, et pour les autres spécialités chirurgicales d'autre part, identifier en lien avec les professionnels une organisation territoriale mutualisée des astreintes</li> <li>- Mise en œuvre de cette organisation via les CPOM.</li> </ul>

#### 3.2 Objectif général n°2 : développer la prise en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n°1</b> Augmenter la part de la chirurgie ambulatoire pour l'ensemble des actes hors urgence et actes lourds</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre le PPRGDR (Programme pluriannuel régional de gestion du risque)</li> <li>- Mettre en place un suivi régional de la chirurgie ambulatoire à diffuser à l'ensemble des établissements.</li> </ul>
<p><b>Objectif spécifique n°2</b> Améliorer l'efficacité des unités de chirurgie ambulatoire</p>	<p>Accompagner les établissements porteurs d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'un programme régional en s'appuyant sur la méthodologie de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance).</p>
<p><b>Objectif spécifique n°3</b> Favoriser dans le cursus d'un interne en chirurgie un stage permettant d'appréhender les problématiques de la chirurgie ambulatoire</p>	<p>Intégrer dans le cursus des internes en chirurgie un stage qui permettra de prendre en charge des patients sur le mode ambulatoire (en lien avec le coordonnateur de la spécialité).</p>

### 3.3 Objectif général n°3 : organiser les filières spécialisées de chirurgie et la permanence des soins par territoire

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n°1</b></p> <p>Approfondir l'état des lieux de l'organisation des filières spécialisées par territoire</p>	<p>Mettre en place un groupe de travail régional dans l'objectif d'améliorer les filières de prise en charge des diverses spécialités chirurgicales.</p>
<p><b>Objectif spécifique n°2</b></p> <p>Organiser la permanence des soins en chirurgie par territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir schéma de la PDSES</li> <li>- CPOM</li> </ul>
<p><b>Objectif spécifique n°3</b></p> <p>Augmenter les coopérations entre les différents établissements publics et privés d'un même territoire ou hors territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter à la mise en œuvre de GCS intégrant l'activité de chirurgie</li> <li>- CPOM</li> <li>- Autorisations et renouvellements d'autorisations</li> </ul>

### 3.4 Objectif général n°4 : améliorer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux

Objectifs spécifiques	Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions
<p><b>Objectif spécifique n°1</b></p> <p>Organiser la prise en charge de la chirurgie en fonction des seuils d'activité et suivre les indicateurs de la HAS relatifs à la chirurgie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regrouper les activités de chirurgie des établissements dont le seuil d'activité est inférieur à 1500 actes</li> <li>- Tableau de bord régional des indicateurs</li> </ul>
<p><b>Objectif spécifique n°2</b></p> <p>Améliorer la prise en charge de la douleur en particulier dans le mode de prise en charge ambulatoire</p>	<p>Suivre la qualité de la prise en charge ambulatoire à travers la certification des établissements.</p>

## 4 Organisation de l'offre

La Bourgogne comptabilise 27 plateaux de chirurgie organisant la prise en charge de façon graduée.

Les objectifs d'organisation de la chirurgie sont :

- de favoriser la formation et l'installation de professionnels médicaux au regard des besoins de la région,
- de regrouper les sites dont l'activité chirurgicale est inférieure au seuil recommandé de 1500 actes pour améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- de mettre en place un seul plateau de chirurgie sur les sites de Paray le Monial
- d'organiser un fonctionnement complémentaire entre les deux plateaux techniques de la CUCM (Communauté urbaine Creusot-Montceau),
- 
- d'organiser une permanence des soins dans chaque territoire de projet hospitalier de la région en tenant compte de la répartition des spécialités et en encourageant la mutualisation entre les établissements publics et privés,
- de développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements possédant un potentiel de développement en s'assurant du respect de la qualité de la prise en charge.

### 4.1 Gradation des soins

---

La prise en charge chirurgicale graduée s'inscrit dans la gradation des soins indiquée dans l'introduction du présent document, à savoir : les établissements ayant une activité de chirurgie répondent au niveau 2 de cette gradation, le CHU et le Centre de lutte contre le cancer répondant au niveau 3. A noter que le niveau 2 est constitué de deux catégories d'établissements : ceux réalisant les actes courants de la chirurgie viscérale et digestive d'une part et d'orthopédie d'autre part, ceux offrant un plateau plus ou moins diversifié de spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmologie, stomatologie, urologie, vasculaire...) en sus du précédent niveau.

Le niveau 3 : pour les activités de chirurgie, le CHU, outre les activités du précédent niveau, est le seul à pratiquer la chirurgie spécialisée telle que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie hyperspécialisée ou des interventions lourdes et complexes. Il est également un niveau de recours pour l'ensemble des établissements de la région.

Gradation des soins	Territoire de santé			
	21	58	71	89
Niveau 2 : actes chirurgicaux courants et spécialités chirurgicales diversifiées	CH de Semur en Auxois CH de Beaune Clinique Dreyon Clinique B Joly Clinique Ste Marthe Clinique de Fontaine Clinique de Chenôve	CH de Decize CH de Nevers Clinique du Val de Loire Clinique de Cosne	Clinique d'Autun CH de Chalon CH de Macon CH de Montceau CH de Paray Clinique Ste Marie Clinique du Val de Saône HD Le Creusot Clinique De Dracy Clinique la Roseraie	CH Auxerre CH de Sens Clinique Ste Marguerite Clinique Paul Picquet
Niveau 3	CHU, CGFL			

#### 4.2 Missions de service public

Missions de service public	Spécialités chirurgicales	Départements			
		21	58	71	89
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie orthopédique et traumatologique	4 astreintes et ½ astreinte dont 2 et 1/2 astreintes sur agglomération dijonnaise et 2 sur les sites de niveau 2	2,5 astreintes dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne et ½ astreinte sur Decize jusqu'à minuit, astreinte mutualisée après minuit	5 astreintes dont 3 sur le nord Saône et Loire et 2 sur le sud Saône et Loire	1astreinte sur Sens et 1 ½ astreinte sur Auxerre par mutualisation public/privé après minuit
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie viscérale et digestive	3,5 astreintes dont 1,5 sur l'agglomération dijonnaise et 2 sur les sites de niveau 2	2,5 astreintes dont 1 sur Nevers, 1 sur Cosne et ½ astreinte sur Decize jusqu'à minuit, mutualisée après minuit	5 astreintes dont 3 sur le nord Saône et Loire et 2 sur le sud Saône et Loire	1astreinte sur Sens et 1 ½ astreinte sur Auxerre par mutualisation public/privé après minuit



Missions de service public	Spécialités chirurgicales	Départements			
		21	58	71	89
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie urologique	1 astreinte mutualisée public / privé sur l'agglomération dijonnaise	1 astreinte à organiser sur Nevers	1 astreinte sur Chalon et 1 astreinte sur Mâcon	1 astreinte mutualisée à organiser sur le territoire de santé
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie ORL, odontologique, et maxillo-faciale	3 astreintes sur Dijon (1 ORL, 1 odontologie, 1 chir.maxillo-faciale)	1 astreinte sur Nevers	2 astreintes sur le territoire de santé (1 à Chalon et 1 à Mâcon)	1 astreinte ORL sur le territoire de santé à organiser en coopération public/privé
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie ophtalmologique	1 astreinte sur Dijon	1 astreinte mutualisée public / privé sur Nevers	2 astreintes sur le territoire de santé en coopération public-privé (1 sur Chalon et 1 sur Mâcon)	1 astreinte sur le territoire de santé à organiser en coopération public/privé
Permanence des soins en établissement de santé	Chirurgie cardiaque vasculaire et thoracique	2 astreintes sur Dijon	1 astreinte sur Nevers (sous réserve d'un effectif permanent suffisant en chirurgien de la spécialité)	1 astreinte sur Chalon en coopération public/privé	Site de recours régional
Permanence des soins en établissement de santé	Infantile	2 astreintes à Dijon	Site de recours régional		
Permanence des soins en établissement de santé	Neurochirurgie	1 astreinte à Dijon	Site de recours régional		

Dans l'hypothèse d'un regroupement des trois cliniques de la Générale de Santé sur le site de Dijon, une seule astreinte en orthopédie au lieu de deux actuellement sera prise en compte. Dans l'attente, on retient 1 astreinte et ½ astreinte (20h à 0h) en chirurgie orthopédique pour les établissements de la Générale de la Santé.

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

L'articulation ville/hôpital et médico-social en matière de chirurgie est à conforter dans notre vaste région.

Afin de garantir un retour précoce des personnes âgées au domicile ou au substitut de domicile, il conviendra d'inciter les établissements et les professionnels spécialistes en chirurgie à passer des conventions avec les professionnels paramédicaux libéraux par la mise en place de protocoles de soins et de prise en charge de rééducation pour le suivi.

Pour assurer une meilleure fluidité de la filière, les outils informatiques mis à disposition en région devront être utilisés.

### 4.4 Coopérations

Dispositifs De coopérations	Territoire de santé			
	21	58	71	89
GCS ou autres modalités à promouvoir	CHU/CH Semur en Auxois CHU/CH Beaune	CH Nevers/ Polyclinique du Val de Loire	Clinique la Roseraie / CH de Paray le Monial Chalon/Autun/Creusot/ Dracy/Montceau	GCS Sud Yonne  GCS CH Sens/Clinique Paul Picquet