



**Projet Régional de Santé
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
juillet 2018 - juin 2028**

Schéma régional de santé

- SRS -

juillet 2018 - juin 2023

Volume 2 - parties 6 à 7

PREAMBULE.....

Du cadre d'orientation stratégique au schéma régional de santé
Evaluation conjointe des PRS de 1^{ère} génération en Bourgogne-Franche-Comté - Principales réussites et recommandations
La démographie des professionnels de santé : une problématique transversale à l'ensemble de la politique régionale

1 - PREVENIR ET EDUQUER AU PLUS TOT, DYNAMISER LA PROMOTION DE LA SANTE

1.1 *Prévention universelle.....*
 1.2 *Actions de prévention de proximité.....*
 1.3 *Prévention thématique.....*
 1.3.1 *Vaccination*
 1.3.2 *Education thérapeutique du patient.....*
 1.4 *Agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement.....*

2 - ACCOMPAGNER LES PERSONNES FRAGILES DANS LEUR AUTONOMIE ET LE RESPECT DE LEURS DROITS

2.1 *Parcours personnes âgées*
 2.2 *Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous.....*
 2.3 *Parcours précarité vulnérabilité*
 2.4 *Evolution de l'offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs*
 2.4.1 *Personnes âgées et personnes en situation de handicap*
 2.4.2 *Personnes en difficultés spécifiques.....*

3 - SE MOBILISER FORTEMENT SUR LA SANTE MENTALE.....

3.1 *Parcours santé mentale et psychiatrie*
 3.2 *Sectorisation et autorisations de psychiatrie.....*

4 - FLUIDIFIER LES PARCOURS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS.....

4.1 *Parcours cancer*
 4.2 *Parcours diabète.....*
 4.3 *Parcours maladies cardio-vasculaires*
 4.4 *Parcours neurologie.....*
 4.4.1 *Volet AVC traumatismes crâniens et médullaires.....*
 4.4.2 *Volet PMND*
 4.5 *Parcours nutrition santé*
 4.6 *Parcours maternité-parentalité.....*
 4.7 *Parcours développement de l'enfant.....*
 4.8 *Parcours adolescents et jeunes adultes.....*
 4.9 *Parcours addictions*

5 - FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE SANTE POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS

5.1	Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue.....	
5.1.1	La démographie des professionnels de santé : éléments de diagnostic.....	
5.1.2	Assurer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.....	
5.1.3	Adapter l'offre de formation à l'évolution des besoins de santé de la population.....	
5.1.4	Accompagner les établissements dans la conduite du changement liée à la transformation du système de santé.....	
5.2	Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents.....	
5.2.1	Plan d'action régional sur les urgences - PARU.....	
5.2.2	Permanence des soins en établissement de sante - PDSES.....	
5.3	Améliorer l'efficience du système de sante.....	
5.3.1	Efficience et performance du système de santé.....	
5.3.2	Coopérations hospitalières.....	
5.4	Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins.....	
5.4.1	Qualité, sécurité et pertinence des soins.....	
5.4.2	Politique régionale du médicament et des produits de santé (PRM).....	
5.4.3	Prévention et traitement des risques sanitaires.....	
5.4.4	Inspection-Contrôle.....	
5.5	Développer la e-santé.....	
5.5.1	Approche générale de la e-santé.....	
5.5.2	Focus eTICSS.....	

6 - PLANIFIER LES ACTIVITES DE SOINS..... 337

6.1	Politique régionale de l'organisation des activités de soins.....	338
6.1.1	Biologie médicale.....	339
6.1.2	Soins palliatifs.....	347
6.1.3	Médecine.....	360
6.1.4	Hospitalisation à domicile.....	371
6.1.5	Chirurgie.....	378
6.1.6	Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.....	393
6.1.7	Médecine d'urgence.....	403
6.1.8	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.....	417
6.1.9	Traitement du cancer.....	429
6.1.10	Réanimation, soins intensifs et surveillance continue.....	436
6.1.11	Assistance médicale à la procréation.....	451
6.1.12	Diagnostic prénatal.....	461
6.1.13	Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.....	470
6.1.14	Imagerie médicale.....	478
6.1.15	Traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	488
6.1.16	Soins de suite et de réadaptation.....	499
6.1.17	Soins de longue durée.....	512
6.1.18	Psychiatrie.....	521

6.2	Activités de soins soumises à autorisation par zone de planification sanitaire	526
6.2.1	Zonage de planification sanitaire.....	527
6.2.2	Zone Côte-d'Or.....	530
6.2.3	Zone Haute-Saône	534
6.2.4	Zone Nord Franche-Comté	538
6.2.5	Zone Centre Franche-Comté.....	542
6.2.6	Zone Jura.....	546
6.2.7	Zone Bourgogne Méridionale	550
6.2.8	Zone Saône-et-Loire – Bresse - Morvan	554
6.2.9	Zone Nièvre.....	558
6.2.10	Zone Sud Yonne - Haut Nivernais	562
6.2.11	Zone Nord Yonne	566

7- ANIMER, DECLINER ET EVALUER LE PRS 570

7.1	Territorialisation	571
7.2	Priorités par territoires de démocratie en santé.....	581
7.2.1	CTS Côte-d'Or.....	582
7.2.2	CTS Doubs	585
7.2.3	CTS Jura	592
7.2.4	CTS Nièvre.....	596
7.2.5	CTS Haute-Saône.....	602
7.2.6	CTS Saône-et-Loire.....	608
7.2.7	CTS Yonne	611
7.2.8	CTS Pôle métropolitain Nord Franche-Comté	615
7.3	Coopération et contractualisation.....	623
7.4	Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie en sante	626
7.5	Observation des données de santé et évaluations du PRS	630
7.5.1	Observation des données de santé	630
7.5.2	Evaluations du PRS.....	633

ANNEXE : ASPECTS FINANCIERS	638
-----------------------------------	-----

6 - PLANIFIER LES ACTIVITES DE SOINS

6.1 POLITIQUE RÉGIONALE DE L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS DE SOINS

6.1.1 Biologie médicale

6.1.1.1 Contexte et problématique

Suite à la réforme territoriale, la région Bourgogne-Franche-Comté a hérité au 1^{er} janvier 2016 de situations très différentes en termes de territoires de santé ce qui se traduit par une différence de taille des laboratoires de biologie médicale (LBM) bourguignons (4,7 sites/LBM) et francs-comtois (8,3 sites/LBM).

L'introduction de la notion de zonage propre à la biologie est l'occasion de réduire l'hétérogénéité entre les deux ex-régions, avec la nécessité de 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.

Le maillage actuel des sites de LBM en BFC est satisfaisant et doit être préservé. Un facteur de fragilité est observé essentiellement dans le secteur libéral pour le remplacement des départs en retraite des biologistes, l'exercice en zone peu peuplée et les contraintes qui y sont liées n'étant pas des facteurs attractifs.

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, doivent être maintenues.

La constitution de GHT par ailleurs impose une organisation en commun de l'activité de biologie, laquelle doit être décrite dans leurs projets médicaux partagés. Selon les cas de figure, ces travaux de réorganisation de la biologie hospitalière sont susceptibles d'introduire un changement de la répartition des activités entre la biologie publique et libérale. Un nouvel équilibre public/privé est à trouver.

A noter que la démarche d'accréditation est généralisée dans tous les laboratoires de la région Bourgogne – Franche-Comté. La dernière étape de l'accréditation concernant 100% de l'activité des laboratoires interviendra en 2020.

6.1.1.2 Objectifs généraux

L'organisation de l'offre en biologie médicale doit répondre aux besoins de la population autant en termes d'accessibilité qu'en délai de rendu des résultats, dans des conditions permettant de garantir la qualité des examens. Les 5 objectifs généraux ci-après n'ont pas vocation à être priorisés entre eux eu égard à leur nature intrinsèque.

**Objectif général n°1 : résorber l'hétérogénéité territoriale**

Le territoire de santé recouvrant l'ex-Franche-Comté, avec les départements 25, 39, 70 et 90, regroupe une population de 1 179 239 habitants avec des laboratoires de biologie médicale qui ont une taille moyenne de 8,3 sites, laquelle est supérieure à la moyenne nationale (6,2 sites par laboratoire).

Tandis que pour l'ex-Bourgogne, le découpage des territoires de santé par département conduit à ce que les laboratoires soient de taille moyenne (4,7 sites / laboratoire) inférieure à la moyenne nationale. Le plus petit territoire de santé, celui de la Nièvre, a ainsi une population de 211 920 habitants, soit environ 6 fois moins que le territoire de santé de l'ex-Franche-Comté.

L'objectif du zonage biologie est notamment de définir des zones permettant :

- de réduire l'actuelle hétérogénéité des 5 territoires de santé de la région Bourgogne-Franche-Comté vis-à-vis des règles d'implantation des laboratoires imposées par le code de la santé publique (dont l'une d'entre elle est l'interdiction d'implantation d'un laboratoire sur plus de 3 territoires de santé)
- d'avoir des zones d'une taille suffisante, mais pas trop grande, pour pouvoir répondre aux exigences de l'article R.1434-31 du code de la santé publique (absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, accessibilité géographique et rendu des résultats des examens dans les délais compatibles avec l'urgence ou les besoins).

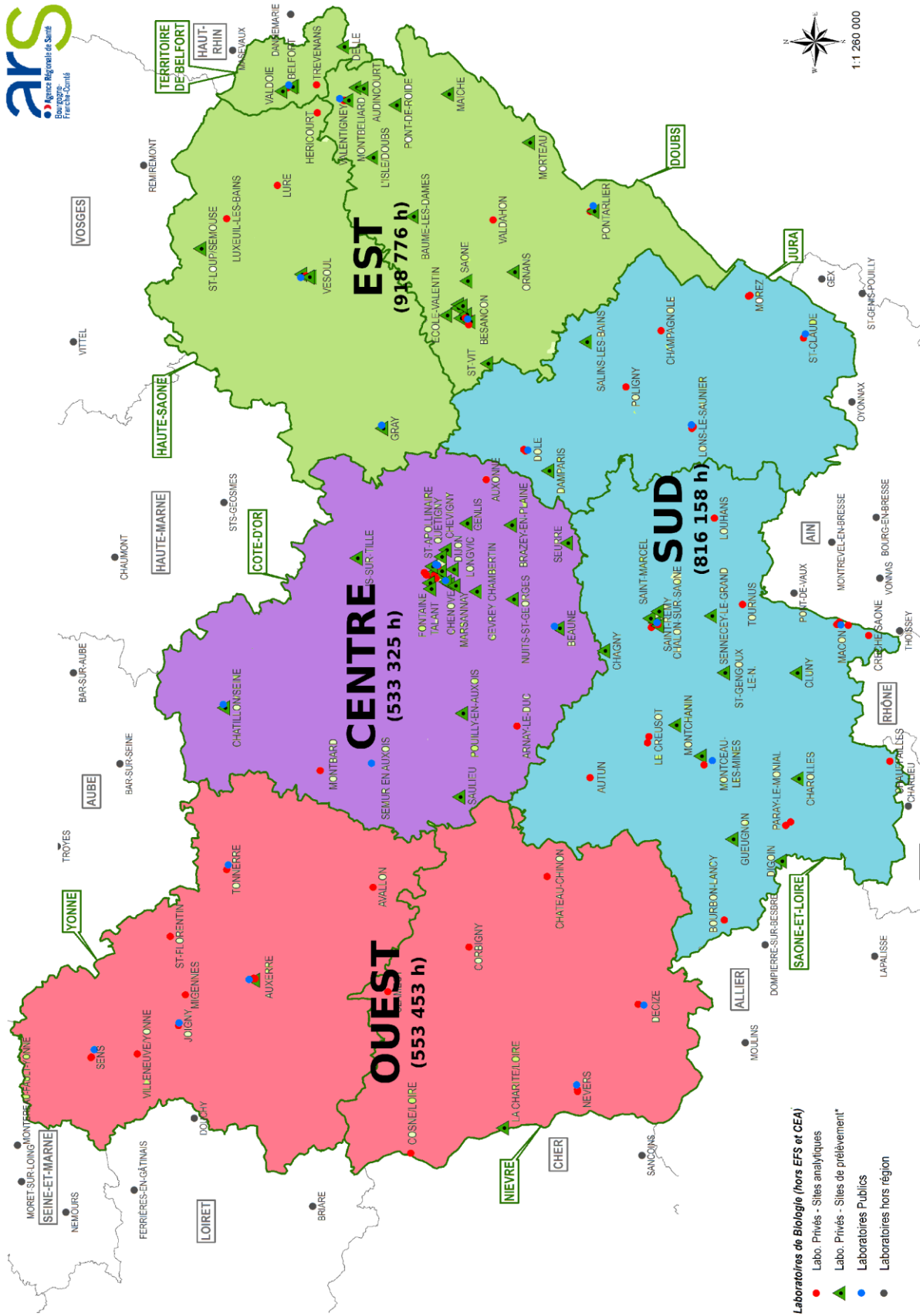
Exemple d'action (liste non exhaustive) :

- Définition d'un zonage biologie équilibré sur l'ensemble de la région (cf. carte ci-dessous)
- Elaboration et diffusion aux biologistes d'une synthèse régionale annuelle de l'évolution de la situation des laboratoires de la région, leur permettant de connaître leurs possibilités de restructuration dans le cadre des règles prudentielles

Résultats attendus :

- Définir le cadre d'application des règles prudentielles (L6222-3, L6222-5 et L6223-4 du CSP).
- Préserver la diversité et la continuité de l'offre en évitant la constitution de positions dominantes

Cf carte du découpage régional en 4 zones (arrêté ARS BFC du 02/04/2018)



**Objectif général n°2 : accessibilité géographique aux sites de laboratoire**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Adaptation de l'offre de biologie aux besoins de la population

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition des besoins de la population par zone en nombre d'examens par habitant et par an
- Application de la règle prudentielle (L6222-2) pour éviter l'installation de site de laboratoire dans des secteurs surdotés

Résultats attendus :

- Régulation de la création de sites de laboratoire pour éviter des créations inutiles à la satisfaction des besoins de la population. Cet élément deviendra indispensable lors de la suppression du régime des autorisations qui sera remplacé, notamment à partir de 2020, par un régime de déclaration pour les laboratoires accrédités à 100 %

Les besoins de la population de la région sont définis pour les années 2018-2022 comme suit :

Zones biologie	Besoin de la population (nombre d'examens de biologie médicale par habitant et par an)	
	besoin	seuil d'intervention de l'ARS (besoin + 25 %)
Ouest (58, 89)	15	18,75
Centre (21)	18	22,5
Sud (39, 71)	15	18,75
Est (25, 70, 90)	18	22,5

- Préserver un temps d'accès acceptable de la population à un site de laboratoire

Exemple d'actions :

- Cohérence de l'organisation en commun de la biologie au sein des GHT avec les projets de ré-internalisation de la biologie initialement assurée par le secteur libéral, afin de garantir la pérennité d'une alternative de proximité pour les patients en ambulatoire
- Suivi des temps d'accès avec publication d'une cartographie des secteurs dans lesquels la population se trouve à plus de 30 minutes du site du laboratoire le plus proche

Résultats attendus :

- Préserver un accès à un site de laboratoire en moins de 30 mn par le maintien d'un maillage adapté
- Tous les sites de rupture de charge et de stockage pour les prélèvements biologiques bénéficient d'une maîtrise objectivable de la phase pré-analytique



Objectif général n°3 : rendu des résultats biologiques dans des délais compatibles avec l'urgence ou les besoins

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification dans le manuel de prélèvements de chaque laboratoire des examens réputés urgents, en accord avec les prescripteurs habituels avec indication du délai maximum de communication du résultat (cf. Article L.6211-8-1 du CSP)
- Organisation permettant de répondre à l'urgence et aux besoins des prescripteurs par chaque laboratoire (cf. Article L.6211-8-1 du CSP)
- Maintenir l'accès en permanence à une biologie d'urgence, y compris dans le cadre de l'organisation en commun de la biologie au sein des GHT pour tous les établissements de santé disposant d'un service de médecine d'urgence (article D.6124-24 du CSP)

Résultats attendus :

- Obtention par les prescripteurs des résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'urgence et leurs besoins



Objectif général n°4 : organisation en commun de la biologie hospitalière au sein des GHT

La réglementation permet aux laboratoires (hospitaliers et libéraux) de s'étendre sur 3 zones limitrophes.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Tous les projets médicaux partagés relatifs à la biologie doivent mettre en œuvre une biologie hospitalière de territoire, par une organisation en commun au sein de chaque GHT avant la date d'échéance du SRS 2 (établi pour 5 ans)
- Accompagnement des GHT dans leurs besoins de réorganisation de la biologie hospitalière territoriale

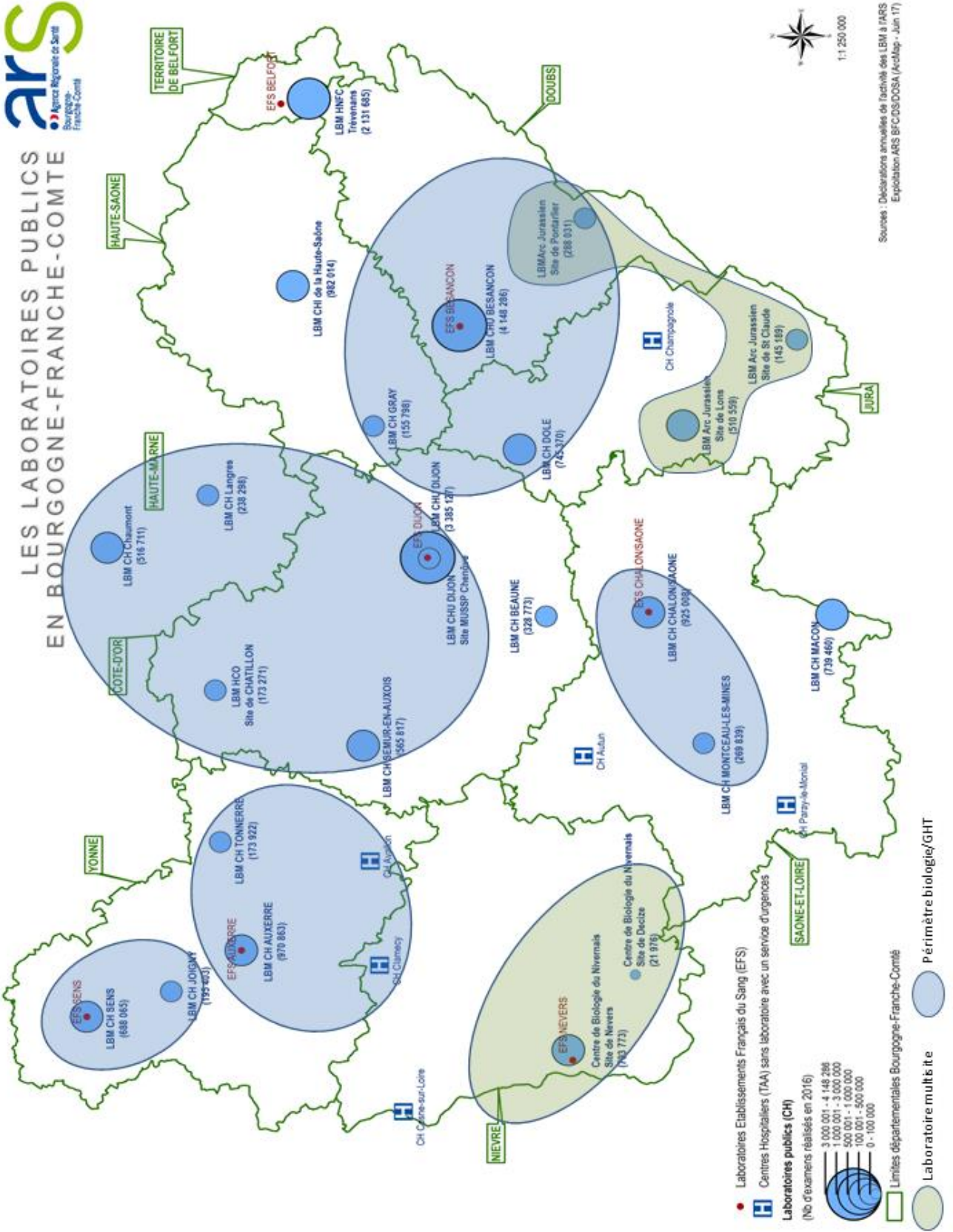
Résultats attendus :

- Les établissements membres des GHT ayant une activité chirurgicale, obstétricale et de médecine d'urgence doivent continuer à disposer en permanence d'une biologie de proximité (article D.6124-24 du CSP)
- Les LBM des établissements membres des GHT ayant une activité de moins de 300 000 examens/an doivent se regrouper avec un LBM plus important de leur GHT, voire fermer. Une activité de laboratoire peut persister sur ces sites pour répondre aux besoins de l'urgence. Cette activité peut éventuellement être complétée avec certains paramètres de biologie plus spécialisée

Cf. Carte de la situation en 2017 des coopérations en biologie hospitalière avec activité de 2016 des sites, en nombre d'examens



LES LABORATOIRES PUBLICS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Source : Déclaration annuelle de l'activité des LBM à l'ARS
Exploitation ARS BFC/DOS/DOSA (ArcMap - Juin 17)



Objectif général n°5 : Garantir le renouvellement des effectifs de biologistes

Les actions à conduire dépassent largement l'échelle régionale, le renouvellement des biologistes étant un sujet d'inquiétude de la profession au niveau national suite à la profonde réforme de la discipline débutée en 2010. Au niveau régional, les laboratoires essentiellement libéraux éprouvent d'importantes difficultés pour remplacer le départ de leurs confrères.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Promotion de la biologie médicale et son potentiel d'innovations (en génétique notamment) auprès des étudiants en médecine et en pharmacie avant l'internat
- Incitation des représentants hospitaliers et libéraux des biologistes à développer des actions d'information sur les besoins et l'intérêt de la biologie médicale
- Remontée à l'échelle nationale des besoins régionaux en nombre de postes d'internes pour assurer le renouvellement des biologistes
- Etude de la possibilité d'ouvrir la réalisation de stages d'internat en laboratoire libéral

Résultat attendu :

- Nombre de postes d'internes en biologie médicale offert dans la région couvrant les besoins de renouvellement (estimés à 14 par an)

6.1.1.3 Indicateurs

- Mesure de la consommation annuelle par zone des actes de biologie médicale par habitant et par an
- Regroupement ou fermeture des laboratoires hospitaliers indépendants réalisant moins de 300 000 examens par an

6.1.1.4 Articulation

- Ordonnance relative à la biologie médicale (2010)
- GHT
- Activités de soins : urgences, chirurgie...
- ORSAN (recensement des capacités analytiques de la région en cas de crise sanitaire)
-

6.1.1.5 Transversalité

- Partie 5 : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins
- Partie 6 : Planifier les activités de soins en particulier fiches 6.1.7 : Médecine d'urgence, 6.1.11 : Assistance médicale à la procréation (AMP), 6.1.12 : Diagnostic prénatal (DPN), 6.1.13 : Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

6.1.2 Soins palliatifs

6.1.2.1 Contexte et problématique

➤ Au plan national

Le rapport IGAS : « les soins palliatifs et la fin de vie au domicile » de janvier 2017 révèle :

- 60 % des situations de fin de vie pour les personnes de plus de 18 ans nécessitent un accompagnement palliatif ;
- risque d'absence ou d'insuffisance de soins palliatifs pour 75 % des personnes le nécessitant ;
- une capacité d'accueil en Lits identifiés de soins palliatifs utilisée seulement à hauteur de 50 % et une effectivité de certaines prises en charge critiquée.

➤ Au plan régional

La région BFC résulte de la fusion de deux régions ayant eu des politiques différentes en matière de soins palliatifs, dont des structurations différentes en matière d'unités de soins palliatifs (USP) et de lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

- 161 LISP en Bourgogne et 63 en Franche-Comté ;
- 4 USP autorisées en Bourgogne et 2 en Franche-Comté.

Les données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) 2015 montrent en BFC :

- 408 séjours de soins palliatifs en lits indifférenciés ;
- 2020 séjours en LISP ;
- 737 séjours en USP.

L'expertise en soins palliatifs est assurée par les USP, les EMSP et les ERRSPP (Équipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques).

La prise en charge de premier recours est assurée par la médecine de proximité.

Les structures de soins palliatifs en Bourgogne-Franche-Comté sont les suivantes :

- **Unités de Soins Palliatifs (6 USP mises en œuvre)** : CHU Besançon, CHU Dijon, CH Belfort Montbéliard, CH Nevers, CH Macon, CH Sens.

Les unités de soins palliatifs assurent, avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), l'expertise en soins palliatifs.

Elles sont un élément actif du dispositif de soins palliatifs. Elles sont les structures de référence et de recours, pour les EMSP, les établissements disposant de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) et les équipes de soins palliatifs. Elles ont un rôle d'expert dans l'évaluation pour les soins palliatifs et l'accompagnement. Elles participent au débat public sur les questions de fin de vie.

Les USP contribuent à la permanence des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les malades hospitalisés et les proches, y compris dans le domaine du conseil et du soutien aux professionnels.

Le PRS permet de compléter le maillage de la Bourgogne-Franche-Comté par l'autorisation de 2 USP supplémentaires.

- **Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** (23 dont 2 équipes régionales ressources en soins palliatifs pédiatriques) :

Etablissements : CH Auxerre, CH Beaune, CH Belfort Montbéliard, CHU Besançon, CH Chalon sur Saône, CHI Haute Côte d'Or, CHU Dijon, CH Dôle, CH Gray, CH Joigny, CH Lons le Saunier-CH Champagnole-CH Saint Claude, CH Macon, CH Montceau les Mines, CH Nevers, Emeraude 58, Opale 89, CH Paray le Monial, CH Pontarlier, CH Sens, CH Tonnerre, CH Vesoul

ERRSPP : CHU Dijon et CHU Besançon

La Bourgogne-Franche-Comté est encore insuffisamment couverte en offre de soins palliatifs ; certaines zones ne sont pas couvertes par une équipe mobile de soins palliatifs (en Côte d'Or, Saône et Loire, Yonne). L'accès à une prise en charge palliative reste à parfaire pour les patients à domicile : parmi les 21 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) adultes, environ 1/3 des équipes est uniquement intra hospitalière, 1/3 intervient modérément au domicile et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 1/3 a une activité intra et extrahospitalière importante.

La région BFC vient d'adopter un nouveau découpage fonctionnel par la mise en œuvre des GHT ; la mise en œuvre de l'offre de soins palliatifs s'inscrit maintenant dans ce nouveau cadre territorial.

Le principe retenu est de conforter les EMSP afin de leur permettre de couvrir les zones « blanches ». De même dans le cadre de la mise en place des GHT, la mise en place d'EMSP de GHT est retenue, notamment sur les territoires où il n'y a que peu d'équipes et où la surface à couvrir permet ce regroupement (dont : Nord Yonne, Sud Yonne, Nord Saône et Loire, Sud Saône et Loire, Jura Sud).

- **Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)** (voir carte ci-dessous)

52 établissements publics et privés disposent d'une reconnaissance de LISP pour un volume total de 224 LISP.

Des établissements disposant de reconnaissances de LISP, n'utilisent pas (6 établissements) ou très peu leurs LISP.

L'ARS est régulièrement sollicitée sur de nouvelles demandes de reconnaissance de LISP. Au plan régional hormis pour des aspects quantitatifs l'ARS manque d'éléments qualitatifs sur l'activité réellement conduite sur ces LISP et l'adéquation de cette activité avec les recommandations de la circulaire du 25 mars 2008.

Le principe retenu est de conduire un projet de recherche concernant le fonctionnement et l'activité de ces LISP. Sur la base des conclusions de ce projet de recherche, le dispositif régional LISP pourra être réorganisé.

Dans l'attente, le nombre régional de LISP reste inchangé à 224. Toutefois des rééquilibrages peuvent intervenir à l'intérieur de ce volume global.

➤ Axes de développement

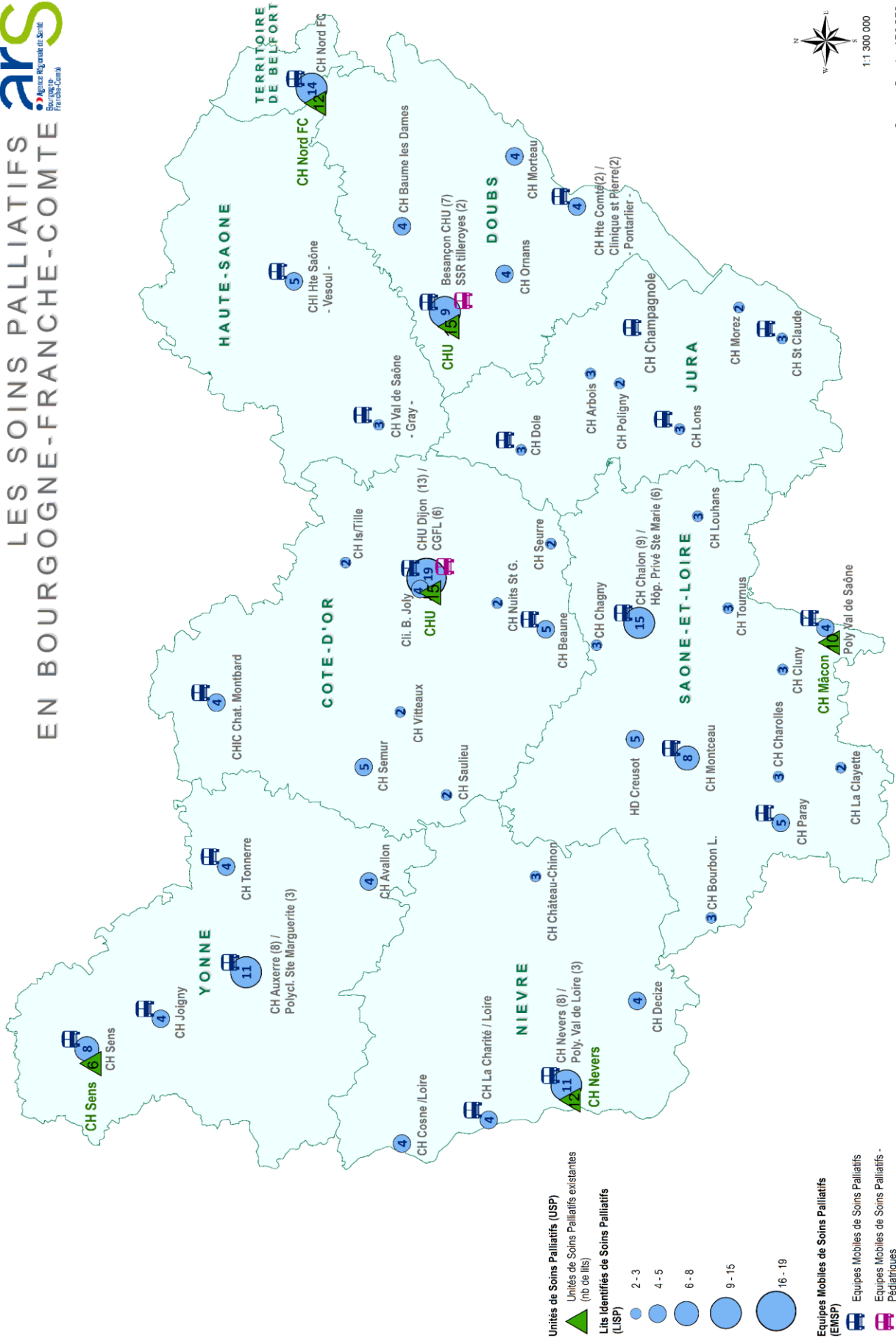
L'augmentation du nombre de patients chroniques âgés et en situation de handicap entraîne une augmentation des besoins de prise en charge palliative.

La fusion des deux régions Bourgogne et Franche-Comté nécessite, à partir des politiques régionales précédentes, d'élaborer une politique régionale commune de soins palliatifs.

Le « Plan national 2015-2018 soins palliatifs et accompagnement en fin de vie », publié en décembre 2015 et la loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie (Léonetti-Clayes) sont à décliner au plan régional.

Le volet soins palliatifs du SRS s'inscrit, via les objectifs généraux et opérationnels ci-dessous, dans les axes de développement de ces deux textes.

LES SOINS PALLIATIFS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Sources : Données ARS BFC
 DS/DOSA - ArcView (Janv.18)

6.1.2.2 Objectifs généraux

6.1.2.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : permettre aux patients de BFC de disposer d'un accès à une prise en charge palliative en tous points du territoire BFC

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Conforter les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Renforcement des effectifs des EMSP à hauteur des recommandations de la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Couverture des zones blanches (cf. : action 12-1 du plan national soins palliatifs 2015-2018) en assurant et optimisant le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs pour les professionnels de 1^{ère} ligne au niveau des GHT, des structures médicosociales et du domicile

Résultats attendus :

- Accès de tous les patients en quelque point de la région à une prise en charge palliative
- Permettre aux EMSP d'assurer leurs missions d'expertise et de formation en intra et extrahospitalier, dont au domicile et en EHPAD

- Réorganiser le dispositif de lits identifiés de soins palliatifs sur la base des conclusions d'un Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre d'un programme de recherche sur la performance du Système de soins (PREPS) adapté à la problématique des LISP dès 2018
- Mise en œuvre d'une procédure régionale de révision du dispositif régional LISP (comité régional d'animation des soins palliatifs – CRASP- sollicité pour proposer une méthodologie de révision suite aux conclusions du PREPS)

Résultats attendus :

- Adaptation du dispositif régional de LISP en fonction des besoins des patients en fin de vie

➤ Conforter le maillage de la Bourgogne-Franche-Comté en Unités de Soins palliatifs (USP)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Prise en charge palliative adaptée des patients en situation complexe
- Sollicitation du comité régional d'animation des soins palliatifs (CRASP) pour production d'une méthodologie d'augmentation des USP
- Soutien des USP dans leurs activités de formation et de recherche, avec un effort particulier pour les USP de Bourgogne où la recherche est peu développée

Résultats attendus :

- Possibilité de mise en œuvre de 2 USP : Sud Yonne et Nord Saône et Loire
- Mise en conformité des USP avec les recommandations (capacités, effectifs) de la circulaire du 25 mars 2008

➤ Favoriser les expérimentations « innovantes »

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Maintien en lieu de vie des personnes en situation de handicap ou en établissements type EHPAD
- Continuité des soins par la présence d'une infirmière diplômée d'état (IDE) ou d'une aide-soignante (AS) la nuit en EHPAD ou à domicile : mesure 9-action 9-1 du plan de développement
- Intégration du soin complémentaire dans les prises en charge des patients (ex : art-thérapie)

Résultats attendus :

- Soutien des familles, des aidants et des patients dans l'évolution de la maladie
- Soutien à la médecine de premier recours

➤ Décliner au plan régional les dispositions de la loi du 2 février 2016

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Production par le CRASP de critères d'évaluation de la mise en œuvre en BFC des dispositions de la loi du 2 février 2016
- Production par le CRASP d'une méthodologie de mise en œuvre en BFC des recommandations de la loi du 2 février 2016
- Programme de formation des professionnels sur les directives anticipées, la sédation profonde et continue, l'arrêt des traitements déraisonnables, la décision collégiale
- Programme de formation auprès des bénévoles et du grand public
- Soutien de démarches d'évaluation et de réflexion sur les pratiques professionnelles

Résultats attendus :

- Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 2 février 2016
- Accès des patients en fin de vie aux dispositions de la loi du 2 février 2016

**Objectif général n°2 : améliorer la prise en charge palliative à domicile et en EHPAD**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Désignation et formation de référents soins palliatifs dans les EHPAD en tant que relais des EMSP, pour permettre une mise en place précoce de la démarche palliative et éviter les hospitalisations des patients en fin de vie
- Mise en place au niveau des GHT, et en lien avec les USP et les EMSP, d'un soutien aux intervenants de premier recours permettant un avis d'expert 24 h/24

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation et information des acteurs de santé de premier recours pour la prise en charge des situations complexes
- Soutien et préservation du rôle de l'entourage des patients à domicile et facilitation des séjours de répit (mesure 8-action 8-5 du plan de développement)
- Mise en place de procédures soins palliatifs avec les SAMU-Centre 15 et les services d'urgence

Résultats attendus :

- Développement du bénévolat d'accompagnement à domicile
- Complémentarité entre professionnels et bénévoles d'accompagnement
- Soutien de la famille et des aidants
- Maintien des patients au domicile ou en EHPAD et éviter les hospitalisations inutiles

**Objectif général n°3 : conforter la prise en charge des personnes en situation de handicap, de maladies chroniques (cancer, pathologies cardiaques et neurologiques) et en gériatrie**

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Favoriser, dans le cadre de partenariats formalisés par conventions, les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements pour personnes en situation de handicap ou accueillant les patients chroniques, dont atteints du cancer, de pathologies cardiaques et neurologiques...

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Désignation de référents soins palliatifs dans les structures ou services accueillant ces patients : relais des EMSP et permettant une mise en place précoce de la démarche palliative et évitant les hospitalisations de patients en fin de vie
- Mise en place de formations adaptées aux besoins de ces patients pour les personnels de ces structures via les USP et EMSP

Résultats attendus :

- Soutien des personnels de ces structures par le développement de rencontres interdisciplinaires
- Amélioration de la prise en charge palliative des patients



Objectif général n°4 : territorialiser la politique régionale de soins palliatifs au niveau des territoires de GHT

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Conforter l'expertise en soins palliatifs dans chaque territoire de GHT par une complémentarité entre USP et EMSP ou, selon les ressources des GHT, une complémentarité entre GHT

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement d'une filière soins palliatifs dans chaque territoire de GHT permettant le repérage précoce des besoins en soins palliatifs et l'accès à une prise en charge en soins palliatifs pour tous les patients du GHT dont l'état le requiert
- Sollicitation du CRASP pour proposition d'un canevas de filière soins palliatifs, adaptable en fonction des ressources de chaque GHT
- Complémentarité entre les différents dispositifs soins palliatifs permettant d'assurer une prise en charge graduée selon la complexité de la situation : USP, EMSP, Equipes Ressources Régionales Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP), LISP

Résultats attendus :

- Conforter la démarche de formation pour les établissements sanitaires et médico sociaux des GHT à destination des personnels concernés par la prise en charge palliative
- Formalisation des liens entre équipes de soins palliatifs et les plateformes territoriales d'appui (PTA)
- Formalisation et optimisation des liens de partenariat entre les EMSP et les services d'hospitalisation à domicile (HAD)

- Mise en place d'équipes mobiles de soins palliatifs de GHT intra et extrahospitalières

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réorganisation du dispositif d'EMSP en créant des EMSP de GHT, notamment sur les territoires où il n'y a que peu d'équipes et où la surface à couvrir permet ce regroupement
- Optimisation du partenariat et des possibilités d'intervention des EMSP dans les EHPAD

Résultats attendus :

- Equipes mobiles de soins palliatifs de territoires de GHT à minima sur les territoires de GHT : Nord Yonne, Sud Yonne, Nord Saône et Loire, Sud Saône et Loire, Jura Sud
- Désignation et formation de référents médicaux et paramédicaux – interlocuteurs des EMSP- dans les services ou pôles lieux d’implantation de LISP (circulaire 25/03/2008)

**Objectif général n°5 : mettre en place une dynamique régionale de soins palliatifs**

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Conforter le comité régional d’animation des soins palliatifs (CRASP) dans sa fonction de structure de conseil et de proposition auprès de l’ARS de BFC

Exemples d’actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place, en complémentarité avec le CRASP, d’une « coordination régionale soins palliatifs » de BFC apportant une aide technique aux équipes de soins palliatifs de la région et aidant à la mise en place de la politique de soins palliatifs de l’ARS et des recommandations du CRASP
- Organisation de démarche(s) d’audits/formations pour les équipes de soins palliatifs USP et EMSP de BFC (cf : action 12-1 du plan national soins palliatifs 2015-2018)
- Rédaction et diffusion d’outils communs (sollicitation du CRASP pour proposition d’outils communs
- Définition dans le cadre du CRASP d’un programme de formations adaptées à destination des professionnels des soins palliatifs (référents LISP, EMSP...) et bénévoles.

Résultats attendus :

- Proposition de fiches d’inclusion en USP, en LISP, rapports d’activité, outils de traçabilité des prises en charge des patients en situation palliative
- Programme de formation soins palliatifs de Bourgogne-Franche-Comté
- Organisation régulière de journées régionales de soins palliatifs
- Signature de contrats de bonnes pratiques en soins palliatifs entre l’ARS et les établissements disposant d’une reconnaissance de LISP

- Mettre en place un pôle régional universitaire par complémentarité entre les CHU de Besançon et de Dijon, les 2 UFR, les équipes de recherche existantes et sur le maillage territorial d’EMSP et d’USP

Exemples d’actions (liste non exhaustive) :

- Organisation d’un niveau régional de recherche et de formation par cette même complémentarité

Résultats attendus :

- Intégration du concept de médecine palliative via les EMSP et les USP afin de permettre son essor dans les pratiques médicales dans tous les champs de la médecine.
- Développement de la participation des équipes à des projets de recherche
- Maintien et progression du niveau de compétence des équipes
- Développement d'un niveau régional d'expertise en soins palliatifs

➤ Développer l'alternative à l'hospitalisation complète

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de l'accueil en hospitalisation de jour de patients en situation palliative
- Mise en place de structures de répit

Résultats attendus :

- Soutien aux familles et aux aidants
- Permettre par ces prises en charge alternatives un maintien des patients à leur domicile
- Eviter les hospitalisations inutiles

➤ Développer le recours aux nouvelles technologies

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la télémédecine, de la domotique dans l'offre de soins palliatifs
- Mise en place d'un site internet d'information à destination des professionnels et du grand public

Résultats attendus :

- Modernisation et facilitation des pratiques
- Faciliter pour les équipes de soins palliatifs leur portage, ou participation, de démarches de formation et de recherche

➤ Mobiliser les équipes de soins palliatifs de BFC pour la mise en place d'un dispositif d'accueil et de formation aux soins palliatifs des étudiants en médecine et d'IFSI

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Proposition par le CRASP d'un dispositif de formation, en lien avec les équipes de soins palliatifs, répondant aux dispositions de l'axe 2 du Plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs

Résultats attendus :

- Renforcement des enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels
- Faire travailler ensemble les professionnels des soins palliatifs
- Favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs

6.1.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Unités de soins palliatifs :
 - o mise en œuvre de 2 USP supplémentaires en BFC, en zone Sud Yonne - Haut Nivernais et Saône-et-Loire -Bresse – Morvan ;
 - o mise en place de complémentarités formalisées et juridiquement adaptées entre les établissements disposant de reconnaissance de LISP et les USP déjà autorisées pour l'organisation d'une réponse de proximité.
- Equipes mobiles des soins palliatifs :
 - o maintien des 2 équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ;
 - o évolution de l'activité EMSP du réseau Opale 89 en EMSP extra hospitalière ;
 - o mise en place d'au moins 4 EMSP de GHT : Evolution de 21 à 17 EMSP.
- Lits identifiés de soins palliatifs :
 - o 215 à 230 LISP (cf. Objectif général n°1).

6.1.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone										Nord Yonne	
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais			
Nombre d'implantations autorisées (1)	Unités soins palliatifs	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1
	équipes mobiles soins palliatifs	3	1	1	4	1	2	2	2	2	1 EMSP départementale	2
	ERRSPP	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	lits identifiés soins palliatifs	47	5	14	26	13	23	34	19	26	19	12
	Unités soins palliatifs	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	équipes mobiles soins palliatifs	3	1	1	4	1	1*	1*	1*	2	1*	1*
ERRSPP	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
lits identifiés soins palliatifs	215 à 230											
Ecart (2) - (1)	unités de soins palliatifs	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	équipes mobiles soins palliatifs	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0	-1	-1
	ERRSPP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lits identifiés soins palliatifs	" -4 à +11 "											

* : Par fusion des EMSP existantes

6.1.2.3 Indicateurs

Par zones d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs :

- Nombre d'établissements médico-sociaux disposant d'au moins 1 référent soins palliatifs formé et en lien avec au moins une EMSP
- Taux d'évolution des prises en charge des patients à domicile par une EMSP
- Taux d'évolution des demandes de prise en charge en soins palliatifs par les professionnels de premier recours

6.1.2.4 Articulation

- Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en vie
- Les fédérations hospitalières : fédération hospitalière de France (FHF), fédération hospitalière privée (FHP), fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- les Plateformes territoriales d'appui
- Les structures d'hospitalisation à domicile
- La médecine de premier recours,
- Les unions régionales de professionnels de santé (URPS)
- Les associations de bénévoles d'accompagnement
- Structures médico-sociales...

6.1.2.5 Transversalité

- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits, notamment :
 - Fiche 2.1 : Parcours personnes âgées
 - Fiche 2.2 : Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers, notamment :
 - Fiche 4.1 : Parcours Cancer
 - Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardiovasculaires
 - Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Partie 5 : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins, notamment :
 - Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
 - Fiche 5.3 : Améliorer l'efficacité du système de santé
 - Fiche 5.4 : Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins

6.1.3 Médecine

6.1.3.1 Contexte et problématique

Périmètre

La thématique porte sur l'activité de soins de médecine au sens de discipline. Elle concerne l'ensemble de la population âgée de plus de 28 jours.

Certaines activités feront l'objet de fiches spécifiques : hospitalisation à domicile (HAD), soins palliatifs, traitement du cancer, traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Offre de soins - Etablissements de santé disposant d'une autorisation de médecine

Au 1^{er} janvier 2017, l'activité de médecine (hors HAD) est exercée dans 52 établissements de santé publics et privés dans la partie Bourgogne et 22 dans la partie Franche-Comté.

- Taux d'équipement

Les établissements offrent une capacité installée au 1^{er} janvier 2016 de 5968 lits d'hospitalisation complète et de 630 places d'hospitalisation de jour (source Statiss Bourgogne-Franche-Comté 2016).

Médecine : lits et places installées	Bourgogne	Franche-Comté	Bourgogne Franche-Comté	France Métropolitaine
Capacité lits Hospitalisation complète (HC)	3 742	2 226	5 968	120 009
Capacité places Hospitalisation de Jour (HDJ)	336	294	630	12 549
Taux équipement lits HC / 1000 hab	2,28	1,89	2,12	1,88
Taux d'équipement places HDJ / 1000 hab	0,20	0,25	0,22	0,20

Au sein de la nouvelle région, la Bourgogne se caractérise par un taux d'équipement en médecine (hors HAD), de 2,48 lits et places installés pour 1000 habitants, et un taux de 2,14 lits et places installés en Franche-Comté, soit un taux régional de 2,34 lits et places supérieur à la moyenne nationale (2,07).

Les taux d'équipement de lits d'hospitalisation complète sont hétérogènes selon les départements : 1,61 lits pour 1000 habitants en Haute-Saône jusqu'à 2,88 lits pour 1000 habitants en Côte d'Or.

Seize établissements disposent d'une capacité inférieure à 15 lits de médecine en hospitalisation complète et cinq établissements une capacité comprise entre 16 et 20 lits.

- Activité (source Scan Santé) :

Taux de recours (Nombre séjours consommés par les habitants de la région quel que soit le lieu de soins / 1000 hab)

Taux standardisés	2014	2015
Bourgogne	153,90	156,05
Franche Comté	144,71	151,68
Bourgogne-Franche-Comté	150,23	154,33
France	154,47	156,20

Production / Consommation de séjours de médecine

Année 2015	Bourgogne	Franche Comté	Bourgogne- Franche Comté
Séjours produits par les établissements	267 507	173 212	440 719
Dont patients venant d'autres régions	24 111	6 692	23 960
Taux attractivité	9,0 %	3,9 %	5,4 %

Année 2015	Bourgogne	Franche Comté	Bourgogne- Franche Comté
Séjours consommés par les patients de la région	276 158	180 922	457 080
Dont consommés dans d'autres régions	32 762	14 402	40 321
Taux de fuite *	11,9 %	8,0 %	8,8 %

*Le taux de fuite pour chaque ex région prend en compte également les séjours réalisés au sein de la nouvelle région, alors que pour la nouvelle région Bourgogne Franche Comté, seuls les séjours réalisés en dehors de celle-ci sont comptabilisés.

6.1.3.2 Principes généraux d'organisation

6.1.3.2.1 Objectifs

Objectifs communs à la discipline médecine



Objectif général n°1 : organiser une offre de santé coordonnée, centrée autour de l'utilisateur et en garantir l'égal accès pour tous

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Assurer la coordination des acteurs (de la prévention, du soin et du médico-social) pour des parcours efficaces intégrant la gradation des soins et la complémentarité entre acteurs.

L'identification de parcours et/ou de filières de soins, sur un territoire donné, permet d'associer l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et d'orienter la personne, selon ses besoins, vers une prise en charge de proximité ou l'accès à un plateau technique spécialisé.

Cette ambition sera portée par les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en concertation avec les acteurs du secteur privé qui pourront définir les outils de coordination adéquats (conventions, fédérations inter hospitalières, réseaux de soins ou de santé...).

- Permettre un accès aux soins de médecine en établissement de santé, selon une offre graduée (niveau de proximité, plateau technique de recours infrarégional, plateau technique régional) et complémentaire.
- Innover en matière d'organisation pour améliorer la coordination, la circulation de l'information et in fine la qualité de la prise en charge.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre de nouveaux modes d'exercice: plateformes territoriales d'appui, équipes de spécialistes médicaux et paramédicaux territoriales ou régionales, consultations avancées, équipes mobiles hors les murs...
- Déploiement des nouvelles technologies de l'information et de la communication : télémédecine, dossier médical partagé, plateforme de coordination territoire de soins numérique eTICSS (e Territoire Innovant Coordonné Santé Social)...

Résultats attendus :

- Développement des coopérations sur un territoire donné entre la ville et les services de médecine des établissements de santé publics et privés
- Structuration d'une offre graduée et complémentaire en médecine par territoire et pour l'ensemble de la région.
- Développement de la télémédecine et de la plateforme eTICSS entre les différents niveaux de gradation en médecine



Objectif général n°2 : faire progresser l'efficacité et la qualité du système de soins en médecine

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Mieux organiser l'accompagnement des personnes

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Investissement dans les actions de prévention et promotion de la santé
- Proposition de parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques en adaptant leur organisation (alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, équipe mobile...)
- Prise en compte des vulnérabilités (garantie de qualité de prise en charge pour tous) en renforçant les dispositifs existants, notamment les permanences d'accès aux soins (PASS) et en les inscrivant totalement dans l'offre de soins
- Mobilisation des patients autour d'actions visant à les impliquer dans leur prise en charge notamment pour les maladies chroniques par l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Renforcement du lien avec la ville, le soin de suite et de réadaptation (SSR) et le secteur médico-social par des dispositifs permettant de mieux coordonner les sorties d'hospitalisation
- Meilleure accessibilité aux soins et une prise en charge adaptée des personnes en situation de handicap

- Faire évoluer la prise en charge et développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Favoriser le passage de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle ou à l'Hospitalisation à domicile (HAD) ou le passage de l'hospitalisation partielle à la consultation et assurer un continuum de prise en charge
- Création d'hôpitaux de jour (HDJ) de médecine, dans des sites le justifiant et en proposant une prise en charge pluridisciplinaire

- Atteindre une capacité en lits et places permettant d'assurer une efficience économique

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Regroupement de lits d'hospitalisation complète de médecine entre établissements présentant une faible capacité et/ou une faible activité et reconversion éventuelle en lits SSR ou médico-social, en fonction du diagnostic
- Développement des hôpitaux de jour sous réserve d'efficience économique (dimensionnement/recettes générées...)
- Adaptation ponctuelle des capacités pour répondre à des situations de crise

- Poursuivre le développement de la qualité et la sécurité des soins

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Amélioration de l'analyse systématique des événements indésirables (EI) par les établissements de santé, pour en dégager des pistes d'amélioration dans le cadre de la politique de qualité et de sécurité des soins de l'établissement de santé
- Amélioration de la pertinence des soins, en s'appuyant sur les démarches nationales et régionales.
- Développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Amélioration de la prévention des infections associées aux soins dans chaque établissement de santé et en garantissant une compétence en infectiologie à l'échelle de chaque territoire
- Systématisation de la prise en charge de la douleur

- Soutenir l'innovation technologique et thérapeutique, dans le cadre de l'organisation d'une offre de soins graduée et complémentaires et de filières d'excellence articulées entre les 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- En matière biomédicale, l'innovation passe par de nouveaux traitements notamment thérapie génique, thérapie cellulaire et immunothérapie. Le développement de ces traitements dépendra à la fois des progrès scientifiques et du coût de ces traitements
- Les CHU de Dijon et de Besançon sont des pôles régionaux d'excellence et jouent un rôle essentiel de recours pour les activités de haute spécialisation. Poursuite de la coordination entre les 2 CHU par le développement de filières spécialisées permettant de gagner en qualité de la prise en charge, mais aussi en efficience

Résultats attendus de l'objectif général n°2:

- Développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Développement des alternatives à l'hospitalisation complète (HAD, hôpital de jour)
- Regroupement capacitaire pour atteindre une taille économiquement viable
- Développement des EPP
- Valeur cible : Indice de Performance –Durée Moyenne de Séjour Médecine (IPDMS M) à 0,94

Objectifs spécifiques à la pédiatrie



Objectif général : structurer l'offre hospitalière de pédiatrie et l'articuler avec l'offre de premier recours

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Définir le maillage gradué des accueils et des transports pédiatriques en trois niveaux : recours régional CHU, recours infra régional, recours de proximité

Cf. fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences (PARU) et la fiche thématique activité de soins 6.1.7 : Médecine d'urgence pour les actions, les résultats attendus et les indicateurs de résultats

- Structurer la filière pédiatrique, en définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire et au niveau de recours régional et l'articuler avec le parcours santé mentale et psychiatrie (volet pédopsychiatrie).

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration de conventions et de protocoles pour les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie, afin de définir les situations nécessitant le recours à ce type de service, désigner l'établissement de prise en charge et arrêter les modalités de transfert
- Renforcement des liens entre les services de pédiatrie par des protocoles, afin de faire valoir la spécificité de la prise en charge des enfants
- Définition d'une gradation des soins et une complémentarité entre services de pédiatrie.
- Organisation des demandes d'avis spécialisés, notamment, grâce au développement de la télémédecine

Résultats attendus de l'objectif général relatif à la pédiatrie:

- Structuration de la filière pédiatrique en définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire et au niveau de recours régional



Objectifs généraux définis dans le cadre du parcours « développement de l'enfant »

- Construire, puis déployer un plan d'actions ciblées, coordonnées entre les politiques familiales et de la petite enfance, de la santé, de l'éducation, permettant de promouvoir les déterminants favorables au développement cognitif de l'enfant

- Agir pour un dépistage et un diagnostic plus précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement
- Prendre en charge et accompagner plus spécifiquement les troubles de la communication, les troubles moteurs, les troubles de l'attention, les troubles des apprentissages et la précocité intellectuelle, en lien avec le monde de l'éducation et en impliquant les familles

Dans ce cadre, il convient d'assurer la pérennisation des structures de référence :

- Les 2 CRTLA (centres de référence des troubles du langage et des apprentissages)
- Le centre défi Bourgogne (dédié à la déficience intellectuelle)
- Les 2 CRA (centres de ressources autisme), en favorisant leur partenariat

cf. fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant pour les objectifs opérationnels, les actions, les résultats attendus et les indicateurs de résultats

Objectifs spécifiques à la gériatrie définis dans le cadre du parcours personnes âgées



Objectif général n°1 : structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Organiser la complémentarité entre les centres experts et les hôpitaux de proximité

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition des centres experts
- Intégration des hôpitaux de proximité dans la construction de la filière gériatrique territoriale

- Adapter la réponse aux besoins d'expertise gériatrique

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Articulation de la filière gériatrique avec la filière psychiatrique dans le cadre du GHT
- Mise en place de la télémédecine entre services de gériatrie et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- Encourager le recours à l'hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire
- Limiter le passage aux urgences aux situations non évitables

Déployer des dispositifs de télémédecine en maison de santé pluri professionnelle (MSP) et en EHPAD.

PRS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE – SRS – juillet 2018 - juin 2023

**Objectif général n°2 : faciliter la coordination et la coopération des acteurs notamment dans le lien ville-hôpital, partager l'information et le travail en réseau**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Structurer et outiller les plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes
- Développer les protocoles de coopération ou de délégation de tâches
- Développer des systèmes d'information et de coordination partagés entre les acteurs

cf. fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées pour les actions, les résultats attendus et les indicateurs de résultats

Objectifs spécifiques en matière de planification et d'organisation de l'offre de soins définis dans le cadre des parcours par pathologies**- Parcours addictions :****Objectif général : proposer une offre sanitaire, organisée et répartie sur le territoire en fonction des besoins de la population.**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Développer et consolider les possibilités de prise en charge de niveau I, pour les établissements sanitaires avec services d'urgences autorisés.
- Renforcer la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura et la Nièvre (Niveau II) et le Doubs (Niveau III), avec le cas échéant, possibilité d'autoriser une activité de médecine dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.
- Formaliser la prise en charge « addictologie » dans les PMP des GHT, en concertation avec le secteur privé.

Résultats attendus :

- Une organisation de la filière addictologie reconnue et opérationnelle dans chaque Centre Hospitalier.
- Existence d'un axe addictologie dans chacun des PMP des GHT

cf. fiche 4.9 : Parcours Addictions pour les actions, les résultats attendus et les indicateurs de résultats

- **Parcours neurologie, volet Accident Vasculaire Cérébral (AVC), traumatismes crâniens (TC) et médullaires (TM) :**



Objectif général n°1 : assurer une prise en charge de qualité aux patients atteints d'AVC, de TC et de TM lors de la phase aiguë de la maladie en structurant les filières de soins sur l'ensemble du territoire régional

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Poursuivre la structuration des filières locales AVC
- Structurer la prise en charge des TC et TM
- Améliorer la réadaptation des patients en intégrant le projet de réadaptation dès la phase aiguë en court séjour et en organisant le transfert en structure de SSR.



Objectif général n°2 : améliorer la coordination et fluidifier la prise en charge en aval de l'hospitalisation initiale, en particulier lors du retour à domicile en lien avec les intervenants des secteurs sanitaire et médico-social

Avec cinq objectifs opérationnels, dont en particulier :

- Améliorer la coordination des acteurs

cf. fiche 4.4 : Parcours Neurologie pour les actions, les résultats attendus et les indicateurs de résultats

6.1.3.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Regroupement de lits d'hospitalisation complète de médecine entre établissements présentant une faible capacité et/ou une faible activité dans une logique d'efficacité économique et reconversion éventuelle en lits de SSR ou en établissement médico-social (EMS), en fonction du diagnostic
- Développement des hôpitaux de jour sous condition d'efficacité économique (dimensionnement/recettes générées...)
- Structuration de la filière pédiatrique définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire et au niveau de recours régional
- Structuration des filières gériatriques sur le territoire régional, en organisant la complémentarité entre les centres experts et les hôpitaux de proximité-dans le cadre au niveau de chaque zone de planification sanitaire

- Délivrance possible d'autorisations de médecine dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie dans le Doubs, le Jura et la Nièvre pour structurer la filière de prise en charge en addictologie
- Création d'unités neurovasculaires (UNV) dans les zones Haute-Saône, Nièvre, Saône-et-Loire et Nord Yonne.

6.1.3.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	HC	3	2	10	6	7	8	9	6	3
	HJ	6	3	8	1	3	6	7	5	2
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	HC	12 à 16	3	7 à 11	5	6 à 7	7 à 8	7 à 10	6	3
	HJ	6 à 10	3 à 4	8 à 10	1 à 3	4	6 à 7	6 à 8	5	2
Ecart (2) - (1)	HC	- 5 à -1	0	- 3 à 1	- 1	- 1 à 0	-1 à 0	-2 à 1	0	0
	HJ	0 à 4	0 à 1	0 à 2	0 à 2	1	0 à 1	- 1 à 1	0	0

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectifé conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.3.3 Indicateurs

- Nombre de places d'HDJ de médecine installées
- IPDMS Médecine

6.1.3.4 Articulation

- Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (programme)
- Plan maladies neurodégénératives (PMND)

6.1.3.5 Transversalité

La fiche médecine doit être élaborée en transversalité avec les parcours suivants :

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Personnes en situation de handicap
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité (y compris les détenus)
- Fiche 3.1 : Parcours santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.3 : Parcours maladies cardiovasculaires
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions, avec prise en compte, le cas échéant, de leurs orientations et objectifs en matière de planification et d'organisation de l'offre de soins :
- Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
- Fiche 6.1.4 : Hospitalisation à domicile (HAD)
- Fiche 6.1.6 : Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (pour la composante néonatalogie et son articulation avec la pédiatrie)
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence
- Fiche 6.1.8 : Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- Fiche 6.1.9 : Traitement du cancer
- Fiche 6.1.10 : Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Fiche 6.1.15 : Traitement de l'insuffisance rénale chronique

6.1.4 Hospitalisation à domicile

6.1.4.1 Contexte et problématique

Le développement de l'Hospitalisation à domicile (HAD) est un objectif national, qui doit à la fois conduire à une amélioration de la prise en charge du patient et à des gains d'efficacité.

En 2015, l'activité réalisée en HAD, en Bourgogne-Franche Comté, correspond en moyenne à la prise en charge de 15,4 patients/jour/100 000 hab (en France : 19,3 patients/jour/hab), encore loin derrière l'objectif de prise en charge de 30 à 35 patients/jour/100 000 hab, fixé par la circulaire n°2013/398 du 4 décembre 2013.

La progression est toutefois notable, puisqu'en 2015, 158 597 journées d'HAD ont été réalisées en Bourgogne-Franche-Comté (140 459 journées en 2014), soit une augmentation de près de 13 % de 2014 à 2015 et de 43% par rapport à 2009 (111 135 journées) (source : Scansanté).

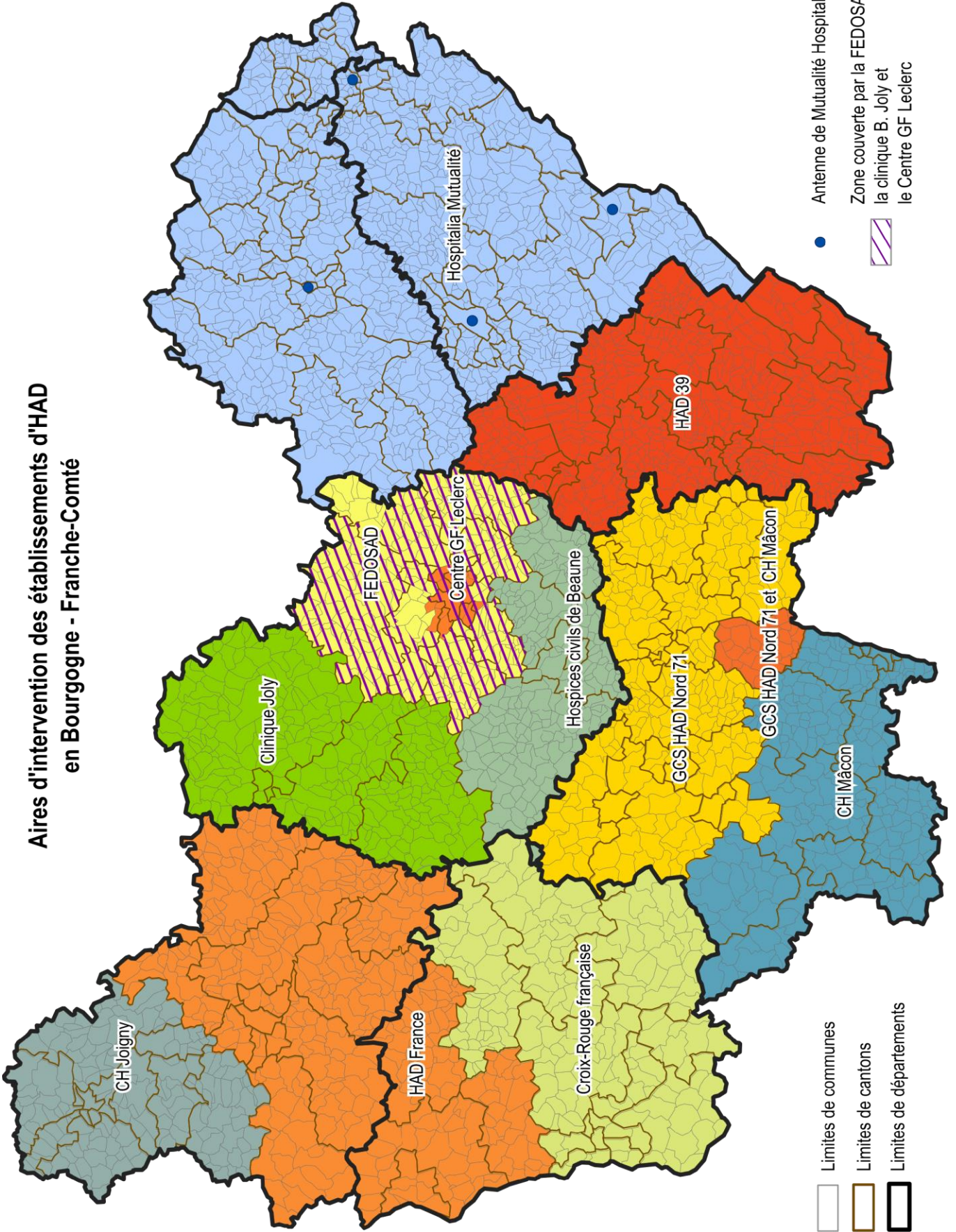
En 2015, dans la région, 72,5 % des admissions en HAD font suite à une hospitalisation complète à temps plein (médecine chirurgie obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR)), 24,2 % des séjours sont réalisés à partir du domicile (en France : 29,3 %), et 5 % des séjours concernent des résidents d'établissements médico-sociaux (France : 5,1 %) (source : Scansanté).

Le volet HAD du SROS Bourgogne a été révisé en 2015, conduisant à une réorganisation des implantations, avec une mise en œuvre en 2016 (nouvelles autorisations).

Suite à cette réorganisation, 9 établissements d'HAD en Bourgogne et 2 établissements d'HAD en Franche-Comté (avec 3 antennes) sont autorisés.

Dans le Doubs, un établissement d'HAD détient une autorisation spécialisée dans la prise en charge des patientes en pré et post-partum.

Aires d'intervention des établissements d'HAD en Bourgogne - Franche-Comté



ARS de Bourgogne - Franche-Comté - DS-DOSA - mars 2017

6.1.4.2 Principes généraux d'organisation

6.1.4.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : développer les prises en charge en HAD sur l'ensemble du territoire régional

Objectifs opérationnels :

- Assurer une intervention des établissements d'HAD sur l'ensemble du territoire régional, y compris dans les zones moins densément peuplées
- Développer les coopérations au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) notamment, pour les filières gériatriques
- Evaluer, au sein des établissements MCO et SSR, les conditions de recours à l'HAD
- Identifier les séjours en hospitalisation complète pouvant être écourtés ou éventuellement inadéquats et favoriser leur prise en charge en HAD
- Développer la diversification des modes de prise en charge, notamment par le développement de prises en charge spécialisées (SSR, traitement du cancer, soins palliatifs, transfusion sanguine...) au sein des structures d'HAD qui ont vocation à être polyvalentes
- Renforcer le partenariat entre HAD et structures de SSR spécialisés dans la prise en charge des affections neurologiques
- Inscrire dans les contrats pluriannuels d'objectifs de et moyens (CPOM) des établissements hospitaliers (MCO, SSR) des objectifs de recours à l'HAD notamment afin d'améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) en médecine gériatrique
- Contribuer à l'analyse médico-économique des dispositifs
- Développer l'accueil en HAD de professionnels médicaux et paramédicaux en formation (internes en médecine, infirmier.e.s, aide-soignant.e.s)

Résultats attendus :

- Augmentation des transferts des séjours médecine-chirurgie vers l'HAD
- Augmentation du nombre de journées d'HAD
- Augmentation du nombre de patients pris en charge pour 100 000 habitants
- Augmentation du taux de recours par territoire

**Objectif général n°2 : améliorer la qualité des prises en charge en HAD***Objectifs opérationnels :*

- Garantir le respect de la continuité des soins, 7/7 et H24, conformément aux modalités définies par le décret n°2017-817 du 5 mai 2017 (en particulier capacité d'intervention infirmière à domicile et possibilité de recours à un avis médical)
- Veiller à la pertinence du recours à l'HAD (adéquation des prises en charge avec le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD, publié par l'ATIH, respect des recommandations de la haute autorité de santé)
- Développer les liens avec les structures assurant des prises en charge spécialisées (gériatrie, suites d'AVC, soins palliatifs, chimiothérapie...)
- Améliorer les compétences nécessaires pour les prises en charge spécialisées (gériatrie, suites d'AVC, soins palliatifs, chimiothérapie...), ainsi que pour le fonctionnement des établissements d'HAD (information médicale, gestion des risques...)
- Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique en HAD, en collaboration avec les différents partenaires
- Développer les échanges de pratiques et coopérations entre établissements d'HAD
- Développer les soins de support (psychologues, diététiciens, infirmiers stomathérapeutes...)
- Développer la télémédecine (télésurveillance, téléconsultation)

Résultats attendus :

- Respect par tous les établissements d'HAD des dispositions du décret n°2017-817 du 5 mai 2017 relatives à la continuité des soins
- Evolution de la part de certaines prises en charge spécialisées en HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)
- Développement des dispositifs de télémédecine

**Objectif général n°3 : développer la prise en charge HAD dans les EHPAD et les établissements accueillant des personnes handicapées et en admission directe à partir du domicile***Objectifs opérationnels*

- Accompagner les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) dans l'identification des établissements d'HAD intervenant sur leur territoire
- Accompagner les établissements d'HAD dans la connaissance, sur leur territoire d'intervention, des différents EMS (formations communes, réunions communes, supports d'information...)
- Utiliser le CPOM des EMS comme levier, en y inscrivant des objectifs de recours à l'HAD
- Inscrire dans les CPOM des établissements d'HAD des objectifs de développement dans les EMS et d'admission directe à partir du domicile
- Poursuivre la promotion de l'HAD auprès des EMS et des prescripteurs libéraux
- Développer l'intervention de l'HAD dans les EHPAD, notamment pour les soins palliatifs, les pansements complexes, les transfusions sanguines...
- Prendre en compte, dans les projets d'établissement des structures d'HAD et des EMS, la possibilité d'une prise en charge conjointe
- Améliorer l'organisation de la prise en charge d'aval

Résultats attendus :

- Augmentation de la part des séjours en HAD au bénéfice de résidents d'EMS
- Augmentation de la part des séjours en admission directe à partir du domicile



Objectif général n°4 : développer les partenariats et la coordination des structures d'HAD avec les différents partenaires, afin de structurer des filières de soins à domicile

Objectifs opérationnels :

- Identifier, dans chaque territoire, le rôle de chaque acteur de santé et du médico-social dans la filière de soins
- Développer, organiser, formaliser les coopérations avec les professionnels de santé libéraux du secteur ambulatoire avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et avec les cercles de soins
- Intégrer les établissements d'HAD dans les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)
- Développer les outils d'information partagés (dossier patient), interopérables et ouverts aux différents professionnels intervenant dans la prise en charge des patients en HAD
- Favoriser le développement des logiciels d'orientation du patient (Viatrajectoire)
- Développer les formations communes interprofessionnelles et interinstitutionnelles
- Améliorer l'organisation de la prise en charge d'aval

Résultats attendus :

- Développement des conventions effectives entre les établissements d'HAD et les différents intervenants
- Développement des systèmes d'information

6.1.4.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Intégration potentielle, à moyen terme, de l'implantation de l'HAD spécialisée pré et post-partum de la zone de planification sanitaire du centre Franche-Comté à l'HAD polyvalente.

6.1.4.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité		Zone										
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	HAD	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	Obstétrique	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	HAD	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	Obstétrique	0	0	0	0 à 1	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	HAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Obstétrique	0	0	0	-1 à 0	0	0	0	0	0	0	0

6.1.4.3 Indicateurs

- Origine des patients vers l'HAD : % transfert séjours médecine-chirurgie, % de résidents d'EMS, % admission directe à partir du domicile »
- Nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants

6.1.4.4 Articulation

- Projets prioritaires ARS : renforcement des soins de proximité (pacte territoire et santé), soins palliatifs, coopérations hospitalières - GHT, amélioration des parcours de santé, personnes en situation de handicap, schéma régional des ressources humaines, développement de la e-santé (e-ticss), Plan d'action régional des urgences (PARU), permanence des soins ambulatoires (PDSA), renforcement des soins de proximité, efficacité du système de santé (virage ambulatoire), coopérations et contractualisation (CPOM)
- Acteurs : unions régionales des professionnels de santé (URPS), maisons de santé pluridisciplinaires, plateformes territoriales d'appui, établissements et services médico-sociaux (ESMS) (EHPAD, établissements et services pour personnes handicapées) etc...

6.1.4.5 Transversalité

- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits, notamment :
 - Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
 - Fiche 2.2 : Parcours handicap : une réponse adaptée pour tous
 - Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
 - Fiche 2.4 : Evolution de l'offre médico-sociale
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers, notamment :
 - Fiche 4.1 : Parcours Cancer
 - Fiche 4.2 : Parcours Diabète
 - Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardio-vasculaires
 - Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Partie 6 : Planifier les activités de soins, notamment
 - Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
 - Fiche 6.1.3 : Médecine
 - Fiche 6.1.16 : Soins de suite et de réadaptation (SSR)
 - Fiche 6.1.17 : Soins de longue durée

6.1.5 Chirurgie

La chirurgie du cancer n'est pas abordée dans cette fiche mais est traitée dans la fiche relative à l'activité de soins du traitement du cancer.

6.1.5.1 Contexte et problématique

Au sens du code de la santé publique, l'activité de chirurgie reste autorisée sous deux formes :

- la chirurgie en hospitalisation complète ;
- la chirurgie à temps partiel de nuit ou de jour, cette dernière forme étant communément appelée « chirurgie en mode ambulatoire » et définie comme une alternative à l'hospitalisation complète.

Toutefois, l'activité de chirurgie a évolué ces dernières années vers une optimisation des séjours hospitaliers qui deviennent de plus en plus courts et dont l'aboutissement est la chirurgie en condition ambulatoire, permise notamment par l'évolution des techniques opératoires et d'anesthésie ainsi que par les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie. L'élargissement du périmètre des gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire de 18 à 55 et au-delà est caractéristique du changement de paradigme amorcé¹.

Le développement du mode ambulatoire en chirurgie constitue un enjeu majeur d'évolution des établissements de santé : stratégique, organisationnel, qualitatif et financier. Elle en modifie le fonctionnement et l'organisation, les métiers et s'inscrit dans une dimension de transversalité en amont et en aval de la prise en soins. Ainsi, le chirurgien, à même de fixer l'indication opératoire et la technique qu'il va utiliser, doit également déterminer les conditions de réalisation du geste proposé. La chirurgie en condition ambulatoire doit être chaque fois que possible privilégiée, en prenant en compte le patient lui-même, ses antécédents, ses comorbidités, le geste à pratiquer (niveau de sévérité notamment), son lieu de vie, son éloignement géographique et l'offre de soins de premier recours de proximité. Les deux types de chirurgie (conventionnelle et ambulatoire) ne doivent plus être opposés mais au contraire s'envisager au regard d'une analyse bénéfices-risques pour le patient. **La chirurgie ambulatoire doit désormais être considérée comme la modalité de référence pour l'ensemble de l'activité de chirurgie chez l'ensemble des patients éligibles.**

Cette chirurgie en condition ambulatoire s'inscrit véritablement dans le parcours du patient, dont les bonnes conditions d'organisation tant en amont qu'en aval conditionnent même la possibilité de réalisation ou non de cet acte selon le mode ambulatoire, indépendamment des autres conditions à respecter.

Ne relèvent pas du présent volet les activités relevant d'une organisation interrégionale (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes d'organe, prise en charge des grands brûlés), les activités interventionnelles (cardiologie, neuroradiologie), les endoscopies qui sont rattachées à l'activité de médecine.

Les deux CHU sont également autorisés pour la chirurgie cardiaque adulte et la neurochirurgie (dont pédiatrique pour Besançon). S'agissant de l'activité de greffes, le CHU de Dijon pratique les greffes de cœur et de rein, celui de Besançon, les greffes de foie, de rein et de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.

¹ Cf. INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

Cadre juridique

La situation de la chirurgie au regard de la réglementation n'a pas évolué depuis le précédent projet régional de santé. Seules la chirurgie et l'anesthésie en mode ambulatoire ont fait l'objet de dispositions particulières codifiées aux articles R.6121-4 et D.6124-301 à D.6124-305 du code de santé publique. Ces dispositions ont été complétées par des recommandations produites par la Haute Autorité de santé et des travaux menés par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Lors de la construction des PRS de 1^{ère} génération, la notion de « gradation des soins hospitaliers » a été substituée à celle de « gradation des plateaux techniques ». 4 niveaux dont un niveau de proximité et 3 niveaux de recours infra-régional, régional et interrégional voire national proposant des degrés de spécialisation et d'expertise gradués ont été définis.

Bilan de l'existant

Au 1^{er} janvier 2018, la région compte 38 plateaux de chirurgie autorisés :

Zones d'implantation	Cible SROS	Implantations autorisées	Catégorie établissement
Côte d'Or	7	7	3 publics et 4 privés
Centre Franche Comté	6	6	3 publics et 3 privés
Nord Franche Comté	4 puis 3 ²	3	1 public et 2 privés
Jura	3	3	2 publics et 1 privé
Nièvre	4	4	2 publics et 2 privés
Haute-Saône	2	2	1 public et 1 privé
Bourgogne méridionale	3	3	2 publics et 1 privé
Saône-et-Loire Bresse Morvan	6 puis 5	6	2 publics et 4 privés
Nord Yonne	2	2	1 public et 1 privé
Sud Yonne Haut-Nivernais	2	2	1 public et 1 privé

L'ensemble des implantations est autorisé pour l'activité de chirurgie en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire. Les implantations autorisées sont en correspondance avec les orientations définies dans les SROS Bourgogne et Franche Comté.

Les deux PRS avaient pour objectif de favoriser la restructuration des plateaux techniques de chirurgie permettant de répondre à l'évolution défavorable de la démographie des chirurgiens et anesthésiste-réanimateurs et d'assurer un niveau de sécurité et de qualité des soins suffisants.

En Franche Comté, la clinique privée de Montbéliard a fait l'objet d'une liquidation judiciaire fin 2015. Les plateaux techniques de chirurgie Montbéliard Bouloche et de Belfort de l'hôpital Nord Franche Comté sont désormais regroupés sur le site de Trévenans. A l'heure actuelle, il n'y a plus de plateau de chirurgie sur la ville de Montbéliard. Une nouvelle autorisation d'activité de soins de chirurgie a été délivrée, pour ce secteur, à la société Noalys. Elle n'est pas mise en œuvre. Dans le cadre d'un protocole d'accord transactionnel signé en 2017, la société Noalys a accepté de ne pas mettre en œuvre l'autorisation ainsi délivrée ; en contrepartie la SAS Hôpital privé de la Miotte a accepté de céder son autorisation de soins de suite et de réadaptation polyvalente en hospitalisation complète à la SAS Noalys.

² Hôpital Nord Franche-Comté : regroupement des sites des CH Belfort et Montbéliard sur le site de Trévenans

En Bourgogne, le nombre d'implantations prévu au SROS a été respecté :

- En Saône-et-Loire, les deux plateaux techniques de Paray-le-Monial ont été regroupés sur le site du centre hospitalier (la Clinique La Roseraie a été fermée fin 2012). Le nombre d'implantation a toutefois été maintenu à 9, l'Hôtel Dieu du Creusot, susceptible de fermeture, ayant fait l'objet d'une reprise.
- En Côte d'Or, le regroupement des 3 cliniques du groupe Ramsay Générale de Santé sur l'agglomération dijonnaise est effectif depuis août 2017.

Activité

L'activité chirurgicale globale de la région est en augmentation de 2,72 % en 2015 par rapport à 2011 avec une diminution du volume total de l'hospitalisation complète de 9,20 % (- 12 949 séjours) et une augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire de 22,74 % (+ 19 117 séjours).

Le taux de recours³ global en chirurgie France entière en 2015 est de 94,4 séjours pour 1000 habitants.

En Bourgogne, il se situe à 93 séjours pour 1000 habitants avec une progression depuis 2011 superposable à celle de l'ensemble du territoire national soit environ 3% ; seul le département de la Côte d'Or n'a pas connu de progression du taux de recours en chirurgie (tous séjours confondus). Depuis 2011, malgré un taux de recours plus faible, la Nièvre a progressé mais reste en deçà des taux régional et national.

En Franche Comté, il se situe à 88 séjours pour 1000 habitants avec une progression moindre située à 2%.

Taux de recours standardisés (par sexe et par âge)- Evolution des taux 2011-2015 par territoire de santé – Nouveau périmètre⁴

Territoire de santé (PRS 2012-2016)	Taux de recours en chirurgie (tous séjours confondus)		Taux de recours en chirurgie ambulatoire	
	2011	2015	2011	2015
Côte d'Or	91.2	91.2	42.9	49
Nièvre	83.4	86.3	34.7	42
Saône-et-Loire	91	95.6	36.3	46.3
Yonne	92	95.9	41.5	46.9
Franche Comté	86.3	87.9	33.9	41.1
<i>Bourgogne Franche Comté</i>	<i>88.6</i>	<i>90.9</i>	<i>37</i>	<i>44.4</i>
<i>France entière</i>	<i>91.8</i>	<i>94.4</i>	<i>41.2</i>	<i>49.1</i>

³ Le taux de recours mesure la consommation de soins des habitants d'une zone géographique rapportée à la population domiciliée dans cette même zone quel que soit le lieu de réalisation du séjour (dans ou hors la zone géographique) – calculé sur la base du nouveau périmètre. Cf. note de pas de page ci-dessous.

⁴ Scan Santé Indicateurs globaux GDR - Base PMSI MCO - Nouveau périmètre (Séjours en chirurgie : GHM en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08 -Séjours en chirurgie ambulatoire : GHM V11g en C hors CMD 14 et 15 + sept racines (03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08), avec une durée de séjour à 0)

S'agissant du taux de recours en chirurgie avec hospitalisation complète 2015, la classe d'âge la plus représentée est celle des plus de 75 ans : 198,2 patients pour 1000 habitants – France entière : 200,6 personnes.

La tendance est identique pour la chirurgie ambulatoire : 85,8 patients de plus de 75 ans pour 1000 habitants – France entière : 87,7 personnes.

Pour les enfants de 4 ans et moins, on note une diminution globale du taux de recours brut régional que ce soit en chirurgie complète ou en chirurgie ambulatoire.

Analyse quantitative de l'activité des établissements (exprimée en séjours) :

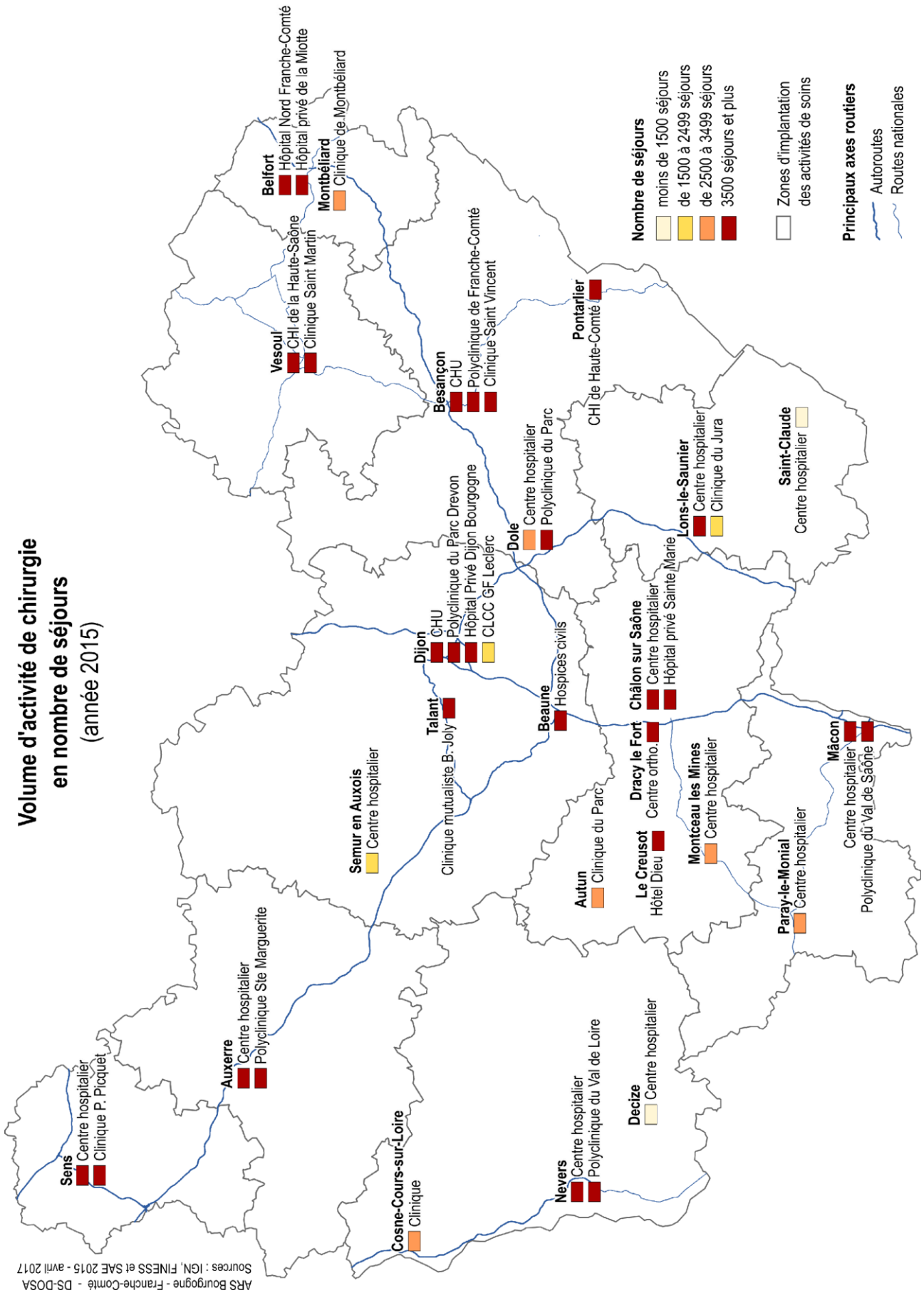
En 2015 :

- deux sites autorisés présentent une activité annuelle inférieure au seuil de 1500 séjours de chirurgie ; il s'agit des centres hospitaliers de St-Claude et de Decize. A noter également que la clinique du Jura à Lons est en situation de fragilité présentant une activité en baisse depuis 2011 (moins 32,7%) avec 1538 séjours en 2015 ;
- les sites de Semur et de Montceau présentent également une activité devant faire l'objet d'une attention particulière (moins de 2500 séjours par an) sur la durée du Schéma Régional de Santé (SRS) en lien avec la performance qualitative et médico-économique des 2 plateaux techniques concernés.

En 2017 :

- trois sites confirment une activité inférieure à 1500 séjours par an : la clinique du Jura, le centre hospitalier de Decize et le centre hospitalier de Saint-Claude ;
- deux sites ont une activité inférieure ou égale à 2500 séjours par an : la clinique de Cosne-sur-Loire et le centre hospitalier de Semur. Le centre hospitalier de Montceau présente une activité inférieure à 3 000 séjours annuels.

Volume d'activité de chirurgie en nombre de séjours (année 2015)

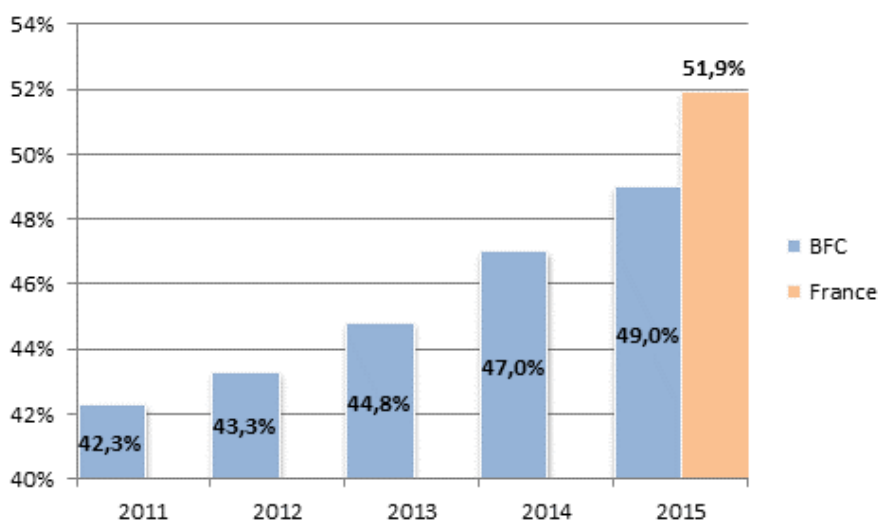


En ce qui concerne plus particulièrement la chirurgie ambulatoire

Après de multiples actions mises en place en Bourgogne-Franche-Comté (accompagnements individualisés, rencontres régionales annuelles, intervention de l'ANAP, taux d'évolution cible individualisé dans les CPOM des établissements...), on constate les évolutions suivantes :

- en France, le taux global de prise en charge en mode ambulatoire est en 2015 de 51,9 %⁵ (séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours du périmètre). Ce taux a vu une progression de plus de 7 points en 5 ans ;
- **en Bourgogne**, le taux global de chirurgie ambulatoire est de **50,5 %** et la **Franche Comté** accuse un retard plus marqué avec un taux de **46,6 %**. La progression de prise en charge en ambulatoire se situe à 6,6% pour la région Bourgogne-Franche-Comté.

Tableau 1 : Evolution du taux global de chirurgie ambulatoire - Données d'activité de 2011 à 2015 – Région Bourgogne Franche-Comté et France⁶



Parmi les établissements de la région, le centre hospitalier de Semur-en-Auxois a un taux de prise en charge en ambulatoire de 27% mais ce niveau doit être corrélé au nombre total de séjours en chirurgie qui est déjà peu important, à savoir 2 359 séjours en 2015. Sur Decize, Saint-Claude et la Clinique du Jura, malgré un nombre de séjours inférieurs à 1 500, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est supérieur à 43%.

Les 2 CHU présentent un taux inférieur à 40% mais sur l'ensemble des CHU et CHR du territoire français (situés entre 29 et 39,5%), celui de Dijon a le taux le plus élevé avec 39,5% de séjours en mode ambulatoire (CHU de Besançon = 31%). Les établissements privés sont les seuls à dépasser le taux de 60% (Cliniques Drevon, Ste Marthe, Fontaine les Dijon, hôpital privé Ste Marie, Polyclinique Ste Marguerite, Clinique d'Autun, Polyclinique du Val de Loire, polyclinique du Parc, hôpital privé de La Miotte).

⁵ Source : Scansanté - Indicateurs globaux GDR - Base de données PMSI MCO 2015 Séjours de chirurgie ambulatoire : GHM V11g en C hors CMD 14 et 15 + sept racines (03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08), avec une durée de séjour à 0 hors GHM Erreur, PIE et séances

⁶ Source : Scan Santé Indicateurs globaux (GDR) Base PMSI MCO - Nouveau périmètre (GHM en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08)

Les actes les plus réalisés en ambulatoire sont : la chirurgie du cristallin, du canal carpien, la chirurgie des varices, la pose de drain transtympanique, la cure de hernie inguinale, les extractions dentaires. Ils relèvent d'une chirurgie réglée, de gravité fonctionnelle modérée et exposant à des complications post-opératoires rares. S'agissant des actes plus complexes et/ou exposant davantage à des complications post-opératoires en particulier précoces de gravité fonctionnelle plus sévère, ils commencent à être réalisés par voie ambulatoire : 27,96% pour une partie des mastectomies et 20,34% pour les cholécystectomies.

Un des freins à la pratique de la chirurgie en condition ambulatoire tient à l'association de plusieurs gestes de chirurgie qui isolément auraient pu relever d'une chirurgie en condition ambulatoire mais qui exposent combinés à des complications ne permettant pas de la réaliser dans des conditions suffisantes de sécurité pour le patient.

Tableau 2 : Taux d'attractivité et de fuite inter-régional⁷ :

Bourgogne Franche Comté	Taux d'attractivité			Taux de fuite		
	Séjours produits dans la région	dont séjours consommés par des patients d'autres régions	Taux d'attractivité de la région	Séjours consommés dans la région	dont séjours consommés par des patients de la région dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
Chirurgie non ambulatoire	127 427	9 574	7,50%	135 920	18 067	13,30%
Chirurgie ambulatoire	103 034	6 604	6,40%	106 488	10 058	9,4%

Les deux CHU, de niveau de recours régional, ont une attractivité limitée pour des patients d'autres régions : celui de Dijon a une attractivité limitée à la Côte d'Or du fait des dimensions de la région et de sa situation géographique excentrée dans l'ex-région Bourgogne, celui de Besançon recrute plus largement sur l'ex-Franche-Comté.

Evolution de la démographie

La comparaison 2011/2016 des effectifs de chirurgiens et d'anesthésistes réanimateurs indique, pour la région, une stagnation des effectifs permettant en regard de l'augmentation de la population régionale (+0,6%), de conserver une densité stable de ces professionnels.

La moyenne d'âge des chirurgiens au 1^{er} janvier 2016 s'élève à 50,2 ans avec une proportion quasi identique des moins de 40 ans et des plus de 60 ans (25%). Pour les anesthésistes réanimateurs, l'âge moyen est de 50 ans également avec un pourcentage plus élevé de plus de 60 ans (28,4%).

⁷ Source : Scan santé – Analyse croisée Production Consommation de soins MCO – 2015 – Activité CAS : chirurgie ambulatoire et non ambulatoire

Néanmoins, ce constat doit être relativisé car les départements présentent de très fortes disparités en termes de densité sur ces deux spécialités. On constate les plus fortes densités au niveau des deux départements sièges des CHU, dont les ressources sont cependant déjà partagées dans le cadre de coopérations avec des établissements de proximité d'autres territoires dépourvus des compétences nécessaires au fonctionnement de leur plateau technique.

Aux faiblesses de densité et au vieillissement des praticiens de certaines spécialités s'ajoute la problématique de l'attractivité des médecins diplômés des universités de la région. Contrairement à la Côte d'Or et au Doubs qui accueillent une large part de diplômés, la Nièvre, l'Yonne et la Haute-Saône sont particulièrement peu attractives.

Les spécialités chirurgicales en ophtalmologie, ORL et en chirurgie générale ont été identifiées comme fragiles pour les années à venir.⁸ Mais l'ensemble des structures de niveau régional ou de proximité est concerné par cette problématique de renouvellement et d'attractivité sur des spécialités différentes

Ainsi, la spécialisation des sites et la constitution d'équipe soignante territoriale constituent des enjeux forts pour maintenir une offre suffisante et de qualité sur les territoires.

Tableau 3 : Evolution de la démographie médicale : chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs

	Chirurgiens toutes spécialités					Anesthésistes réanimateurs				
	2011 ⁹		2016 ¹⁰			2011 ¹		2016 ¹		
	Total salariés et libéraux	Densité pour 100 000 habitants	Salariés (1)	Libéraux ou mixtes (2)	Densité (1+2) pour 100 000 habitants	Total salariés et libéraux	Densité pour 100 000 habitants	Salariés (1)	Libéraux ou mixtes (2)	Densité (1+2) pour 100 000 habitants
21			95	165	48,9	108	20,7	73	43	21,8
25			92	151	45,4	104	19,9	80	33	21,1
39			24	45	26,5	28	10,7	12	10	8,5
58			14	45	27,6	22	9,9	6	12	8,4
70			12	23	14,7	18	7,5	12	7	8
71			44	116	28,8	67	12	36	34	12,6
89			11	59	20,5	32	9,3	17	11	8,2
90			18	33	35,2	15	10,6	13	8	14,5
Région	928	33,11	310	637	33,6	394	14,06	249	158	14,4
<i>France métrop.</i>	<i>25 096</i>	<i>40,39</i>	<i>8 051</i>	<i>18 002</i>	<i>40,7</i>	<i>10 161</i>	<i>16,35</i>	<i>6 587</i>	<i>4 396</i>	<i>17,2</i>

⁸ ARS Bourgogne-Franche-Comté – Schéma régional des ressources humaines en santé 2016-2017

⁹ Source : STATISS 2011 – Population au 1^{er} janvier 2008 (recensement)/Professionnels de santé au 01/01/2010

¹⁰ Source STATISS 2016 – ARS Bourgogne Franche Comté- Données au 1^{er} janvier 2016 - Population au 1^{er} janvier 2015 (estimation)

L'indice de vieillissement de la population régionale à 2036 (projections)¹¹ est particulièrement marqué dans les départements de la Nièvre, de l'Yonne, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire. Cette tendance risque de conduire à un recours plus fréquent à certaines spécialités de chirurgie : orthopédie, traumatologie, ophtalmologie, cardiologie et vasculaire auquel le système de santé devra être en mesure répondre dans des conditions de qualité et de sécurité des soins toujours plus exigeantes.

Sur les établissements comportant un plateau technique de chirurgie dit de proximité (recours infra régional), la question est donc posée du renouvellement des professionnels médicaux et paramédicaux pour maintenir l'activité. Leur situation géographique constitue un facteur supplémentaire qui ne favorise pas l'attractivité de ces professionnels.

Dans le cadre des GHT, les projets médicaux partagés devront tenir compte d'une part, de ces fragilités pour organiser le maintien de l'offre et/ou son évolution sur ces sites avec un niveau de sécurité et qualité des soins acceptable dans un cadre budgétaire contraint et d'autre part, de l'offre de soins du secteur privé.

Axes de développement

Ils s'inscrivent dans la continuité des préconisations du premier PRS :

- Maintenir l'accessibilité aux soins de chirurgie tout en poursuivant l'organisation des filières et les restructurations par territoire (GHT et coopérations « public/privé »),
- Intégrer les prises en charge chirurgicales dans le parcours de soins, en collaboration avec les autres disciplines de l'établissement de santé ou des établissements de proximité (anesthésie, réanimation, gynécologie, biologie, imagerie) avec le secteur ambulatoire et le secteur médico-social,
- Intensifier le recours à la chirurgie ambulatoire en structurant son organisation pour assurer une prise en charge sécurisée et de qualité.

6.1.5.2 Principes généraux d'organisation

6.1.5.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : renforcer le maillage territorial gradué

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

¹¹ STATISS ARS Bourgogne Franche-Comté – 2016 – Indicateurs démographiques, vieillissement et mode de vie

- Identifier les différents niveaux de recours et consolider les modes de prise en charge par territoire (conventionnels et ambulatoires)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Lisibilité de la gradation des plateaux techniques : plateau de proximité (accès aux soins chirurgicaux programmés, consultations avancées, télémedecine, suivi des patients), territorial spécialisé et non spécialisé (chirurgie programmée et non programmée avec recours à des avis de chirurgiens spécialisés relevant du niveau régional), régional (chirurgie de haute technicité avec un environnement et des ressources spécifiques), interrégional (chirurgie très spécialisée et activités relevant du SIOS)
- Réorganisation des sites fragiles ayant une activité inférieure à 1500 séjours PMSI sur la base d'une analyse des risques et de pertinence
- Soutien à la mise en place de consultations avancées pré et post-opératoires sur site ou via la télémedecine

Résultats attendus :

- Homogénéité de la couverture régionale et lisibilité de l'offre
- Amélioration de la pertinence des prises en charge

- Assurer la continuité et la permanence des soins en chirurgie

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des coopérations entre les niveaux de recours notamment dans le cadre des projets médicaux partagés des GHT et des établissements privés : optimisation des ressources en chirurgiens et anesthésistes, développement des postes partagés, constitution d'équipes médicales et soignantes territoriales (lieux d'exercice multi sites)
- Promotion de l'organisation de communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)
- Au regard de l'évolution de l'offre, maintien d'une permanence des soins entre le secteur public et le secteur privé par zone d'implantation (Cf. fiche permanence des soins en établissement de santé (PDSES))

Résultats attendus :

- Effectivité de l'accessibilité territoriale aux soins en journée et en nuit
- Optimisation des ressources humaines et matérielles



Objectif général n°2 : promouvoir la pertinence, la qualité et la sécurité des prises en charge

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

➤ Développer l'efficacité de la programmation de l'activité en chirurgie

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Accompagnement des établissements dans l'adaptation des organisations : maîtrise des processus de gestion en flux, circuits courts, anticipation et programmation des prises en charge
- Accompagnement (en lien avec les URPS) des praticiens des plateaux techniques lourds et des équipes de soins primaires autour du patient dans l'organisation et la mise en œuvre des parcours chirurgicaux : programme de réhabilitation améliorée après chirurgie notamment
- Formation des professionnels soignants et non soignants à l'évolution des pratiques : développement des lieux de stage en unité de chirurgie ambulatoire pour les internes, mise en place de modules de formation interdisciplinaires et interprofessionnels, partage d'expérience
- Utilisation du levier des mises sous accord préalable (MSAP) pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire

Résultats attendus :

- Développement de l'activité programmée et de l'adéquation des modes d'hospitalisations
- Conformité avec les recommandations de la HAS et de l'ANAP

➤ Améliorer le lien entre la ville et les établissements pour faciliter le parcours chirurgical du patient et sa réhabilitation rapide

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Anticipation de l'organisation des soins en aval de l'hospitalisation et organisation des sorties « précoces » : lien avec l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, le PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) de l'assurance maladie, la médecine de ville, les services de soins infirmiers à domicile, les infirmiers et professionnels paramédicaux libéraux ; amélioration des circuits d'information entre les établissements et les médecins traitants
- Sécurisation des sorties des patients ayant des parcours complexes et/ou des populations spécifiques en s'appuyant sur les plateformes territoriales d'appui : personnes âgées, personnes handicapées, malades chroniques...

Résultats attendus :

- Diminution des ré-hospitalisations
- Amélioration des durées de séjour
- Sécurisation du retour à domicile post-opératoire

- Renforcer le niveau de qualité et de sécurité des soins et des prises en charge

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Amélioration de l'efficacité des blocs opératoires : performance organisationnelle, politique de gestion des risques associés aux soins...
- Accompagnement des pratiques innovantes (outils d'innovation organisationnelle, équipement de haute technicité...)
- Amélioration de la prise en charge de la douleur et de la lutte contre les infections associées aux soins
- Expérimentation du passage des équipes mobiles de gériatrie en amont d'une intervention chirurgicale.

Résultats attendus :

- Diminution des taux des infections associées aux soins
- Réduction des risques liés aux processus organisationnels
- Certification des établissements et accréditation des chirurgiens

6.1.5.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

L'ensemble des implantations autorisées le sont pour la chirurgie sous forme d'hospitalisation complète et pour la chirurgie en mode ambulatoire. Dans l'état des lieux et dans le tableau des objectifs quantitatifs de l'offre de soin, aucune distinction n'a été faite entre ces deux formes de prise en charge.

Une implantation de chirurgie est décomptée dès lors qu'est pratiquée en un lieu donné une activité de chirurgie. Ainsi il est décompté autant d'implantations :

- que de sites différents relevant de la même entité juridique où est pratiquée l'activité ;
- que d'établissements différents qui exercent l'activité de chirurgie sur le même site (2 autorisations à deux entités juridiques différentes sur un même site).

Pour les plateaux techniques réalisant moins de 1500 séjours par an, une proposition de réorganisation est attendue (Nièvre, Jura).

Une attention particulière sera apportée aux sites fragiles présentant une activité inférieure à 2 500 séjours par an :

- organisation permettant de pérenniser et/ou de faire évoluer ces plateaux dans le cadre des GHT (Côte d'Or, Saône-et-Loire Bresse Morvan) ;
- coopérations (Centre Franche-Comté, Jura) à étudier au regard des critères énoncés ci-dessous et en particulier de la sécurité des soins.

Des évolutions sont déjà engagées sur le territoire du Jura et de la Saône-et-Loire Bresse Morvan :

- L'arrêt de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète du centre hospitalier de Saint-Claude depuis avril 2018, l'activité de chirurgie ambulatoire est maintenue avec une organisation refondue en lien avec le centre hospitalier de Lons-le-Saulnier
- L'arrêt de la chirurgie en hospitalisation complète et en mode ambulatoire sur le centre hospitalier de Montceau-les-Mines à effet de la mi-juillet 2018
- Le rapprochement du CH de Lons-le-Saulnier et de la clinique du Jura pour le partage d'un plateau chirurgical commun.

Sur la Côte d'Or, le nombre « plancher » anticipe un possible regroupement à 5 ans sans que ne soient pré-ciblés les plateaux techniques et entités juridiques concernées.

Sur le Nord Franche-Comté, une diminution du nombre d'implantations est prévue avec deux autorisations conservées dont une portée par l'Hôpital Nord Franche-Comté et une par le groupe Dracy Santé.

Plusieurs critères permettront d'examiner le maintien d'un plateau technique chirurgical :

- un volume critique d'activité ;
- la disponibilité de ressources médicales stables (anesthésistes, chirurgiens), la participation à une équipe territoriale (médicale et paramédicale) ;
- les organisations mises en place ;
- les coopérations organisées et possibles ;
- les orientations validées des projets médicaux partagés ;
- l'évolution des indicateurs de qualité et de performance (IP-DMS, taux d'occupation des salles de bloc, indice de coût relatif par salle d'intervention chirurgicale).

6.1.5.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

		Zone									
Activité		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté (*)	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Chirurgie	7	2	4 puis 3	6	3	3	6	4	2	2
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Chirurgie	6 à 7	1 à 2	2	5 à 6	2 à 3 **	3	5	2 à 4	2	2
Ecart (2) - (1)	Chirurgie	-1 à 0	-1 à 0	-1	-1 à 0	-1 à 0	0	-1	-2 à 0	0	0

* : 3 autorisations délivrées pour 3 implantations dans le PRS 2012-2016 dont une autorisation non mise en œuvre pour une implantation (Montbéliard)

** : selon la forme de coopération retenue dans le cadre du rapprochement en cours entre les structures

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.5.3 Indicateurs

- Indice de performance-Durée moyenne de séjour (IP-DMS) Chirurgie
- Taux global de chirurgie ambulatoire
- Nombre de nouveaux types d'actes de chirurgie ambulatoire pratiqués

6.1.5.4 Articulation

- CPOM ARS
- Autres activités de soin : traitement du cancer, médecine d'urgence, HAD, prélèvements et greffes, réanimation, chirurgie cardiaque, imagerie médicale dont imagerie interventionnelle, SSR
- Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)
- Plan pour l'efficacité et la performance du système de santé (PEPSS)
- Schéma régional des ressources humaines en santé et Plan d'égal accès aux soins
- Projets médicaux partagés des GHT

6.1.5.5 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé (chirurgie bariatrique)

6.1.6 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

6.1.6.1 Contexte et problématique

En 2016, le taux de fécondité¹² en Bourgogne-Franche-Comté est de 48,9 ‰, il est de 52,3 ‰ en France Métropolitaine. La population de cette région correspond à 4,3 % de la population générale, le nombre de naissances représente 3,7 % (%BFC/France métropolitaine).

La même année, le taux de natalité est de 10,0 ‰ en Bourgogne-Franche-Comté, alors qu'il est de 11,7 ‰ en France Métropolitaine.

- Le volet périnatalité et pédiatrie du schéma régional de santé de Bourgogne Franche Comté traite des activités de soins « Obstétrique et néonatalogie » soumises à autorisation
- Les orientations nationales et les dispositions juridiques propres à cette activité sont définies par les documents suivants :
 - Décrets d'octobre 1998 : art. R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 du code de la santé publique, ils rendent opposable l'organisation en réseau entre les maternités de différents types d'un même territoire.
 - Plan de périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité
 - Circulaire du 4 juillet 2005 : collaboration médico-psychologique en périnatalité
 - Instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional au réseau
 - Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation en maternité
 - Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

L'organisation future devra tenir compte des préconisations émises dans le rapport de la Cour des comptes sur les maternités en décembre 2014¹³, plus particulièrement sur le constat fait de la nécessité de poursuivre la diminution de la durée de séjour, notamment en fixant au programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) de la CNAMTS des objectifs plus explicites en termes de sortie réellement plus précoce de la maternité.

Elle se doit d'être pensée dans le contexte actuel de pénurie de gynécologues obstétriciens, pédiatres et à moindre mesure d'anesthésistes réanimateurs.

¹² Données INSEE, état civil et recensement de la population de 2014

¹³ Cour des comptes. Les maternités. Cahier 1 : analyse générale. Décembre 2014

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Type de grossesses	Type de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II B	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

Les CPP : les décrets de 1998 prévoient que les maternités réalisant moins de 300 accouchements par an et n'étant pas reconnues comme exception géographique pouvaient être reconverties en centres périnataux de proximité (CPP). L'article R6123-50 du code de santé publique précise en effet que les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et post natales sous l'appellation de « centre périnatal de proximité », en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'ARS.

Le plan périnatalité 2005/2007 comporte un certain nombre de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Le chapitre 2 du plan consacré à « plus de proximité » prévoit notamment le renfort et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité. Il propose d'élargir le champ couvert par les consultations aux activités de gynécologie hors périnatalité, d'IVG, de rééducation périnéale et de pédiatrie.

Bilan de l'offre

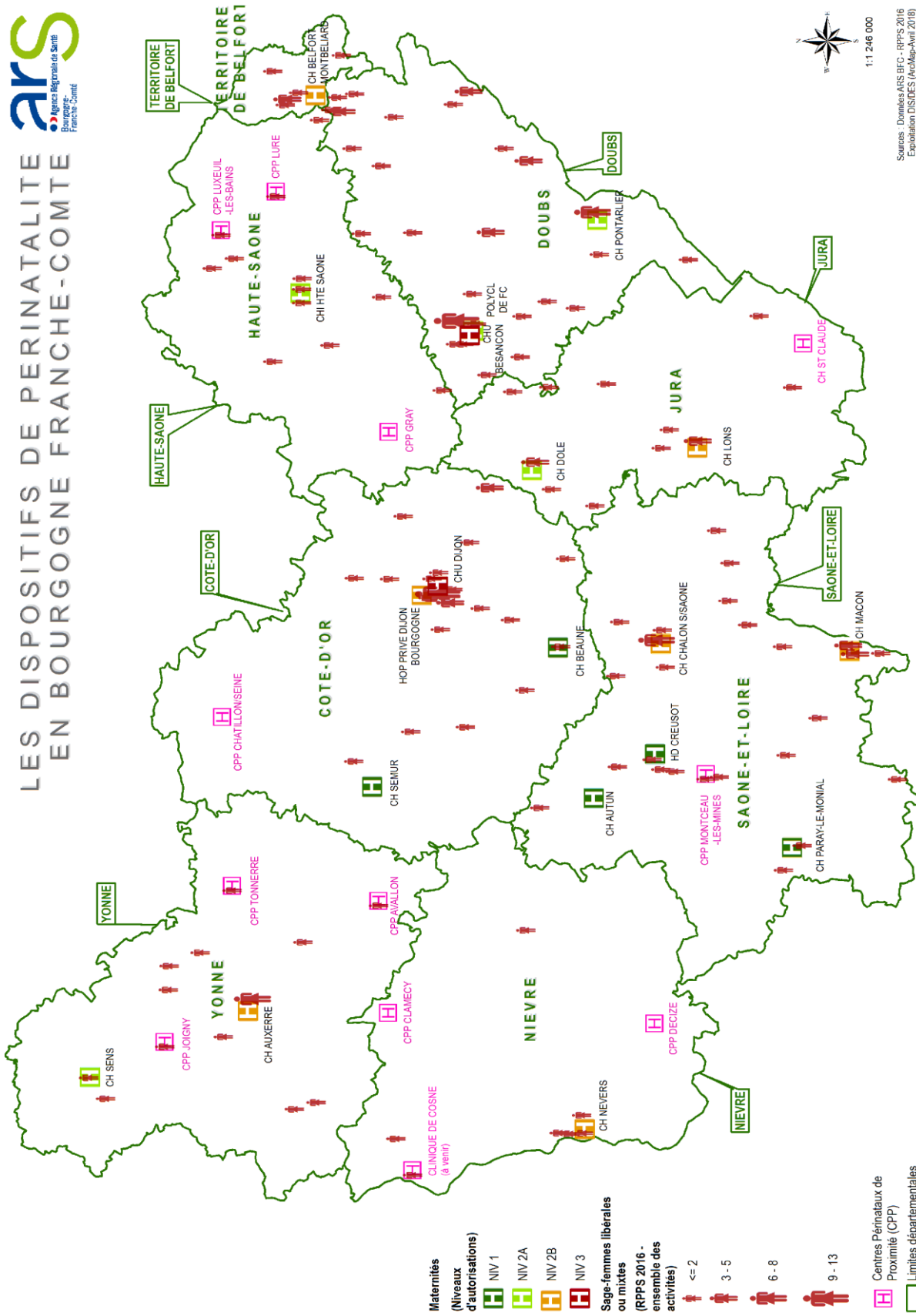
Médecins libéraux ou mixtes au 01.01.2016 ¹⁴			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Gynécologie médicale	38	25	2,4
Pédiatrie	40	33	2,4
Gynécologie-obstétrique	57	41	3,6
Médecins salariés exclusifs au 01.01.2016 ²			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Gynécologie médicale	9	5	2,7
Pédiatrie	95	72	3,6
Gynécologie-obstétrique	37	26	3,5
Ensemble des médecins spécialistes: densité au 01.01.2016 ²			
	Bourgogne	Franche-Comté	France métro
Gynécologie médicale	2,9	2,5	4,8
Pédiatrie	8,2	8,9	12,1
Gynécologie-obstétrique	5,7	5,7	7,1
Sages-femmes exerçant à titre libéral, salarié ou mixte au 01.01.2016 ²			
	Bourgogne	Franche-Comté	% BFC / F. métro
Sages-femmes	549	438	4,7

¹⁴ Données STATISS Bourgogne Franche Comté 2016

		2014				2015				2016					
AUTORISATIONS	DEP	RS	LIT_ OBS	LIT_ NEO	LIT_ SIN	LIT_ REA	LIT_ OBS	LIT_ NEO	LIT_ SIN	LIT_ REA	LIT_ OBS	LIT_ NEO	LIT_ SIN	LIT_ REA	
NIV1	21	CENTRE HOSPITALIER ROBERT MORLEVAT	15	0	0	0	14	0	0	0	15	0	0	0	
		CH BEAUNE	24	0	0	0	24	0	0	0	24	0	0	0	
	25	CLINIQUE DE MONTBELIARD	19	0	0	0	0	0	0	0	FERMEE EN 2015				
	39	CH LOUIS JAILLON SAINT CLAUDE	18	0	0	0	13	0	0	0	13	0	0	0	
	58	CH DECIZE	0	0	0	0					FERMEE EN 2012				
		CLINIQUE DE COSNE-SUR-LOIRE	15	4	0	0	15	0	0	0	15	0	0	0	
	71	CH AUTUN (SITE PARPAS)	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	
		CH PARAY-LE-MONIAL LES CHARMES	15	0	0	0	15	0	0	0	15	0	0	0	
		HOTEL DIEU DU CREUSOT	23	0	0	0	20	0	0	0	18	0	0	0	
NIV2	2b	21	CLINIQUE SAINTE MARTHE DIJON	36	12	4	0	32	12	4	0	27	12	4	0
	2a	25	CH BOULLOCHE HNFC MONTBELIARD	22	4	0	0	28	4	0	0	28	4	0	0
			CHI HC SITE RIVES DU DOUBS PONTARLIER	22	6	0	0	22	6	0	0	22	6	0	0
			HOSPITALIA MUTUALITE PFC	32	6	0	0	32	6	0	0	32	6	0	0
	2a	39	CH LONS	24	12	6	0	24	6	6	0	32	6	6	0
			CH LOUIS PASTEUR DOLE	20	6	0	0	20	6	0	0	20	6	0	0
	2b	58	C.H DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	34	10	3	0	34	7	3	0	34	7	3	0
	2a	70	CH VESOUL	25	6	0	0	25	6	0	0	25	6	0	0
	2b	71	CH LES CHANAUX MACON	44	10	3	0	38	7	3	0	37	7	3	0
			CH W MOREY CHALON S/SAONE	42	14	7	0	42	7	7	0	42	7	7	0
	2a	89	CH AUXERRE	45	12	6	0	45		6	0	45	6	6	0
CH SENS			26	6	0	0	26	6	0	0	26	6	0	0	
2b	90	CH HNFC SITE DE BELFORT	33	14	6	0	33	8	6	0	33	8	6	0	
NIV3	21	HÔPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	64	31	15	16	64	16	15	16	70	16	15	16	
	25	CHU JEAN MINJOZ	56	33	11	10	56	22	11	10	56	22	11	10	
Total général			664	186	61	26	632	125	61	26	639	125	61	26	

Données SAE 2017

LES DISPOSITIFS DE PERINATALITE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



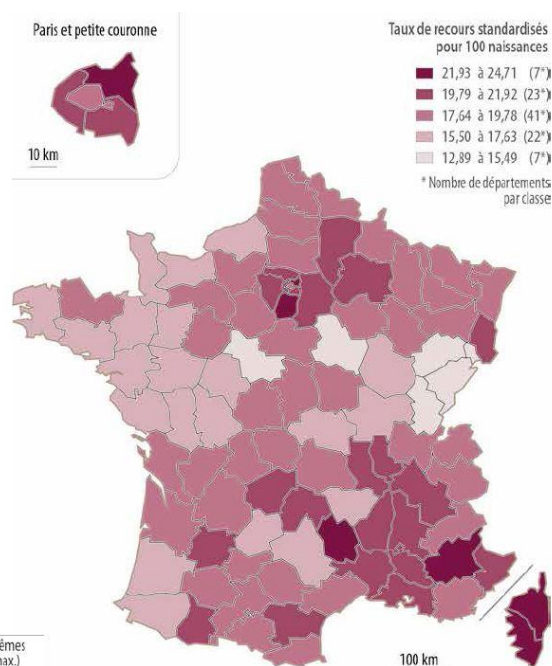
Sources : Données ARS BFC - RPPS 2016
Exploitation DIS/DES (ArcMap-Avril 2018)

Données d'activités

Bourgogne		CLINIQUE SAINTE MARTHE	HÔPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	CH ROBERT MORLEVAT	CLINIQUE DE COSNE-SUR- LOIRE	CH DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	CH PARAY-LE-MONIAL LES CHARMES	CH AUTUN (SITE PARPAS)	CH W MOREY CHALON- SUR-SAÔNE	CH LES CHANAUX MACON	HOTEL-DIEU DU CREUSOT	CH AUXERRE	CH SENS
2016	1 660	3 072	695	433	307	1 157	594	283	1 788	1 557	666	1 982	1 185	
2015	1 780	2 985	697	485	328	1 246	632	300	1 925	1 575	819	2 110	1 288	
2014	1 874	3 158	697	499	358	1 229	622	317	1 936	1 643	894	2 047	1 335	
Franche-Comté		CH BOULLOCHE HNF MONTBELIARD	CHIC HC SITE RIVES DU DOUBS PONTARLIER	CHRU JEAN MINJOZ	CLINIQUE DE MONTBELIARD	POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	CH LONS	CH LOUIS JAILLON SAINT CLAUDE	CH L PASTEUR DOLE	CHIC HAUTE SAONE SITE VESOUL	CH NORD FRANCHE COMTE BELFORT			
2016	1 587	1 186	2 745	0	1 534	1 068	342	906	1 044	1 973				
2015	1 577	1 191	2 741	132	1 670	981	361	991	1 149	1 978				
2014	1 507	1 199	2 601	352	1 859	1 057	388	1 040	1 130	2 031				

*Nombre d'accouchements par établissements, données ATIH, indicateurs de périnatalité 2016/2015/2014¹⁵

En 2014, la région Bourgogne Franche-Comté compte parmi les régions avec les taux les plus bas de



césarienne¹⁶ : (trêmes max.)

¹⁵ Source : ATIH, PMSI-MCO (RSA accouchements), Exploitation Drees. Champ : Ensemble des naissances vivantes domiciliées, France entière. Date de mise à jour 29/03/2016

¹⁶ Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. Edition 2016.

Prématurité

Département	Taux de prématurité (<37 sem. d'aménorrhée)	Taux de grande prématurité (<32 sem. d'aménorrhée)	Taux de très grande prématurité (<28 sem. d'aménorrhée)
Côte-d'Or	9,27	2,00	0,68
Doubs	7,43	1,25	0,68
Jura	6,70	0,47	0,08
Nièvre	6,32	0,27	0,13
Haute-Saône	6,48	0,28	0,09
Saône-et-Loire	5,69	0,16	0,02
Yonne	7,81	0,37	0,09
T. de Belfort	7,78	0,20	0,15

Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH / Année 2016

En 2016, le taux de prématurité à moins de 37 semaines d'aménorrhée est égal à 7,73 pour cent naissances vivantes en France métropolitaine. La même année, le taux de la Bourgogne-Franche-Comté est proche, 7,4 %.

Faibles poids de naissance

Département	Taux de faible poids (< 2 500 gr) en %	Taux de faible poids (< 1 500 gr) en %
Côte-d'Or	10,03	1,76
Doubs	7,68	1,38
Jura	7,13	0,47
Nièvre	7,33	0,34
Haute-Saône	7,89	0,00
Saône-et-Loire	6,21	0,22
Yonne	7,62	0,41
T. de Belfort	8,38	0,51

Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH / Année 2016

Les indicateurs de santé périnatale affichent un taux de faible poids (inférieur à 2 500 gr) égal à 8 % en France métropolitaine et à 7,9 % en Bourgogne-Franche-Comté.

6.1.6.2 Principes généraux d'organisation

6.1.6.2.1 Objectifs

Objectifs généraux :



Objectif général n°1 : poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés adapté au niveau de risque médico-psycho-social



Objectif général n°2 : poursuivre la restructuration des maternités de la région

PRS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE – SRS – juillet 2018 - juin 2023

Objectifs opérationnels :

Ces deux objectifs généraux se déclinent en 7 objectifs opérationnels :

- Maintenir une offre de proximité le cas échéant par le maintien ou la création de centres périnataux de proximité (CPP)
- Déployer dans chaque CPP une offre complète en gynécologie obstétrique, échographie, orthogénie et pédiatrie
- Mutualiser les moyens et promouvoir l'activité multi sites des professionnels de santé au sein d'un même GHT (médecins, sages-femmes, infirmière diplômée d'état, auxiliaire puéricultrice, aide-soignante...) afin de participer au maintien du niveau d'expertise
- Renforcer le maillage territorial en améliorant les collaborations ville/hôpital (Cf Parcours)
- Poursuivre la diminution des durées moyennes de séjour (DMS) en maternité
- Renforcer ou dispositifs gradués de soins psychiques en périnatalité
- Utiliser la télémédecine et les systèmes d'information partagée

Résultats attendus :

- Répartition efficiente de l'offre en gynécologie obstétrique en adéquation avec les besoins de la population
- Maintien du niveau de qualité et de sécurité en adéquation avec les indicateurs qualité de l'HAS

6.1.6.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Consolider le virage ambulatoire en gynéco-obstétrique
- Passage en niveau II A d'une maternité en zone Côte d'Or
- Restructuration de l'offre en périnatalité dans le Jura
- Amélioration des coopérations entre sages-femmes libérales et établissements de santé dans les zones dites désertiques de Bourgogne-Franche-Comté
- Sécuriser le transport sanitaire des femmes enceintes dans les territoires isolés
- Adapter si nécessaire l'offre de soin aux futurs décrets de périnatalité (en cours de travail à la direction générale de l'offre de soins (DGOS))

6.1.6.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	HC	1	1	4	2*	2	3	2**	1	1
	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	0	0	1	0	0	1	1	1	0
	HAD	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	2	1	1	4	1	1	1	1	1
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	2	0	1	1	1	1	1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Pour information	Centre Périnatal de Proximité	1	2	0	1	0	1	1	3	1
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	HC	4	1	1	4	1	2 à 3***	1	1	1
	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
	HAD	0	0	0	0 à 1	0	0	0	0	0
Pour information	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	3	1	1	4	1	1	1	1	1
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	2	0	1	1	1	1	1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Pour information	Centre Périnatal de Proximité	1	2	0	1	1	1 à 2	2	3	1
Ecart (2) - (1)	HC	0	0	0	0	-1	-1 à 0	-1	0	0
	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	1	1	1	0	1	1	0	0	1
	HAD	0	0	0	-1 à 0	0	0	0	0	0
Pour information	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pour information	Centre Périnatal de Proximité	0	0	0	0	1	0 à 1	1	0	0

* : dont une activité suspendue depuis avril 2018

** : dont une activité suspendue depuis décembre 2017

*** : 2 des 3 modalités de cette zone d'implantation présentent une certaine fragilité liée notamment à leur niveau d'activité. Cette fourchette signale que des actions devront être entreprises pour garantir la pérennité à minima d'une de ces activités et si possible des deux dans les conditions requises de qualité et de sécurité des soins

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.6.3 Indicateurs

- Indicateurs de santé périnatale nationaux de l'agence technique de l'information de l'hospitalisation (ATIH)
- Durée moyenne de séjour en maternité
- Résultats de l'évaluation par l'Assurance maladie du programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) après hospitalisation en maternité

6.1.6.4 Articulation

- L'ensemble de ces organisations devront se faire en lien avec les réseaux urgences, la permanence des soins en établissement de santé et seront à intégrer dans le cadre des travaux du plan d'action régional des urgences (PARU). Elles devront être en cohérence avec les projets médicaux partagés périnatalité des groupements hospitaliers de territoire.
- Lien avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des réseaux de santé en périnatalité de Bourgogne et Franche Comté

6.1.6.5 Transversalité

- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences - PARU (pour l'organisation des transports néonataux)

6.1.7 Médecine d'urgence

6.1.7.1 Contexte et problématique

Cadre juridique :

La médecine d'urgence est une activité de soins soumise à autorisation qui s'exerce selon trois modalités :

- la régulation des appels par les services de l'aide médicale urgente (CRRA 15-SAMU) ;
- la prise en charge par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) adultes ou pédiatriques ;
- la prise en charge par des structures des urgences (SU) adultes ou pédiatriques.

Le projet régional de santé doit organiser l'accès aux soins non programmés pour tous sur l'ensemble du territoire régional, en particulier la réponse aux situations d'urgence vitale. Pour atteindre cet objectif, l'organisation de la prise en charge doit être effective 24h/24 toute l'année et coordonnée, articulée avec la réponse pré et post hospitalière.

La médecine d'urgence constitue le point d'articulation entre la permanence des soins en ambulatoire et la permanence des soins en établissements de santé. Elle s'intègre dans les orientations du Plan d'actions régional des urgences (PARU) qui traite de manière plus globale, l'organisation de la réponse aux soins non programmés (permanence des soins ambulatoire, régulation médicale hospitalière et libérale, transports sanitaires, urgences hospitalières, filière d'aval).

Par ailleurs, la circulaire DGOS N°2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences SAMU-SMUR et l'instruction DGOS du 10 juillet 2015 précisent les modalités d'application du référentiel de gestion du temps de travail médical posté limité à 39h.

Les centres d'enseignements des soins d'urgence (CESU) bénéficient d'un agrément de l'ARS et ne sont pas soumis au régime des autorisations d'activité de soins. Ils sont situés dans les établissements de santé au sein du pôle hospitalier comprenant le service d'aide médicale urgente.

Bilan de l'existant¹⁷

Au 1^{er} janvier 2017, la région compte en implantations autorisées (prenant en compte le regroupement des SMUR et SU de Montbéliard et de Belfort sur le site de l'hôpital Nord Franche Comté à Trévenans) :

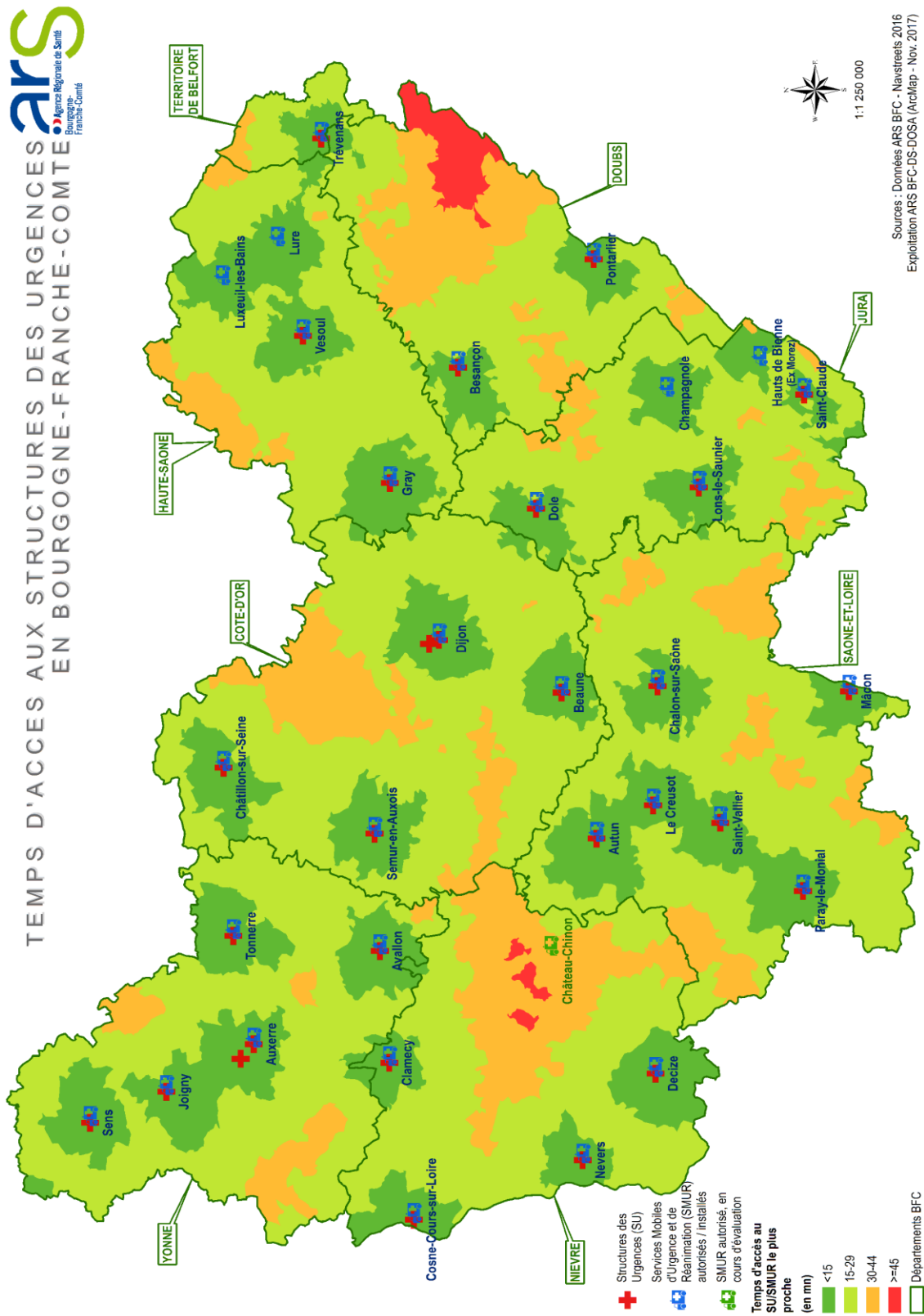
- 8 SAMU (1 par département) dont 5 centres de réception et de régulation des appels (CRRA 15) ;
- 32 implantations de SMUR dont 2 antennes (une des deux antennes est autorisée mais non encore installée) et un SMUR pédiatrique (Dijon) ;
- 29 structures des urgences polyvalentes et 4 structures des urgences pédiatriques (Auxerre, Besançon, Dijon, Sens).

Cette offre est complétée par :

- des unités d'hospitalisation de très courte durée (inférieure à 1 journée) adossées aux structures des urgences (au 31 décembre 2016 : 172 lits dont 11 dédiés aux urgences pédiatriques à Dijon, Besançon et Auxerre) ;
- des consultations non programmées qui permettent d'accueillir en journée, des patients demandeurs de soins non programmés (3 sites : Lure, Luxeuil, Champagnole) ;
- des médecins correspondants SAMU sur le secteur du Haut-Doubs et sur la Nièvre ;
- 4 héliSMUR, un hélicoptère de la sécurité civile et un hélicoptère de la gendarmerie nationale ;
- 7 centres d'enseignement des soins d'urgence. Le centre hospitalier de Dole compte un CESU mais ne comporte pas de SAMU. Le CH de Nevers bien qu'ayant un SAMU, n'a pas de CESU agréé.

¹⁷ Source : ARHGOS, janvier 2017

La cartographie ci-dessous doit être mise en regard de celle présentée dans la fiche Projet prioritaire PARU comportant les moyens hélicoptérés et les médecins correspondants SAMU.



Nb : Les deux SMUR et les structures des urgences de Montbéliard et de Belfort sont désormais regroupés sur le nouveau site de l'hôpital Nord Franche Comté de Trévenans.

Les principales avancées ont consisté à réorganiser et sécuriser la réponse de la médecine d'urgence dans des établissements où les conditions de sécurité des soins et de seuil d'activité n'étaient plus remplies. En effet, deux structures des urgences de la région présentaient un nombre de passage aux urgences, inférieurs aux seuils d'activité fixés par la réglementation à 8000 passages par an.

Sur la Franche-Comté, la structure des urgences de Champagnole a été transformée en centre de consultations non programmées.

Sur la Bourgogne, la mise en place d'une nouvelle organisation des soins urgents dans le Montbardois a conduit au non renouvellement du SMUR et de la structure des urgences du site de Montbard (Centre hospitalier intercommunal de Haute Côte d'Or). Les SMUR de Semur-en-Auxois et de Chatillon-sur-Seine ont pris le relais assurant la prise en charge des urgences vitales 24h/24.

A partir de 2015, la plateforme régionale de régulation médicale située au CHU de Besançon a pris en charge les appels du centre 15 situé sur Belfort rendant effective la régionalisation de la réception et la régulation des appels d'aide médicale urgente sur la Franche Comté.

Activité 2016¹⁸ :

Activité des centres de réception et de régulation des appels (CRRRA 15)

L'activité est variable selon l'organisation préexistante dans les deux ex-régions (1 centre en Franche Comté et 4 centres en Bourgogne) avec une forte disparité des appels présentés entre les centres. Mais elle est cohérente avec la population des zones géographiques couvertes : 88 409 à Nevers, 162 986 à Auxerre, 240 530 à Chalon, 256 540 à Dijon et 610 120 à Besançon, soit 1 358 585 appels présentés en région. Besançon couvre 45 % des appels de la région.

Le nombre de dossiers de régulation s'élève en 2016 à 723 473. 78,7 % des dossiers de régulation ont fait l'objet d'une régulation médicale dont 33% assurée par des médecins libéraux.

Temps d'accès à un centre de soins urgents

93,1% de la population du territoire régional¹⁹ est domiciliée à moins de 30 minutes d'une implantation SU/SMUR. 6,2 % de la population reste située entre 30 et 45 minutes d'une telle structure et 0,7 % à plus de 45mn. L'installation de l'antenne de Château Chinon autorisée permettra d'améliorer les temps d'accès sur des zones rouges (cf. cartographie).

Passages aux urgences

Entre 2015 et 2016, le nombre de passages aux urgences générales (804 698) a progressé de 2,5%, celui relatif aux urgences pédiatriques de 4,7 % (69 356). 12% des passages concernent des personnes de plus de 80 ans, comme en 2015.

En 2016, 6 structures des urgences ont une activité inférieure à 11 500 passages annuels : Clamecy, Decize, Gray, Tonnerre, Chatillon-sur-Seine, Saint-Claude. Les cliniques Sainte-Marguerite d'Auxerre et de Chenove à Dijon, ainsi que le centre hospitalier d'Avallon ont une activité inférieure à 15 000 passages.

¹⁸ Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES – Années 2013-2016

¹⁹ INSEE RP 01/01/2017

Tous passages confondus (adultes, enfants)²⁰, 22,69 % ont donné lieu à une hospitalisation en 2016 en médecine chirurgie obstétrique contre 24% en 2013. Cependant, cette situation est très contrastée entre établissements : de 4,7 % (Polyclinique d'Auxerre) à 41,6 % (Hospices civils de Beaune) d'hospitalisation des personnes passées aux urgences.

En 2016, les UHCD totalisent 51 471 journées d'activité avec une diminution de 2,5% par rapport à 2015. Le taux d'occupation des UHCD s'élève à 81,4 %.

Sorties SMUR

Les sorties terrestres représentent 90,5% de l'ensemble des sorties SMUR. La progression du nombre de passage aux urgences n'est pas corrélée aux sorties primaires des SMUR qui sont en diminution de 7,2% entre 2013 et 2016. Les sorties primaires assurées par les moyens aériens correspondent à 4,4% du total des sorties primaires avec des disparités infra-régionales (de 2% à 5,8%). L'utilisation en primaire, plus importante en Franche-Comté, semble favorisée par la centralisation de la régulation, l'accès rapide à l'hélicoptère et la géographie de la région. Une étude régionale de l'utilisation des transports hélicoptérés montre également une sous-utilisation dans la Nièvre qui interroge les pratiques d'engagement et l'articulation entre les centres de régulation.

Le moyen hélicoptéré est utilisé pour 30% des sorties secondaires, dont une part importante par substitution des SMUR terrestres.

Sur le total des sorties SMUR primaires, 55% des patients ont fait l'objet d'une médicalisation du transport dont au moins 20 % concernaient des patients de plus de 80 ans.

Taux régional de passages aux urgences 2016 (rapportés à la population)²¹ : 31%

Quatre départements (21, 25, 70, 90) se situent en-dessous de cette moyenne. L'Yonne affiche le plus fort taux de passages aux urgences avec 46 %. Ce taux peut être rapproché de l'évolution de la démographie médicale libérale sur le département, insuffisante pour répondre aux demandes de soins de la population qui se reportent sur les services d'urgences. La Nièvre se situe à 37 %.

Taux régional d'appels présentés SAMU centre 15 (rapportés à la population) : 48%.

L'ensemble des départements se situe dans une fourchette allant de 41 % (Nevers) à 52 % (Besançon).

²⁰ Les pourcentages qui suivent ont été calculés sur le périmètre des établissements ayant complété de manière exhaustive l'enquête SAE – Données à considérer a minima car calculées sans certains établissements.

²¹ Nombre total de passages aux urgences (générales et pédiatriques) rapportée à la population du département (Population estimée au 1^{er} janvier 2015 – source STATISS ARS Bourgogne Franche Comté 2016)

Problématique des effectifs de médecins urgentistes

Le référentiel relatif au temps de travail²² des médecins urgentistes vise à définir leurs obligations de service qui se répartissent en deux périodes de temps de travail dans la limite de 48h hebdomadaires : le temps dédié au travail clinique posté sur 39h et un temps forfaitaire réservé aux activités non postées (cliniques ou non). Peut s'y ajouter un temps de travail additionnel qui s'entend comme l'activité clinique postée réalisée une fois que l'ensemble des obligations de service (activités postées et non postées) a été réalisé.

La mise en œuvre de ce référentiel implique une adaptation des organisations avec un besoin supplémentaire de près de 15 % des effectifs pour assurer la permanence des soins.

Aujourd'hui, aux fins d'application de la réforme, un certain nombre d'établissements utilise déjà tout ou partie de ce temps additionnel pour du travail posté ou ont recours à des intérimaires.

D'autres établissements n'ont pas pu mettre en œuvre la nouvelle organisation du temps de travail des médecins urgentistes par défaut de ressources médicales suffisantes.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a initié une enquête nationale début 2017 pour faire un état de la situation. Il en ressort que moins de 12 des 26 établissements de la région appliquent le référentiel et qu'il manquerait plus d'une centaine de postes pour le faire sur la totalité des établissements.

Le décret 2018-427 du 31 mai 2018 a précisé et sécurisé les conditions d'organisation de lignes de garde communes entre le SMUR et la structure des urgences (SU) et, en particulier, introduit la possibilité pour les établissements autorisés, lorsque la faible activité du SU et du SMUR le permet, de recourir à une astreinte médicale en complément d'une garde d'urgentiste afin d'assurer cette activité.²³

Ce contexte de démographie médicale contraint à faire évoluer l'organisation de la médecine d'urgence pour pérenniser la réponse à aux enjeux d'accessibilité de la population.

Axes de développement

- Homogénéiser l'organisation des centres de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente sur la région ;
- Conforter la couverture du territoire pour garantir à la population régionale un accès en moins de 30 minutes à une structure des urgences en tenant compte de l'évolution de la réglementation sur le temps de travail des médecins urgentistes ;
- Fluidifier et spécialiser la filière de prise en charge.

²² Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

²³ Décret n° 2018-427 du 31 mai 2018 modifiant l'article D. 6124-11 du code de la santé publique relatif à l'organisation de lignes de garde communes entre structure des urgences et structure mobile d'urgence et de réanimation

6.1.7.2 Principes généraux d'organisation

6.1.7.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : optimiser le fonctionnement de la régulation hospitalière et ambulatoire (cf. fiche 5.2.1 : PARU)

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Harmoniser les pratiques des 5 CRRA 15 conformément aux référentiels de régulation et des arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement en cours

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Fédération des 5 CRRA 15 autour d'un diagnostic commun de leur activité (ARM, médecins) et d'une doctrine régionale d'engagement des moyens

Résultats attendus :

- Respect des référentiels et recommandations en cours

- Regrouper les régulations dans une organisation régionale pour optimiser la ressource médicale et développer des régulations spécialisées en s'appuyant sur la mise en œuvre du SI-SAMU (système d'information des SAMU)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour un réseau des urgences unique de Bourgogne-Franche-Comté avec plusieurs commissions. L'une d'entre elles réunit l'ensemble des CRRA et des référents SAMU départementaux pour porter une politique régionale favorisant une mise en commun et une utilisation partagée de ressources dans le cadre l'aide médicale urgente
- Regroupement des CRRA 15 de BFC. En l'état actuel, 3 sites sont identifiés pour répondre aux besoins de la population, tout en tenant compte des contraintes démographiques médicales urgentistes : Chalon, Dijon, Besançon. Ce maintien des sites est conditionné par leur intégration dans l'organisation régionale décrite ci-dessus. Une évaluation est prévue sur le temps du SRS (cf. 6.1.7.2.2)
- Mise en œuvre de SI-SAMU en s'appuyant sur les deux sites pilotes des 2 CHU pour anticiper la mutualisation inter CRRA 15

Résultats attendus :

- Égalité de traitement et d'accès aux soins
- Réponse opérationnelle aux situations de crise

- Maintenir une mission SAMU et un CESU dans chaque département, assurés par un référent SAMU participant aux travaux d'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours à la demande du Préfet.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Coordination interdépartementale des référents SAMU départementaux notamment dans le schéma ORSAN-AMAVI, assurée par la structure régionale de coordination AMU
- Mise en œuvre d'un CESU par département



Objectif général n°2 : garantir l'accessibilité à des soins urgents de qualité tout en tenant compte des contraintes démographiques de la population et des professionnels des services d'urgence

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Maintenir une offre SMUR assurant l'accessibilité de la population à moins de 30 mn d'une structure des urgences²⁴

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Révision des implantations du nord Saône-et-Loire
- Dans le cadre du PARU optimisation des vecteurs hélicoptères et organisation de réponses alternatives, régulées par le 15, pour chaque territoire situé à plus de 30mn...
- Etude d'opportunité d'une antenne SMUR sur les territoires peuplés pour lesquels les réponses alternatives s'avèrent insuffisantes

- Réduire le nombre de structures d'urgences et/ou de lignes de garde en tenant compte du nombre de passages et des contraintes démographiques des médecins urgentistes.

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition des implantations, du nombre de lignes nécessaires, des horaires d'ouvertures de l'ensemble des structures d'urgences (SAMU CRRA 15, SMUR et SU) compatibles avec les besoins de la population et de la démographie médicale des urgentistes.
- Approfondissement du diagnostic pour les services d'urgence en dessous de 15 000 passages : caractérisation de leur passages et mesure des impacts sur l'activité de l'établissement et des autres sites, les effectifs et les transports.
- Adaptation de l'amplitude horaire d'ouverture ou des effectifs des sites en dessous de 11 500 passages. Une organisation mixte associant médecin généraliste et le médecin urgentiste en charge du SMUR 24/24 pourra être expérimentée.
- Soutien à la démographie médicale des urgentistes :
- Application du référentiel sur le temps de travail au sein des projets médicaux partagés des GHT dans un cadrage régional (phasage et modalités)
- Accompagnement des besoins de formation en nombre de futurs urgentistes pour assurer le renouvellement et le renforcement des effectifs actuels

²⁴ Article 23 -Loi no 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne – JO du 29 décembre 2016

Résultats attendus :

- Application du référentiel sur le temps de travail des urgentistes, sans augmentation du recours à l'intérim

- Développer les coopérations territoriales en médecine d'urgence au sein des zones de planification sanitaire (Cf. Fiche 5.2.1 : PARU)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise à disposition d'un diagnostic territorial à l'usage des établissements des zones de planification sanitaire en lien avec l'observatoire régional des urgences (ORU)
- Suivi des projets médicaux partagés sur la base de la note de cadrage relative au PARU adressée aux GHT en novembre 2016.
- Organisation des implantations et évolution des structures d'urgences, en lien avec les CRRA 15 dont ils dépendent, afin de tenir compte des contraintes de démographie des urgentistes.
- Mise en œuvre d'équipes médicales et paramédicales de territoire dans la continuité des FMIH déjà existantes

Résultats attendus :

- Amélioration de la réponse territoriale et cohérence territoriale de l'offre
- Application du référentiel sur le temps de travail des urgentistes sans augmenter le recours à l'intérim

- Améliorer l'organisation au sein des structures d'urgence pour resserrer au mieux l'activité des urgentistes sur leur cœur de métier médical (Cf. fiche 5.2.1 : PARU).

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des Transports infirmiers inter-hospitaliers
- Développement de la délégation de tâches (ex : protocoles infirmiers, prescriptions anticipées)
- Optimisation des circuits et recours aux plateaux techniques en lien avec la PDSES
- Appui des urgences par un gestionnaire de lits ou une cellule de gestion des lits
- Protocolisation des retours à domicile s'appuyant sur les SI et les dispositifs de coordination type plateformes territoriales d'appui (PTA)
- Optimisation des transports en sortie des hospitalisations

Résultats attendus :

- Efficacité de l'organisation
- Diminution des temps de passage aux urgences (analysés par parcours)
- Sécurisation de la prise en charge

- Développer les réponses adaptées en médecine générale pour répondre aux demandes de soins non programmés (Cf. fiche 5.2.1 : PARU)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développer des réponses aux SNP s'appuyant sur l'ensemble des intervenants dans la demande de SNP, en améliorant la continuité des soins en médecine de ville, notamment au sein des MSP, et en la reliant efficacement avec les urgences
- Organisation de l'accès direct via les CRRRA 15 :
 - aux structures assurant les soins non programmés,
 - aux transports.

Résultats attendus :

- Amélioration de la couverture régionale
- Diminution du nombre de passages aux urgences hospitalières



Objectif général n°3 : structurer et améliorer la réponse des filières spécialisées aux urgences

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Définir le maillage gradué des accueils et des transports pédiatriques en trois niveaux : recours régional CHU, recours établissement support de GHT, recours de proximité (Cf. fiche 5.2.1 : PARU)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Valorisation et analyse de l'activité existante à travers les résumés de passage aux urgences (RPU)
- Organisation des modalités d'accueil par territoire d'implantation selon les niveaux de prise en charge en lien avec les services de pédiatrie : recours régional CHU, niveau établissement support de GHT, niveau de proximité
- Organisation des transports pédiatriques et néonataux sur l'ensemble de la région afin de préciser les besoins en SMUR pédiatrique

Résultats attendus :

- Amélioration de la prise en charge pédiatrique et néonatale
- Remontée effective des résumés de passages aux urgences (RPU) dans l'observatoire régional des urgences (ORU)
- Simplification des autorisations en médecine d'urgence pédiatrique. Dans l'attente de la réforme des autorisations, limiter l'autorisation aux deux CHU

- Mettre en œuvre la filière d'accueil de la personne âgée aux urgences, en aval et en amont des urgences (Cf. Fiche 5.2.1 : PARU et fiche 2.1 : Parcours Personne âgée)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation des prises en charge directes dans le service adapté en lien avec les CRRA 15
- Recours à un spécialiste dès la prise en charge aux urgences, notamment en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- Prévention des ré-hospitalisations en urgence en organisant la sortie de la personne âgée avec les professionnels de proximité, en premier lieu le médecin traitant, et avec la contribution des Plateformes territoriales d'appui (PTA)

Résultats attendus :

- Diminuer les passages aux urgences évitables des personnes âgées
- Sécuriser le parcours de soins

- Permettre une meilleure prise en charge urgente des personnes en situation de handicap (Cf. fiche 2.2 : Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation des professionnels des urgences à la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Recensement et diffusion des outils existants permettant la coordination entre les établissements et services médico-sociaux et le service des urgences : fiche de liaison, dossier liaison urgences, protocole d'accueil, convention

Résultats attendus :

- Des professionnels des urgences mieux formés à la prise en charge du handicap
- Des accueils aux urgences préparés et facilités
- L'accompagnant ou l'aidant familial reconnu comme partenaire du soin

- Mettre en œuvre la filière de soins psychiatriques aux urgences (enfants et adultes) et en aval des urgences (Cf. fiche 5.2.1 : PARU et fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Accès à un avis psychiatrique dans tout service d'accueil des urgences
- Organisation d'une réponse graduée en fonction des caractéristiques du territoire
- Mise en place d'organisations permettant aux personnes reçues aux urgences de bénéficier d'une évaluation dans les 72 heures après leur venue
- Organisation de l'accueil aux urgences des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement (ou en situation de crise) en lien avec les foyers éducatifs

Résultats attendus :

- Tout médecin urgentiste peut recourir à un avis psychiatrique
- Diminution des admissions en soins sans consentement pour péril imminent demandées par les services d'urgence
- Une consultation de suivi est proposée systématiquement dans les 72 heures après le passage aux urgences

6.1.7.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Au regard des éléments développés ci-dessus, l'évolution proposée est la suivante :

- SAMU CRRA 15 : dans le cadre d'une organisation régionale de l'AMU,
 - o optimiser le nombre d'implantations des CRRA, :
 - 1ère étape : regroupement du CRRA 15 de la Côte-d'Or et de la Nièvre sur le CHU de Dijon
 - 2ème étape : évaluation intermédiaire des regroupements des régulations
 - 3ème étape : regroupement des CRRA 15 de la Côte-d'Or/Nièvre et de l'Yonne sur le CHU de Dijon en fonction des résultats de l'évaluation intermédiaire
 - o maintenir une représentation du SAMU par département (lien avec le préfet de département)
- SMUR :
 - o doublement des lignes uniquement sur les sites support de GHT,
 - o suppression d'une implantation en Bourgogne,
 - o mise en conformité des autorisations de SMUR au regard de la réglementation actuelle (art. R.6123-2 du code de la santé publique²⁵)
 - o transformation des SMUR en antennes de SMUR ou sites secondaires de SMUR²⁶ en cas de modification des horaires d'ouverture de la structure d'urgence,
 - o rattachement de l'antenne SMUR au site support du GHT,
 - o création d'antennes SMUR ou sites secondaires de SMUR lorsque les besoins de la population le justifient et en l'absence de réponse alternative
- Structure des urgences :
 - o maintien a minima des structures sur les sites avec plateau technique chirurgical
 - o adaptation de l'amplitude horaire d'ouverture ou des effectifs sur les structures des urgences dont l'activité est inférieure à 11 500 passages annuels. Chaque fois que cela sera possible, il sera fait usage du décret du 31 mai 2018 pour permettre une ouverture H24.

6.1.7.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

²⁵ « L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences » telle que définie à l'article R.6123-18 : « Tout établissement autorisé [au titre du 3° de l'article R.6123-1] est tenu d'accueillir **en permanence** dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU ».

²⁶ Une antenne de SMUR est identifiée en tant que telle dans le cas où l'établissement d'implantation dépend d'une entité juridique différente de l'entité juridique titulaire de l'autorisation de SMUR. A l'inverse, l'autorisation de SMUR est attribuée à l'entité juridique pour chaque site géographique d'implantation dès lors que tous les sites géographiques relèvent de cette même entité juridique. Dans ce dernier cas, les SMUR des différents sites géographiques d'une même entité juridique sont répertoriés dans la modalité « SMUR » et non « Antenne SMUR ». (Instruction DREES/DMSI/DGOS/R2 n°2015-240 du 21 juillet 2015)

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	SAMU CRRA 15	1	0	0	1	0	0	1	1	0
	Structure des urgences	5	1	1	4	2	2	4	5	2
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	0	1	0	0	0	1	1
	SMUR	4	3	1	4	3	2	4	4	2
	SMUR pédiatrique	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Antenne SMUR	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	SAMU CRRA 15	1	0	0	1	0	0	1	0 (e)	0
	Structure des urgences	4 à 5 (a)	1 (d)	1	3 à 4 (a)	2	2	3 à 4 (a)	2 à 4 (a)	2
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	SMUR	3 à 4 (b)	2 à 3	1	3 à 4 (a)	3	2	2 à 3 (a)	2 à 4 (a)	2
	SMUR pédiatrique	1 (c)	0	0	0 (c)	0	0	0	0	0
Antenne SMUR	0 à 1 (b)	0	0	0 à 1 (b)	1	0	0 à 1 (b)	0 à 2 (b)	0	
Ecart (2) - (1)	SAMU CRRA 15	0	0	0	0	0	0	0	-1 (e)	0
	Structure des urgences	-1 à 0 (a)	0	0	-1 à 0 (a)	0	0	-1 à 0 (a)	-3 à -1 (a)	0
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1
	SMUR	-1 à 0 (b)	-1 à 0	0	-1 à 0 (b)	0	0	-2 à -1 (b)	-2 à 0 (b)	0
	SMUR pédiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antenne SMUR	0 à 1 (b)	0	0	0 à 1 (b)	0	0	0 à 1 (b)	0 à 2 (b)	0	

(a) par adaptation de l'amplitude horaire d'ouverture ou des effectifs des structures des urgences en l'état actuel de la réglementation

(b) par transformation des SMUR autorisés en antennes de SMUR

(c) maintien du statu quo en attendant les travaux en cours sur les transports néonataux et les SMUR pédiatriques

(d) associée à 2 consultations de soins non programmés

(e) au vu de l'évaluation des impacts des régulations regroupées

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.7.3 Indicateurs

- Evolution du nombre de passages aux urgences des personnes de plus de 80 ans
- Evolution des transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH)

6.1.7.4 Articulation

- Les réseaux des urgences: réseau des urgences bourguignon (RUB)/ observatoire régional des urgences bourguignon (ORUB) et réseau régional des urgences hospitalières de Franche Comté (RRUHFC)/observatoire des urgences de Franche Comté (ORUFC)
- Les établissements hospitaliers (SU/SAMU/SMUR/FMIH/GHT/CHT)
- Les conseils départementaux d'ordre médical (CDOM)
- Les unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS)
- Les associations de médecine libérale participant à l'AMU (ex SOS, associations de régulation libérale)
- Les fédérations hospitalières : fédération hospitalière de France (FHF), fédération hospitalière privée (FHP), fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)
- Les associations de transporteurs sanitaires urgents (ATSU)
- Les préfetures
- Les représentants des usagers
- Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN)

6.1.7.5 Transversalité

- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits, en particulier :
 - o Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
 - o Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale, en particulier :
 - o Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers, en particulier
 - o Fiche 4.7 : Développement de l'enfant
- Partie V : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins, en particulier :
 - o Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
 - o Fiche 5.2 : Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents
 - o Fiche 5.3 : Améliorer l'efficacité du système de santé
- Fiche 5.4 : Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et notamment
 - o Fiche 5.4.4 : Prévention et traitement des risques sanitaires

6.1.8 Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

6.1.8.1 Contexte et problématique

(Pour le contexte épidémiologique, se reporter à la fiche *Parcours Maladies cardio-vasculaires*)

Cadre juridique

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie correspondent à 3 types d'actes :

- les actes de type 1 : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme ;
- les actes de type 2 qui portent sur les cardiopathies de l'enfant et les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur des cardiopathies congénitales (sauf actes réalisés en urgence) ;
- les actes de type 3 portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

Ces activités sont généralement regroupées sous l'appellation « cardiologie interventionnelle ». Cette dernière se définit comme toute méthode non chirurgicale permettant de corriger les troubles du rythme cardiaque, des malformations cardiaques ou des troubles vasculaires relatifs au muscle cardiaque. Elle regroupe les actes les plus complexes excluant les actes diagnostiques et les activités de stimulation cardiaque classique (pose de stimulateur cardiaque simple et double). La nature de chacun des types d'actes ainsi que des seuils planchers annuels d'activité ont été fixés par voie réglementaire :

- pour les actes de type 1 : 50 procédures d'ablation endocavitaire hors ablation de la jonction atrio-ventriculaire ;
- pour les actes de type 2 : 40 actes dont 50% au moins sur des enfants ;
- pour les actes de type 3 : 350 actes d'angioplastie coronaire.

La liste des actes pris en compte pour le calcul de chaque seuil est régulièrement mise à jour.²⁷

Les activités interventionnelles réalisées en première intention sur des cardiopathies congénitales découvertes à l'âge adulte, relèvent de l'activité de type 3.

Bilan de l'existant

Au 1^{er} janvier 2017, la région comporte 9 implantations autorisées pour des activités de cardiologie interventionnelle correspondant à 16 autorisations réparties comme suit :

- 1 établissement autorisé pour les actes de type 1 uniquement ;
- 2 établissements autorisés pour les actes de type 3 uniquement ;
- 5 établissements autorisés pour les actes de type 1 et 3 ;
- le CHU de Dijon est la seule entité autorisée pour les trois types d'actes.

²⁷ Consultable sur le site de ATIH <http://www.atih.sante.fr/> :-Dernière version : Identification des activités de soins dans le champ MCO pour l'activité 2016 -Mise à jour de l'annexe au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé -Septembre 2016

A noter que les deux CHU bénéficient également d'une autorisation pour l'activité de soins de chirurgie cardiaque adulte. Au sein de l'inter-région Est, c'est le CHU de Strasbourg qui est titulaire de l'autorisation de chirurgie cardiaque pédiatrique.

Cette offre est complétée par 14 unités de soins intensifs en cardiologie adossées aux établissements exerçant la cardiologie interventionnelle et/ou disposant de services de médecine en cardiologie. 134 lits sont installés au sein de ces unités (minimum : 6 lits - maximum 12 lits). L'ensemble de ces unités, qui font l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'ARS et les établissements concernés, respecte le minimum de 6 lits par unité.²⁸

En Bourgogne, chaque département est doté d'un plateau de cardiologie interventionnelle. Néanmoins, celui de Chalon est limité à la réalisation des actes de type 1 et ceux de Nevers et Macon aux actes de type 3.

En Franche-Comté, les autorisations sont concentrées sur 3 établissements situés dans les deux principaux pôles urbains : Besançon (CHU et clinique Saint-Vincent) et Aire de Belfort-Montbéliard à Trévenans (Hôpital Nord Franche Comté).

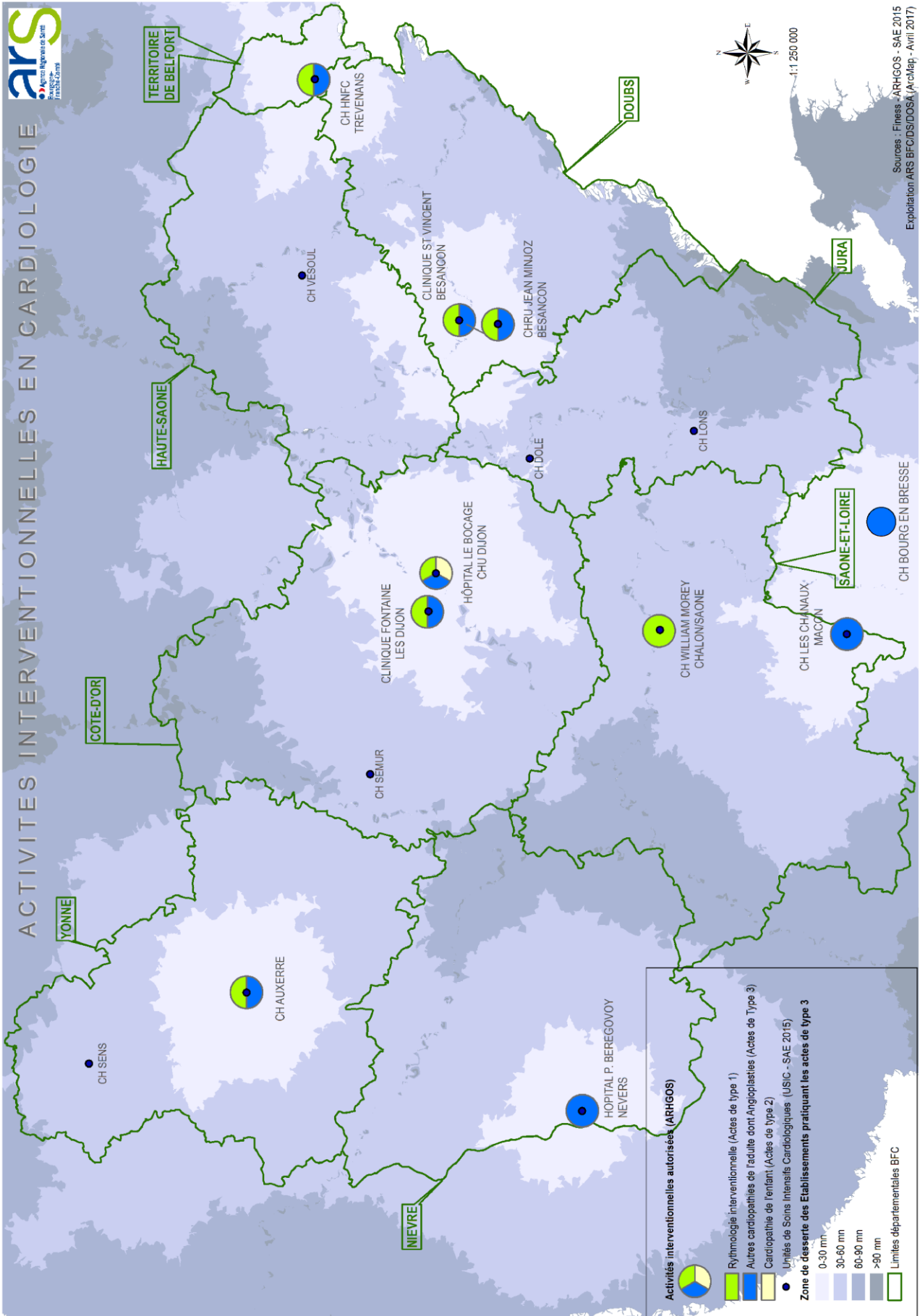
Les précédents schémas avaient priorisé les axes de travail suivants :

- En Franche-Comté :
 - o maintenir les sites existants qui satisfont aux seuils règlementaire d'actes et favoriser l'adressage des patients dans les centres du territoire franc-comtois ;
 - o renforcer la coopération entre les trois sites.

- En Bourgogne :
 - o maintenir les sites existants sous réserve du respect des seuils d'activité règlementaires ;
 - o réfléchir à une déclinaison de la filière de soins de cardiologie dans le cadre d'une coopération inter-établissements publics et privés ;
 - o développer les actions de prévention et améliorer l'accès aux soins de cardiologie. Ces aspects sont traités au travers de la fiche Parcours Maladies cardiovasculaires.

Durant la période du PRS 2012-2016, l'ensemble des implantations existantes a été maintenu. En 2016, un besoin exceptionnel pour une implantation supplémentaire en nord Saône et Loire destinée au traitement des autres cardiopathies de l'adulte (actes de type 3) a été reconnu par l'ARS. Dans une logique d'optimisation de l'offre de soins, cette reconnaissance avait pour objectif d'apporter une réponse sur le nord Saône-et-Loire à travers le renforcement de la filière de cardiologie dans son ensemble sur le sillon central Dijon-Mâcon. Pour ce faire, une coopération avancée entre les trois établissements publics de cet axe constituait un préalable indispensable à l'évolution de l'offre.

²⁸ Source : SAE Données administratives - ministère chargé de la santé, DREES – Année 2015



Sources : Finess - ARHGOS - SAE 2015
Exploitation ARS BFC/DS/DOSA (A-cmap - Avril 2017)

Temps d'accès

Une partie importante de l'activité d'angioplastie est consacrée à la prise en charge en urgence de l'infarctus du myocarde et du syndrome coronarien aigu. L'accès à un plateau technique pratiquant les actes de type 3 dans un délai de 90 mn est donc primordial²⁹. Ce délai s'entend comme le temps entre le 1^{er} contact médical (arrivée auprès du patient) et l'expansion du ballonnet.

Ces interventions nécessitent une coordination des services d'urgence (SAMU, SMUR) et des établissements de prise en charge évitant des pertes de chance aux patients. Le circuit optimal associe un appel direct au centre 15. Après un diagnostic et une prise en charge pré-hospitalière réalisés par le SMUR, premier contact médical, le patient doit être adressé directement au centre d'angioplastie le plus proche sans passage par le service des urgences.³⁰

En région, 47,5% de la population est située à moins de 30 mn d'un établissement pratiquant les actes de type 3 dont l'angioplastie, 43,3% entre 30 et 60 mn, 8,7% entre 60 et 90 mn et 0,5 % à plus de 90 mn, population située dans la zone frontalière du Jura et le Haut Doubs. Ces temps d'accès ont été calculés en prenant en compte le plateau d'angioplastie de Bourg-en-Bresse qui répond aux besoins en soins d'une partie de la population jurassienne. Seule la totalité de la population du territoire de Belfort est situé à moins de 60 mn d'un service de cardiologie interventionnelle compte tenu de la taille et de la configuration géographique du département.

Activité

Tableau 1 : répartition des actes par typologie, par département et implantation autorisée³¹ :

Territoire	2015		2016	
	Actes de type 1	Actes de type 3	Actes de type 1	Actes de type 3
21	1150	2928	1241	3164
25	788	1703	984	2149
58	-	854	136	1087
71	475	659	527	682
89	460	895	539	979
90 (y compris Montbéliard)	490	802	563	804
TOTAL BFC	3363	7841	3990	8865
<i>Part des actes de type 1 et 3</i>	<i>30,0%</i>	<i>70,0%</i>	<i>31,0%</i>	<i>69,0%</i>

²⁹ Conférence de consensus - 23 novembre 2006 - Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie -- Texte des recommandations – Haute autorité de santé

Guidelines -for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation- European Society of cardiology - 2017

³⁰ Circulaire DHOS/O4/2009/279 du 12 août 2009 relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

³¹ Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES – Année 2015 et Données PMSI 2016 – Tableau 1D2-SAE

Les seuils règlementaires d'activité sont respectés pour les actes de type 3 (350 actes). S'agissant des actes de type 2 réalisés par le seul CHU de Dijon, ils n'atteignent pas depuis plusieurs années le seuil de 40 actes annuels dont la moitié doit être réalisée sur des enfants (excluant les ré-interventions à l'âge adulte). Ce sont 14 actes qui ont été déclarés en 2014, 10 actes en 2015 et 5 en 2016.

Depuis 2013, l'activité progresse régulièrement : +15% dont +14% pour les actes de type 1 (+554 actes) et 16% pour les actes de type 3 (+1 075 actes).

98% des actes sont réalisés en hospitalisation complète. La durée moyenne de séjour s'élève à 3 jours.

Quant aux séjours en unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), ils durent en moyenne 2,5 jours. Mais les séjours enUSIC accueillent d'autres patients que ceux ayant bénéficié d'un acte de cardiologie interventionnelle.

Le taux régional d'occupation atteint 80,7% et l'activité 2015 est en baisse de 7,59% par rapport à 2013 malgré une diminution du nombre de lits (-11) sur la même période. Les disparités de taux d'occupation sont relativement importantes entreUSIC : 4 se situent en dessous de 70% (CH de Lons, de Chalon, de Mâcon, de Sens), 8 entre 70% et 90% (CH d'Auxerre, de Semur, de Dole, de Vesoul, HNFC, CHU de Besançon, clinique de Fontaine et St Vincent) et 2 au-dessus de 90% (CHU de Dijon, CH de Nevers).

Des taux de recours en hausse sur l'ensemble des départements

Tableau 2 : taux de recours standardisés (nombre de séjours pour 1 000 habitants) – Evolution 2011/2015³²,

Département	2011	2015
21	3.19	4.37
25	3.41	3.86
39	2.63	3.45
58	3.38	4.32
70	2.65	3.85
71	3.13	3.7
89	2.95	3.86
90	3.06	4.67
Région	3.09	3.95
France	3.46	4.14

Le taux de recours régional suit la tendance de la France avec une progression entre 2011 et 2015.

Les taux de recours sont plus élevés que le taux de recours France métropolitaine sur la Côte d'Or, la Nièvre et le Territoire de Belfort.

Le Jura et la Saône-et-Loire présentent les taux de recours les plus faibles.

Pour autant, le Doubs qui bénéficie de deux plateaux techniques pour les activités interventionnelles en cardiologie présente un taux de recours équivalent à celui de la Haute-Saône qui n'en dispose pas et

comparable à celui de l'Yonne avec un plateau technique.

A contrario, la Saône-et-Loire, département le plus peuplé de la région, conserve un taux de recours plus faible malgré une offre de soins pour les actes de type 1 et 3.

³² Source : Scan Santé –Taux de recours MCO - Evolution des taux de recours par Département de 2011 à 2015 : taux standardisés -Indicateur IPA : cardiologie interventionnelle

Sur les trois départements sans plateau de rythmologie (Nièvre, Jura, Haute-Saône), on note une progression de la consommation de soins des patients entre 2012 et 2017 (+38%, soit +303 actes) en particulier pour les actes soumis à seuil (+143% représentant +110 actes). Les patients de la Haute-Saône sont orientés essentiellement vers les plateaux de Besançon et de Trévenans, ceux de la Nièvre vers les plateaux techniques de Moulins, Auxerre, Dijon et l'Île-de-France. Ceux du Jura se répartissent, pour le nord du département, vers Besançon et pour le sud, vers la région Auvergne Rhône Alpes.

Un taux de fuite extra régional relativement important (17,10%)³³

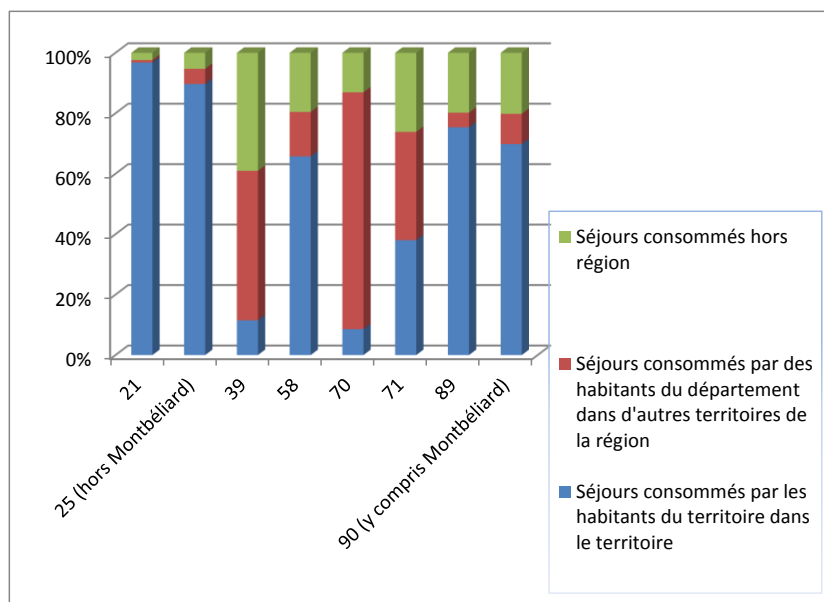
En 2015, les établissements de la région ont pris en charge 88,5% des séjours de cardiologie interventionnelle consommés par des patients du territoire régional.

S'agissant du Jura, 43% des séjours réalisés pour des patients de ce département ont été pris en charge sur Besançon à proportion quasi équivalente depuis Dole et depuis la zone sud Jura. Dans le même temps, 39% ont eu recours au soin dans la région voisine compte tenu de la proximité pour l'extrême sud du Jura du plateau de Bourg-en-Bresse.

97% des séjours des patients de la Côte-d'Or ont été réalisés dans ce département, 90% pour le Doubs (hors Montbéliard rattachée à Belfort). La clinique de Fontaine-Les-Dijon (aujourd'hui Hôpital privé Dijon-Bourgogne) et le CHU sont également les établissements de recours pour 34,6% des séjours des patients de Saône-et-Loire. Néanmoins, 26% des patients de ce département sont pris en charge en région Rhône Alpes alors que le département de Saône-et-Loire dispose d'une offre en cardiologie interventionnelle et qu'il présente le nombre de séjours le plus élevé de la région.

Le taux d'attractivité de patients hors région reste faible : 6,30% représentant 718 séjours³⁴ principalement réalisés dans les centres hospitaliers de Mâcon, de Nevers et de Dijon.

Tableau 3 : consommation de soins (séjours consommés en région par les patients résidant dans la région ou hors région)
– Données PMSI IPA 2015



³³ Séjours consommés dans d'autres régions rapportés aux séjours consommés par les patients de la région (hors patients d'autres régions ayant consommé un séjour dans la région).

³⁴ Séjours consommés par les patients d'autres régions rapportés aux séjours produits par les établissements de la région

Démographie des médecins cardiologues

Au 1^{er} janvier 2016, l'effectif de médecins cardiologue (salariés et libéraux) sur la région s'élève à 228, soit 3,3% de l'effectif de France métropolitaine.³⁵ Entre 2007 et 2016, l'effectif a varié de + 1%.³⁶

La région présente une densité plutôt faible de médecins cardiologues : **8,1 pour 100 000 habitants** en région Bourgogne Franche Comté pour une densité France métropolitaine de 10,7 praticiens. On note des écarts importants selon les départements en corrélation avec les activités spécialisées qui y sont implantées :

- 10,9 praticiens en Côte d'Or et 9 dans le Doubs au-dessus de la moyenne régionale,
- 7,2 en Saône-et-Loire et 3,4 dans le Jura, densités les plus faibles.

La densité régionale a progressé légèrement par rapport à la densité constatée en 2011 : 7,52 cardiologues (libéral et salarié) pour 100 000 habitants en région pour 9,95 France métropolitaine.

En Bourgogne-Franche-Comté, l'âge moyen des cardiologues s'élève à 50,5 ans avec une répartition proportionnelle égale de 22,7% des moins de 40 ans et des plus de 60 ans. 25,6% sont des femmes.

Toutefois, la permanence des soins attachée à l'activité de cardiologie interventionnelle (astreinte) et aux USIC (garde) exige un nombre important de professionnels mobilisables 24h/24 tous les jours de l'année.

6.1.8.2 Principes généraux d'organisation

6.1.8.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : diminuer le délai d'accès pré-hospitalier à l'angioplastie (désobstruction coronaire) pour chaque personne atteinte d'un syndrome coronarien aigu (SCA)

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Sensibiliser le grand public et les médecins de ville à la détection des signes d'un SCA et à l'appel au 15
- Organiser le maillage territorial entre chaque structure d'accueil des urgences et une structure autorisée à la cardiologie interventionnelle de type 3 et diffuser les protocoles de prise en charge pré-hospitalière dans le cadre des réseaux urgence
- Privilégier l'accès direct aux plateaux techniques de cardiologie interventionnelle de type 3 pour les personnes atteintes d'un SCA

³⁵ Source : STATISS 2016 – ARS Bourgogne Franche Comté p.50

³⁶ Source : Atlas de la démographie médicale 2016 – Conseil National de l'Ordre des Médecins

Résultats attendus :

- Réduction du temps écoulé depuis le début de la symptomatologie jusqu'à la reperméabilisation coronarienne



Objectif général n°2 : garantir à chaque patient l'accès à une prise en charge de qualité en cardiologie interventionnelle

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- S'assurer du respect des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement, notamment des seuils d'activité et des critères de formation et d'expérience des médecins
- Garantir, sur chaque territoire avec une implantation autorisée, une permanence des soins pour la cardiologie interventionnelle de type 3
- Permettre à chaque patient un accès aux technologies de pointe en favorisant leur développement dans la région (destruction de foyer arythmogène atrial ...)

Résultats attendus :

- Amélioration de la qualité des prises en charge
- Accessibilité territoriale aux soins en journée et en nuit



Objectif général n°3 : consolider les filières de cardiologie interventionnelle sur l'ensemble du territoire régional

Cet objectif se décline en 5 objectifs opérationnels :

- Etudier la réponse à apporter sur les zones non couvertes, via la coopération transfrontalière notamment (Suisse)
- Définir un maillage territorial de la prise en charge en urgence des patients avec convention d'organisation entre chaque établissement de santé accueillant des urgences et un établissement autorisé à la cardiologie interventionnelle de type 3
- Favoriser la coopération entre établissements de santé permettant aux cardiologues formés exerçant en établissements non autorisés de réaliser des actes relevant du champ de l'autorisation au sein des établissements autorisés
- Organiser la coopération entre les établissements de santé autorisés (fédération médicale inter hospitalière (FMIH), groupement de coopération sanitaire (GCS) ...)

- Organiser la gradation des plateaux techniques de cardiologie avec :
 - Un niveau de proximité effectuant des actes interventionnels ne relevant pas du champ de l'autorisation
 - Un niveau intermédiaire effectuant les actes de cardiologie interventionnelle relevant du champ de l'autorisation
 - Un niveau régional dans les établissements autorisés à la chirurgie cardiaque pour les actes soumis à réglementation spécifique (poses de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale ; fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée...)
 - Un niveau interrégional pour la cardiologie interventionnelle pédiatrique.
- Développer la coordination entre les structures de cardiologie interventionnelle et les médecins traitants, notamment pour la prise en charge en aval de l'acte interventionnel

Résultats attendus :

- Homogénéité de la couverture régionale et lisibilité de l'offre
- Diminution des fuites de patients en intra-régional et en inter-régional
- Optimisation des ressources médicales formées



Objectif général n°4 : développer la prévention tertiaire (cf. fiche parcours maladies cardiovasculaires – objectifs généraux 3 et 4 en particulier)

6.1.8.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

L'activité de type 1 (rythmologie) ne nécessite que très rarement une prise en charge en urgence. Une gradation des plateaux techniques doit cependant être définie en fonction de la complexité des actes et s'inscrire dans les filières de cardiologie des territoires. Sur la Nièvre, l'ajout d'un plateau de rythmologie au plateau d'angioplastie déjà autorisé sur ce territoire permettra d'y consolider la filière de cardiologie (Nevers, Decize, Cosne-sur-Loire, Château-Chinon).

Le respect des seuils constitue un des critères de maintien des implantations autorisées.

Pour l'activité de type 2 (pédiatrie, cardiopathies congénitales), compte tenu du fait que le seul établissement autorisé présente une activité inférieure au seuil minimal, le maintien d'une implantation en région se pose et doit être étudié dans le cadre de coopérations inter-régionales.

Pour l'activité de type 3, en particulier les angioplasties en urgence, le maillage territorial doit permettre aux patients de chacune des zones de planification, un accès dans un délai de moins de 90 mn à un centre d'angioplastie.

Les coopérations entre les structures autorisées, les structures assurant une activité de cardiologie interventionnelle ne nécessitant pas d'autorisation, les services de cardiologie / médecine, les structures d'urgence et les professionnels de santé de ville doivent être structurées et/ou consolidées.

La coopération transfrontalière avec la Suisse peut être considérée comme une option de réponse à la population jurassienne et du Haut-Doubs situé à plus de 90 mn d'un centre d'angioplastie et travaillée en ce sens.

Sur le sillon central bourguignon, le CHU de Dijon, le CH de Chalon-sur-Saône et le CH de Mâcon se sont engagés dans la constitution d'un groupement de coopération sanitaire visant à une organisation territoriale de la cardiologie sur l'ensemble de ses segments.

Son projet médical définira les conditions dans lesquelles la demande d'ouverture d'un centre d'angioplastie à Chalon-sur-Saône sera endossée par le GCS. Le PRS ouvre dès lors la possibilité d'implanter un centre d'angioplastie supplémentaire sur le Nord Saône-et-Loire , dans la mesure où cette demande est endossée par le GCS.

6.1.8.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut-Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Activité de type 1	2	0	1	2	0	0	1	0	0
	Activité de type 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Activité de type 3	2	0	1	2	0	1	0	1	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Activité de type 1	2	0	1	2	0	1	1	1	0
	Activité de type 2	0 à 1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Activité de type 3	2	0	1	2	0	1	1	1	0
Ecart (2) - (1)	Activité de type 1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Activité de type 2	-1 à 0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Activité de type 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Activité de type 1 : Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Activité de type 2 : 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

Activité de type 3 : Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.8.3 Indicateurs

- Taux de mortalité intra-hospitalière des patients hospitalisés pour syndrome coronarien aigu

6.1.8.4 Articulation

- Les établissements de santé
- Les cardiologues libéraux et des établissements publics
- Les acteurs de la prévention cardio-vasculaire
- Les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire avec prise en charge en cardiologie interventionnelle
- Les réseaux des urgences.

6.1.8.5 Transversalité

- Fiche 1.1 : Prévention universelle
- Fiche 4.3 : Parcours maladies cardio-vasculaires
- Fiche 5.2.1 : Plan d'action régional sur les urgences – PARU
- Fiche 5.2.2 : Permanence des soins en établissements de santé – PDSES
- Fiche 6.1.3 : Médecine
- Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence

6.1.9 Traitement du cancer

Le volet traitement du cancer du Schéma Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté s'inscrit dans l'ambition du Plan cancer 2014-2019, de répondre aux besoins et aux attentes des personnes atteintes par le cancer et de leurs proches.

6.1.9.1 Contexte et problématique

En Bourgogne-Franche-Comté, chaque année, plus de 14 200 personnes ont un diagnostic de cancer. Avec 7600 décès annuels, le cancer est la première cause de mortalité en Bourgogne-Franche-Comté. Le taux régional de mortalité par cancer est proche du taux national, cependant il est plus important à l'Ouest de la région, dans les départements de la Nièvre et de l'Yonne.

En 2016, les indices comparatifs BFC / France des taux standardisés de recours* des habitants de Bourgogne-Franche-Comté sont:

- en chirurgie de traitement du cancer, inférieur au taux national (indice comparatif de 0,94), le taux est inférieur ou égal dans l'ensemble des départements ;
- aux séances de chimiothérapie, supérieur au taux national : le taux régional est le plus élevé de France (indice comparatif de 1,09), ceci étant lié à des indices plus élevés pour les habitants de la Nièvre (1,39) et de Saône et Loire (1,22) ;
- aux séjours avec chimiothérapie, supérieur au taux national : le taux régional est le plus élevé de France (indice 1,40), ceci étant lié à des indices plus élevés pour les habitants de Côte d'Or (2,17), de l'Yonne (1,88), de la Nièvre (1,75) et de Saône et Loire (1,49).

** Source scansante-ATIH. Un taux de recours aux soins en établissement de santé de l'ATIH est obtenu par le rapport entre le nombre de séjours et de séances pour un traitement du cancer pour les habitants domiciliés dans chacun des départements de Bourgogne-Franche-Comté / dans la région, quel que soit le lieu de leur prise en charge en France.*

Il est standardisé sur l'âge et le sexe, ce qui permet une comparaison entre deux populations.

Les indices comparatifs présentés correspondent aux taux standardisés du département/région divisé par celui de la France.

En 2016, 53 144 patients atteints par le cancer ont été pris en charge dans un établissement de santé ou un centre de radiothérapie libéral de Bourgogne Franche-Comté, dont 20 026 patients pour un traitement chirurgical du cancer, 14 805 patients pour une chimiothérapie et 9 114 patients pour une radiothérapie (4 969 en établissement de santé et 4145 en centre de radiothérapie libéral).*

**Source scansante-ATIH ; données centres de radiothérapie et SAE*

Autorisations d'activité de soins de traitement du cancer (janvier 2018)

36 établissements de santé ou centres de radiothérapie libéraux détiennent une (ou plusieurs) autorisation(s) d'activité de soins de traitement du cancer

Zones de planification	Chirurgie des cancers	Dont chirurgies soumises à seuil d'activité pour les pathologies					
		mammaires	digestives	urologiques	thoraciques	gynéco	ORL
Côte d'or	7	4	7	6	2	4	5
Nièvre	3	1	3	3	1	1	0
Bourgogne Méridionale	3	2	3	2	0	1	2
S et L B M	3	3	3	3	1	3	2
Nord Yonne	2	2	2	1	0	1	0
Sud Yonne	2	2	2	2	0	1	1
Centre FC	6	4	5	5	1	2	2
Jura	1	1	1	1	0	1	1
Haute Saône	1	1	1	1	0	0	0
Nord FC	2	1	2	2	0	1	1
TOTAL	30	21	29	26	5	15	14

Zones de planification	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	Radiothérapie externe, curiethérapie		Utilisation des radioéléments en sources non scellées (médecine nucléaire à visée thérapeutique)
		Radiothérapie ext	Curiethérapie	
Côte d'or	5	2	2	1
Nièvre	2	1	0	1
Bourgogne méridionale	3	1	1	0
S et L B M	3	1	1	0
Nord Yonne	2	0	0	0
Sud Yonne	2	1	0	0
Centre FC	2	1	1	1
Jura	1	0	0	0
Haute Saône	1	0	0	0
Nord FC	1	1	0	1
TOTAL	22	8	5	4

En 2017, deux Réseaux Régionaux de Cancérologie existent, OncoBourgogne en Bourgogne et Oncolie en Franche-Comté.

Ce sont des structures de coordination qui fédèrent l'ensemble des institutions et professionnels prenant en charge des patients atteints de cancer. Ils ont actuellement pour mission :

- la promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie dont la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique clinique en cancérologie ;
- la facilitation des échanges entre professionnels de santé notamment via la promotion des outils communs de communication au sein de la région dont le dossier communicant de cancérologie (DCC) et les outils de visioconférence pour faciliter la réalisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ;
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé ;
- le recueil des données relatives à l'activité de soins cancérologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie ;
- la mesure et l'analyse de l'impact des actions menées notamment dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, de la coordination des acteurs, des pratiques professionnelles collectives.

6.1.9.2 Principes généraux d'organisation

6.1.9.2.1 Objectifs

Les objectifs généraux s'inscrivent dans les perspectives de la santé de demain en cancérologie du Cadre d'Orientation Stratégique :

- les nouveaux modes d'organisation dans le cadre de l'hôpital « hors les murs »
- l'essor de l'e-santé et le développement de la connectique
- la personne atteinte de cancer au cœur de sa prise en charge
- les innovations technologiques dans la perspective d'une médecine de précision et personnalisée.



Objectif général n°1 : garantir l'accès de tous les patients à des soins de qualité

Cf. l'objectif n°3 de la fiche 4.1 : Parcours Cancer



Objectif général n°2 : développer les prises en charge hors établissement de santé en renforçant la coordination ville-établissement de santé

Cf. l'objectif n°4 de la fiche 4.1 : Parcours Cancer



Objectif général n°3 : améliorer l'efficacité et optimiser l'organisation régionale des soins en cancérologie

Cf. l'objectif n°5 de la fiche 4.1 : Parcours Cancer

6.1.9.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Garantir la qualité des soins à chacun des patients de la région atteints par le cancer est le principe qui fonde les évolutions des objectifs quantifiés de l'offre de soins de traitement du cancer en Bourgogne Franche-Comté pour la période 2018-2022.

L'activité de soins de traitement du cancer est soumise aux conditions d'implantation et techniques de fonctionnement définies par les articles R. 6123-86 à R. 6123-95 et D. 6124-131 à D. 6124-134 du Code de la santé publique, incluant les critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses ainsi que le respect des seuils d'activité minimale annuelle.

En particulier, six mesures transversales de qualité s'imposent à l'ensemble des pratiques thérapeutiques :

- La mise en place du dispositif d'annonce du diagnostic ;
- La mise en place de la concertation pluridisciplinaire ;
- La remise au patient d'un programme personnalisé de soins ;
- Le suivi des référentiels de bonne pratique ;
- L'accès pour le patient à des soins « de support » ;
- L'accès pour le patient aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Le dossier communiquant en cancérologie régional informatisé est le socle de la coordination et de la continuité de cette prise en charge par les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux et également de la mise en œuvre de ces mesures transversales de qualité des soins.

Sa généralisation est prévue dans le cadre de l'objectif 2 du plan cancer 2014-2019 : garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

La majorité des autorisations d'activité de soins de traitement du cancer délivrées arrivent à échéance en 2019 (9/07/2019 en Bourgogne et 19/10/2019 en Franche-Comté).

Dans le cadre de la procédure de renouvellement des autorisations d'activité de soins de traitement du cancer, les titulaires devront adresser un dossier d'évaluation 14 mois avant l'échéance. Cette évaluation devra faire ressortir la mise en œuvre des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, dont les critères transversaux de qualité de la prise en charge, les critères d'agrément par pratique thérapeutique, ainsi que la satisfaction aux seuils d'activité minimale.

Les autorisations de soins ne seront pas renouvelées si ces précédentes conditions ne sont pas remplies. L'effectivité de l'utilisation du dossier communiquant en cancérologie (DCC) régional informatisé sera également prise en compte pour l'attribution des autorisations, conformément aux préconisations nationales de généralisation.

Les coopérations (notamment le regroupement de RCP par spécialités au niveau régional ou infrarégional) et les regroupements de plateaux techniques entre les établissements de santé seront favorisés afin de permettre une prise en charge de qualité. De même, des conventions entre établissements de santé autorisés à la pratique de la chimiothérapie et établissements de santé non autorisés, permettront à ces derniers d'être « sites associés », en relais de proximité d'une prise en charge de qualité, en appliquant les traitements de chimiothérapie prescrits par un médecin de l'établissement autorisé, titulaire des titres ou qualifications fixés par l'article D.6124-134 CSP, ou de réaliser le suivi de ces traitements. Ces sites dits « associés » (ex CH St-Claude) ne sont pas comptabilisés dans les objectifs quantifiés de l'offre de soin.

6.1.9.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins d'activité de soins de traitement du cancer déterminent un nombre maximum et un nombre minimum d'implantations géographiques.

Ce nombre tient également compte :

- Du regroupement de trois cliniques dijonnaises intervenu en août 2017
- Des implantations n'atteignant pas les seuils minimums d'activités lissés sur 3 ans
- Des implantations dont l'activité nécessitera un suivi particulier, soit en raison de fluctuations annuelles d'activité qui pourraient les amener à descendre en dessous du seuil, ou pouvant présenter de possibles manquements aux autres obligations réglementaires
- Des autorisations délivrées en 2015 et 2016, sans déclaration de mise en œuvre adressée à l'ARS.

Ils sont présentés, pour chaque zone de planification, en nombre d'implantations en :

- chirurgie des cancers et pour chacune des pratiques thérapeutiques en chirurgie des cancers soumises à seuil minimal ;
- radiothérapie externe ;
- curiethérapie ;
- utilisation des radioéléments en sources non scellées ;
- chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

Activité/Modalité	Zone										
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	Chirurgie des cancers hors soumis à seuil	7	1	2	6	1	3	3	2	2	
	Chirurgie des cancers : sein	4	1	1	4	1	2	3	1	2	
	Chirurgie des cancers : digestif	7	1	2	5	1	3	3	3	2	
	Chirurgie des cancers : urologie	6	1	2	5	1	2	3	3	2	
	Chirurgie des cancers : thorax	2	0	0	1	0	0	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	4	0	1	2	1	1	3	1	1	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	5	0	1	2	1	2	2	0	1	
	Radiothérapie externe	2	0	1	1	0	1	1	1	1	
	Curiothérapie	2	0	0	1	0	1	1	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	0	1	1	0	0	0	1	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	5	1	1	2	1	3	3	2	2	
	Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Chirurgie des cancers dont HC	6 à 7	1	1 à 2	6	1	3	3	2 à 3	2
		HJ	3 à 4	1	1	3 à 4	1	1 à 2	3	1	1 à 2
		Chirurgie des cancers : sein	5 à 7	1	1 à 2	4 à 5	1	3	3	2 à 3	2
Chirurgie des cancers : digestif		3 à 6	1	1 à 2	5	1	1 à 2	2 à 3	1 à 3	2	
Chirurgie des cancers : urologie		1 à 2	0	0	1	0	0	0 à 1	0	0	
Chirurgie des cancers : thorax		3 à 4	0	1	2	1	1	2 à 3	1	1	
Chirurgie des cancers : gynécologie		3 à 5	0	1	1 à 2	0 à 1	1 à 2	1 à 2	0	0 à 1	
Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale		2	0	1	1	0	1	1	1	1	
Radiothérapie externe		2	0	0	1	0	1	1	0	0	
Curiothérapie		1	0	1	1	0	0	1	1	0	
Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées		4 à 5	1	2	2	1	2 à 3	2 à 3	1 à 2	1 à 2	
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer		-1 à 0	0	-1 à 0	0	0	0	0	-1 à 0	0	
Ecart (2) - (1)		Chirurgie des cancers : sein	-1 à 0	0	0	-1 à 0	0	-1 à 0	0	0	-1 à 0
		Chirurgie des cancers : digestif	-2 à 0	0	-1 à 0	-1 à 0	0	0	0	-1 à 0	0
	Chirurgie des cancers : urologie	-3 à 0	0	-1 à 0	0	0	-1 à 0	0	-2 à 0	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	-1 à 0	0	0	0	0	0	-1 à 0	-1 à 0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	-1 à 0	0	0	0	0	0	-1 à 0	0	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	-2 à 0	0	0	-1 à 0	-1 à 0	-1 à 0	-1 à 0	0	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Curiothérapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	-1 à 0	0	1	0	0	-1 à 0	-1 à 0	-1 à 0	-1 à 0	

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectifé quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.9.3 Indicateur

- Part des patients ayant un dossier communiquant de cancérologie

6.1.9.4 Articulation

- Acteurs du dépistage, du soin, de l'insertion sociale et personnes atteintes par un cancer, Coopérations hospitalières - GHT
- Plan cancer 2014-2019

6.1.9.5 Transversalité

- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.4.3 : Politique régionale du médicament et des produits de santé (PRM)
- Partie 6 : Planifier les activités de soins, notamment :
 - o Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
 - o Fiche 6.1.3 : Médecine
 - o Fiche 6.1.5 : Chirurgie
 - o Fiche 6.1.14 : Imagerie médicale
 - o Fiche 6.1.13 : Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
 - o Fiche 6.1.11 : Assistance médicale à la procréation (AMP)

6.1.10 Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Ne sont pas traitées dans cette fiche : les unités de soins intensifs en cardiologie (USIC) (Fiche 6.1.18 : cardiologie interventionnelle), la réanimation néonatale (Fiche 6.1.6 : Gynécologie obstétrique) et les unités neuro-vasculaires (fiche 4.4 : Parcours Neurologie).

6.1.10.1 Contexte et problématique

Cadre juridique

La réanimation se définit comme des soins destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant de méthodes de suppléance. Les articles R.6123-33 à 38 du CSP définissent les missions et organisations de chaque modalité.

L'autorisation de réanimation est conditionnée par un plateau technique médico-chirurgical minimum, la présence d'une unité de surveillance continue et doit s'inscrire dans une organisation définie avec les services de soins intensifs et de surveillance continue avoisinants. Chaque unité comporte a minima, 8 lits.

L'autorisation de réanimation pédiatrique ne peut être accordée ou renouvelée que si le demandeur justifie d'une activité minimale annuelle (hors réanimation néonatale). Le seuil minimum annuel est fixé à 200 enfants ou adolescents de moins de 18 ans (arrêté du 4 août 2006).

Les soins intensifs et la surveillance continue sont des activités non soumises au régime des autorisations. Elles ont cependant un lien organisationnel et fonctionnel avec la réanimation et font l'objet d'une reconnaissance contractuelle. Aucune réglementation opposable ne régit précisément le fonctionnement de la surveillance continue. Les conditions de fonctionnement relatives aux soins intensifs et à la surveillance continue avaient été précisées par une circulaire du 27 août 2003 antérieurement à la publication des décrets de 2006 régissant l'activité de réanimation.

Précisons cependant les caractéristiques relatives aux prises en charge au sein des deux types d'unités :

- La **surveillance continue** s'applique à un patient dont l'état nécessite une observation clinique et biologique répétée et méthodique car il fait craindre une défaillance d'un ou plusieurs organes mais ne nécessite pas la mise en œuvre d'une méthode de suppléance ;
- le recours aux **soins intensifs** est requis pour un patient présentant ou susceptible de présenter une défaillance liée à une seule spécialité d'organe et requiert la mise en œuvre d'une méthode de suppléance. Les unités de soins intensifs ont vocation à prendre en charge les défaillances viscérales liées à une seule spécialité d'organe.

Ces activités sont bien différenciées, complémentaires et doivent organiser et formaliser par convention, les transferts ou mutations entre elles et avec la réanimation.

Bilan de l'existant

Au 1^{er} janvier 2017, la région compte 1 implantation de réanimation autorisée par zone d'implantation³⁷ :

Zones d'implantation	Autorisations de réanimation (adultes/enfants)			Reconnaitances contractuelles (implantations et lits)					
	Cible SROS	Implantations autorisées	Lits installés au 31/12/2015	Surveillance continue adulte		Surveillance continue pédiatrique		Soins intensifs (hors USIC et USINV)	
Côte d'Or	2	2 (Dijon)	59	10	95	1	7	4	43
Centre Franche Comté	2	2 (Besançon)	43	7	51	1	12	1	91
Nord Franche Comté ³⁸	1	1 (Trévenans)	22	2	16	-	-	-	-
Jura	1	1 (Lons)	8	1	2	-	-	-	-
Nièvre	1	1 (Nevers)	12	5	24	-	-	-	-
Haute-Saône	1	1 (Vesoul)	12	2	10	-	-	-	-
Bourgogne méridionale	1	1 (Macon)	14	1	13	-	-	-	-
Saône-et-Loire Bresse Morvan	1	1 (Chalon)	16	7	52	1	2	1	2
Nord Yonne	1	1 (Sens)	8	3	14	-	-	-	-
Sud Yonne Haut-Nivernais	1	1 (Auxerre)	10	5	25	-	-	-	-
	12	12	204	43	302	3	21	6	136

Les titulaires des autorisations sont les établissements publics, supports des groupements hospitaliers de territoire : CHU et centres hospitaliers pivots disposant d'une autorisation de médecine d'urgence (SMUR et structure des urgences) et/ou d'une activité de chirurgie.

Le CHU de Dijon ainsi que le CHRU de Besançon ont, sur la même implantation géographique, une autorisation pour la réanimation adulte et une seconde pour la réanimation pédiatrique.

L'hôpital Nord Franche-Comté sur Trévenans demande la reconnaissance de 30 lits de réanimation au lieu des 22 autorisés.

Les unités de surveillance continue sont réparties sur l'ensemble des catégories d'établissements en fonction de leur activité. Elles auront vocation à évoluer dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoires et des projets médicaux de territoire.

La capacité de la Bourgogne Franche-Comté toutes structures confondues (réanimation/surveillance continue/soins intensifs enfants et adultes) est de 663 lits.

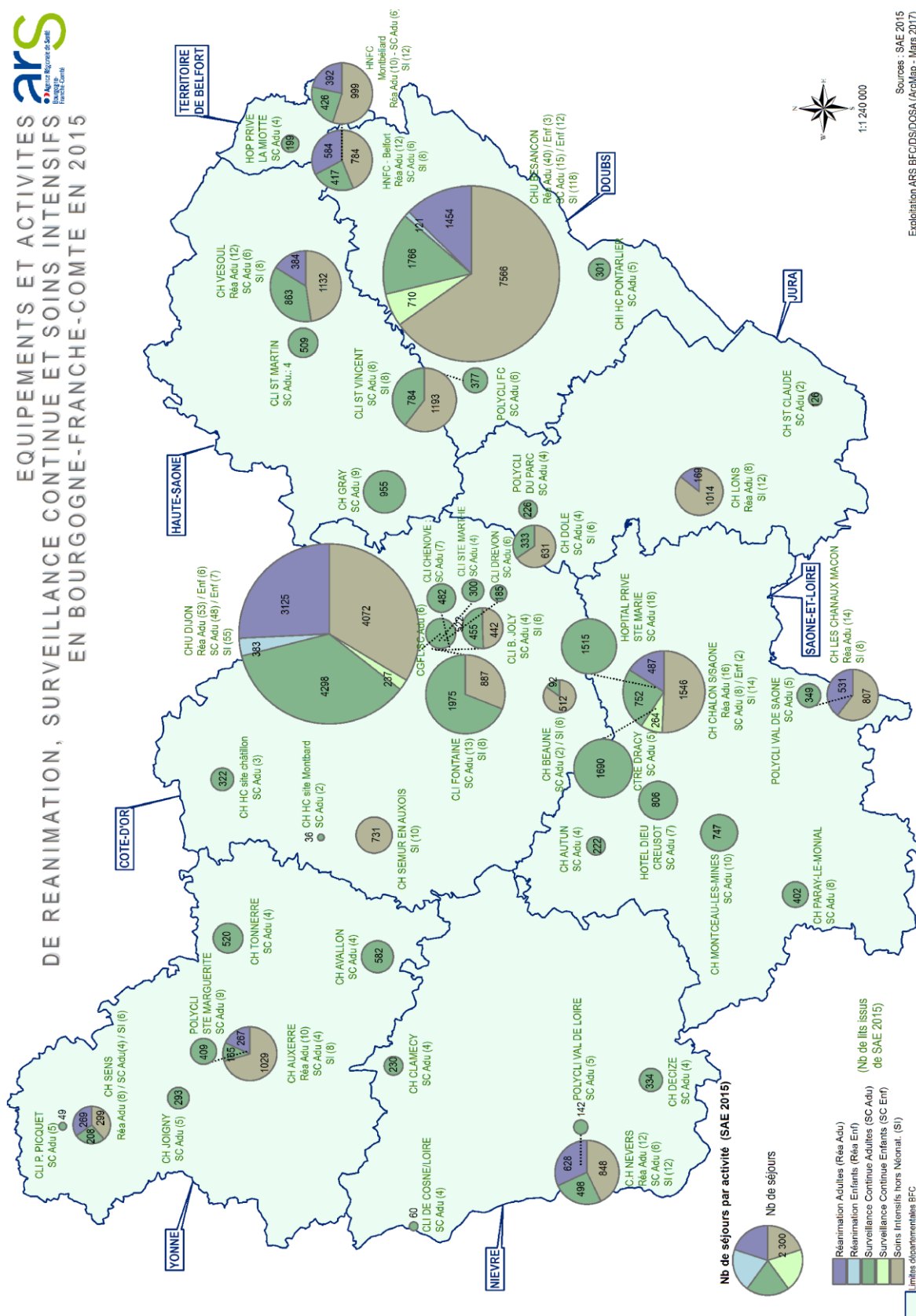
Le nombre de lits des CHU et CHRU est à rapprocher des autorisations qu'ils détiennent pour les activités relevant du schéma interrégional de l'organisation des soins qui peuvent solliciter l'activité de réanimation : chirurgie cardiaque, greffes, neurochirurgie.

³⁷ Données ARHGOS pour les autorisations et données SAE 2015 pour les reconnaissances contractuelles

³⁸ Regroupement des sites HNFC de Montbéliard et de Belfort sur Trévenans



EQUIPEMENTS ET ACTIVITES
DE REANIMATION, SURVEILLANCE CONTINUE ET SOINS INTENSIFS
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE EN 2015



Sources : SAE 2015
Exploitation ARS BFC/DS/DOSA (ArcMap - Mars 2017)

Activité³⁹

Réanimation

En 2015, les services de réanimation (adultes et enfants) de la région ont enregistré 63 574 journées d'activité correspondant à 9368 passages et 8794 séjours. Ce sont 2926 journées de moins qu'en 2013 pour un nombre de séjours quasi équivalent (8767).

1596 personnes de 80 ans et plus ont été prises en charge, soit 18% de l'activité en séjours.

A noter que le CHRU de Besançon n'atteint pas le seuil annuel d'activité requis de 200 enfants sur l'unité de réanimation pédiatrique : 160 passages en 2016, 123 en 2015, 169 en 2014 contre 209 passages en 2013.

Avec 204 lits installés au 31/12/2015, le taux d'équipement régional pour la réanimation adulte est de 0,86 lits pour 10 000 habitants, celui de la réanimation enfants est de 0,167 lits.⁴⁰ Il est très variable selon les départements allant de 1.24 lits pour 10 000 habitants en Côte d'Or à 0.398 lits dans le Jura. Cinq départements comptent moins d'un lit pour 10 000 habitants (39, 58, 70, 71 et 89).

Le taux d'occupation moyen régional s'élève à 87,13 % (89% en 2013) avec des écarts importants entre les structures :

- 4 établissements au-dessus de 90% (CHU Dijon, CH Auxerre, HNFC, CH Sens) ;
- 2 établissements au-dessus de 80% (CH Nevers, CH Vesoul) ;
- 5 structures entre 71 et 79% (CHU Besançon, CH Lons, CH Chalon, CH Macon).

La durée moyenne de séjour en réanimation adulte s'élève à 7,33 jours (7 jours au niveau national). Elle est en légère baisse par rapport à 2013 (7,71 jours) mais les durées de séjour sont très variables d'une structure à l'autre : entre 6 jours (CHU) et 13,2 jours (CH d'Auxerre).

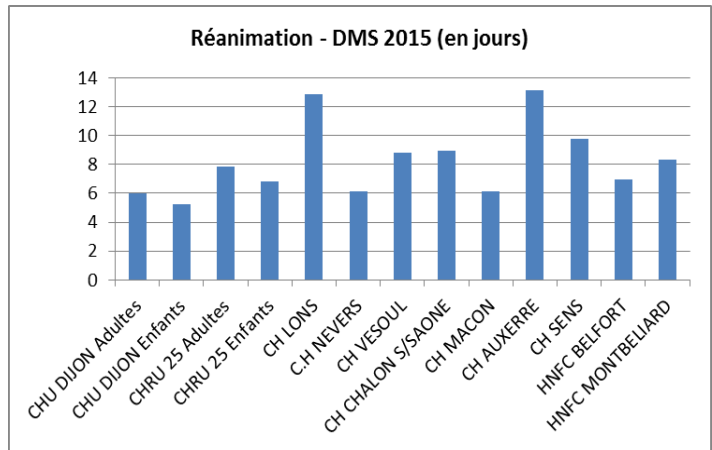
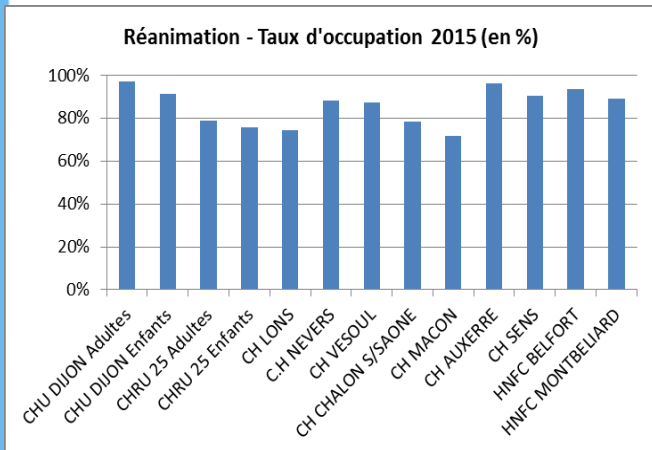
Cette durée n'est pas corrélée au taux d'occupation. Toutefois, les écarts reflètent des situations de réanimation très différentes (profils variés des patients, modes d'entrée, spécificité des unités – unités polyvalentes, unités attachées à une activité, disponibilité des lits d'aval, mode d'organisation des unités) qui permettent difficilement une analyse comparative. Une durée moyenne de séjour longue peut révéler des difficultés à transférer, en aval de la réanimation, des patients vers le service approprié faute de lits disponibles ou le signe d'une organisation à consolider pour favoriser les flux.

Le taux de recours 2015 est de 3,11 séjours pour 1000 habitants.⁴¹

³⁹ Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES – 2013 et 2015

⁴⁰ Calculé, pour la réanimation adulte, sur la base de la population de plus de 16 ans et pour la réanimation pédiatrique, à partir de la classe d'âge 0 à 16 ans – Données STATISS ARS 2016 – Structure par âge de la population au 1^{er} janvier 2015

⁴¹ Population au 01/01/2013

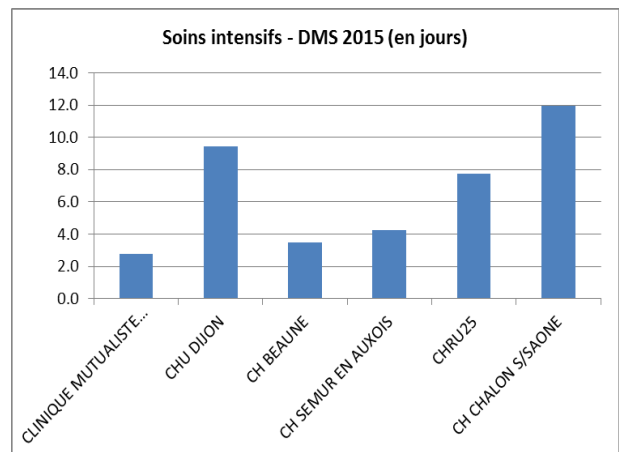
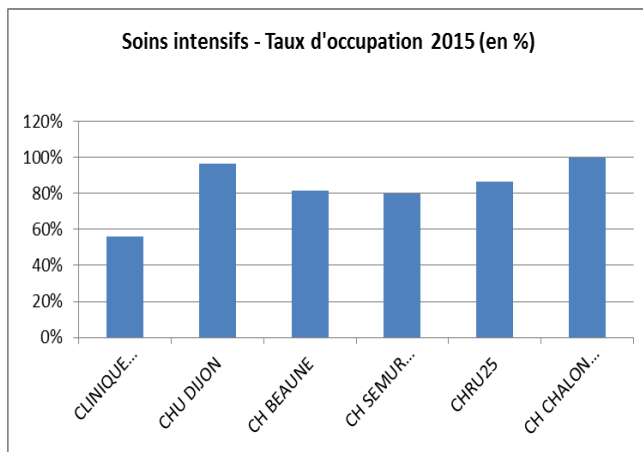


Soins intensifs⁴²

6 structures déclarent 136 lits en unité de soins intensifs (hors USIC et USINV) qui recouvrent des réalités différentes, pour un total de 43 056 journées et 5991 séjours :

- le CHU, le CH de Beaune, la Clinique Bénigne Joly, le CH de Semur-en-Auxois pour la Côte d'Or ;
- le CHRU pour le Centre Franche-Comté ;
- les 2 lits déclarés par le centre hospitalier de Chalon pour la Saône-et-Loire-Bresse-Morvan correspondent à deux chambres stériles en hématologie.

Le taux d'occupation moyen régional s'élève à 87% et la durée moyenne de séjour à 7,19 jours sans évolution par rapport à 2013.



Il existe une différence notable de lits de soins intensifs entre les deux CHU : 27 pour Dijon et 91 pour Besançon.

La répartition sur la région interroge sur la pertinence d'identifier des USI sur les sites hors CHU.

⁴² Source :

Surveillance continue

46 établissements sanitaires ont déclaré 323 lits installés (adultes et enfants) au 31 décembre 2015, soit une diminution de 7 lits depuis 2013. Sur la durée du SROS III, la Franche-Comté a connu un mouvement important d'installation de lits de surveillance continue adulte non adjoints à une unité de réanimation, de 11 à 54 lits.

3 établissements déclarent 21 lits de surveillance continue pour enfants : les deux CHU en lien avec leur autorisation de réanimation pédiatrique et le centre hospitalier de Chalon.

Le taux d'occupation régional moyen s'élève à 81,9%. Toutefois, les taux d'occupation sont d'une grande hétérogénéité entre établissements et difficilement comparables : 6 établissements déclarent des taux d'occupation supérieurs à 100% ; ce sont notamment les deux CHU. A l'inverse, 2 structures ont des taux d'occupation inférieurs à 20%.

La durée moyenne de séjour (adultes et enfants) est de 3,5 jours en 2015.

Le centre hospitalier de Macon et celui de Lons, bien qu'autorisés pour l'activité de réanimation, n'ont pas de lits de surveillance continue, ce qui n'est pas conforme au code de la santé publique.

24 structures disposent de moins de 6 lits de surveillance continue, 12 entre 6 et 9 lits et 6 avec plus de 10 lits. 3 établissements ne respectent pas la préconisation d'au moins 1 lit de surveillance continue pour 2 lits de réanimation.

A l'inverse du constat fait sur les lits de soins intensifs, il existe également une différence notable de lits de surveillance continue adulte entre les deux CHU : 48 pour Dijon et 15 pour Besançon.

La multiplicité des sites d'unités de surveillance continue avec une faible capacité interroge sur leur place, la pertinence et l'efficacité à les conserver dans la filière.

Démographie médicale

Evolution de la démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs (professionnels ayant déclaré une activité, remplaçants inclus)⁴³:

	Anesthésistes réanimateurs					
	2011 ⁴⁴			2016 ⁴⁵		
	Salariés (1)	Libéraux (2)	Densité (1+2) pour 100 000 habitants	Salariés (1)	Libéraux ou mixtes (2)	Densité (1+2) pour 100 000 habitants
21	75	33	20,7	73	43	21,8
25	75	29	19,9	80	33	21,1
39	23	5	10,7	12	10	8,5
58	13	9	9,9	6	12	8,4
70	14	4	7,5	12	7	8
71	46	21	12	36	34	12,6
89	24	8	9,3	17	11	8,2
90	10	5	10,6	13	8	14,5
Région	280	114	14,06	249	158	14,4
<i>France métrop.</i>	<i>6 529</i>	<i>3 632</i>	<i>16,35</i>	<i>6 587</i>	<i>4 396</i>	<i>17,2</i>

La comparaison 2011/2016 des effectifs d'anesthésistes réanimateurs indique une stagnation des effectifs permettant, en regard de l'augmentation de la population régionale (+0,6%), de conserver jusqu'alors une densité stable de ces professionnels.

L'âge moyen des anesthésistes-réanimateurs de la région est de 50 ans avec 28,4% appartenant à la classe d'âge des plus de 60 ans et 25,4% ayant moins de 40 ans.

S'agissant de la réanimation médicale, l'effectif de médecin avec cette qualification s'élève à 13 en 2016. L'âge moyen de cet effectif est de 46 ans dont 38,5% de moins de 40 ans.

Néanmoins, le constat de stabilité de ces professionnels doit être relativisé car les départements présentent de fortes disparités en termes de densité avec une baisse notable dans le Jura. La situation n'est pas meilleure dans les départements de la Haute-Saône, de la Nièvre et de l'Yonne fortement marqués par un déficit de ressources médicales toutes spécialités confondues. La présence d'anesthésiste-réanimateur est fortement dépendante des activités d'un établissement, notamment de l'existence d'une activité de chirurgie.

⁴³ Source STATISS 2016 – ARS Bourgogne Franche Comté- Données au 1^{er} janvier 2016 - Population au 1^{er} janvier 2015 (estimation)

⁴⁴ Source : STATISS, les régions françaises 2011 – Population au 1^{er} janvier 2008 (recensement)/Professionnels de santé au 01/01/2010

⁴⁵ Source STATISS 2016 – ARS Bourgogne Franche Comté- Données au 1^{er} janvier 2016 - Population au 1^{er} janvier 2015 (estimation)

On note également une évolution de la répartition de l'effectif entre l'exercice en mode salarié et en mode libéral au profit de ce dernier. Le Conseil national de l'ordre des médecins analyse, dans son atlas de la démographie médicale 2016, que, France entière, 91% des nouveaux inscrits pour la spécialité Anesthésie-réanimation ont un mode d'exercice salarié (92,2% pour la réanimation médicale), 3% un mode libéral (6,4% pour la réanimation médicale) et 6% sont remplaçants. Après 8 années d'exercice, la répartition évolue vers plus d'activité libérale (28,9%) et un salariat en baisse (56,9%). 5,6% de l'effectif reste en position de remplaçant. La réanimation médicale ne connaît pas la même évolution et maintient un effectif salarié à plus de 92%.

Ces tendances se retrouvent au niveau régional.

A noter que la réforme du 3^{ème} cycle prévoit un Co DES commun entre anesthésie-réanimation et médecine intensive-réanimation qui se scinde ensuite en deux branches.

Le nombre d'internes à former par subdivision, 10 sur Besançon 10 sur Dijon pour la période 2015-2016, est maintenu pour la période 2016-2017 avant mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle. Pour la période 2017-2018, ce sont 11 internes à former sur la subdivision de Besançon et 10 sur celle de Dijon auxquels s'ajoutent 5 internes pour la spécialité Médecine intensive-réanimation (2 pour Besançon et 3 pour Dijon).

Les activités de réanimation imposent des contraintes de fonctionnement mobilisatrices de ressources humaines médicales et paramédicales importantes pour assurer continuité et permanence des soins. Aussi, il paraît nécessaire de recentrer les ressources sur les sites pivots afin de limiter le recours à l'intérim. L'évolution de la démographie médicale va réinterroger de manière prioritaire, le maintien des petites unités de surveillance continue.

Principales avancées des projets régionaux de santé 2012-2016

En Franche-Comté, le SROS s'est attaché à consolider une organisation graduée et coordonnée des niveaux de soins critiques : réanimation, soin intensif et surveillance continue sans remise en question des unités de surveillance continue existante. Une mise aux normes réglementaires pour les structures devant disposer d'unités de surveillance continue devait être organisée.

L'évolution des capacités de soins intensifs et de surveillance continue s'est inscrite dans le cadre de la revue des CPOM. Les capacités ont été ajustées et ont fait l'objet d'avenants aux CPOM des établissements. De plus, les établissements de santé autorisés pour pratiquer la chirurgie carcinologique ont dû se doter d'une unité de surveillance continue, ce qui explique également la dispersion de ces unités.

A noter que le CH de Dole a converti son unité de réanimation en unité de surveillance continue.

Quant au SROS de Bourgogne, il ne prévoyait aucune implantation nouvelle d'unité de réanimation, celles déjà installées permettant de répondre aux besoins sur la période. Par contre, le SROS mettait l'accent sur la nécessité de travailler sur la filière d'aval, c'est-à-dire les lits de surveillance continue reliés à une unité de réanimation pour libérer plus rapidement les lits de réanimation.

A cet effet, un comité de travail a été initié en 2014 par l'ARS avec la participation du Réseau des Urgences de Bourgogne afin d'élaborer un référentiel commun sur la prise en charge en unité de surveillance continue utilisable dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé. La fusion des deux régions Bourgogne-Franche-Comté a suspendu la poursuite des travaux de ce groupe.

Axes de développement

Les précédents SROS ont permis de conforter une organisation graduée et coordonnée des 3 modalités de soins (unité de surveillance continue - USC, unité de soins intensifs - USI, Réanimations adultes et enfants) en niveaux de soins qui doit maintenant s'inscrire dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et leur projet médical partagé (PMP) : niveau de proximité, niveau infrarégional (zone d'implantation des activités de soins) et niveau régional.

L'enjeu du présent PRS est également d'homogénéiser les pratiques entre les 2 ex-régions dans un objectif d'amélioration de la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. A ce titre, les implantations des USI et des USC seront à réétudier sur la base d'une évaluation de pertinence et d'efficacité.

Le groupe mis en place en Bourgogne sera réactivé et étendu à l'ensemble de la région pour poursuivre les travaux de rédaction d'un référentiel commun de prise en charge en unité de surveillance continue.

6.1.10.2 Principes généraux d'organisation

6.1.10.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : maintenir l'accès à la réanimation adulte et pédiatrique au sein d'un maillage territorial gradué

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Identifier l'ensemble des structures au niveau des GHT et des établissements sanitaires (ES) privés appartenant à la même zone d'implantation et décrire les parcours entre ces services, adultes et enfants.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Définition des organisations, implantations, niveaux de prise en charge, transferts à formaliser dans les conventions inter-établissements
- Rédaction par zone d'implantation, d'un projet médical de territoire (PMT) intégrant le PMP et les établissements privés
- Formalisation d'une convention territoriale de fonctionnement en lien avec les niveaux de recours des CHU et la régulation, pour les adultes et les enfants
- Identification d'un seuil capacitaire des lits d'unité de soins continus et de réanimation par territoire permettant de garantir une disponibilité en lits de réanimation. (Focus à faire sur les lits adossés à la réanimation)
- Regroupement des services de surveillance continue pour atteindre un minimum de 6 lits par USC après évaluation de leur niveau de médicalisation
- Organisation des transferts et promouvoir les transports infirmiers inter-hospitaliers afin de fluidifier la filière d'aval

Résultats attendus :

- Fluidité de la filière en sortie de réanimation
- Efficience des lits d'USC

- Conforter les missions de recours régional des 2 CHU

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Harmonisation dans un cahier des charges commun des missions de formation, de coordination des ressources médicales et de régulation des disponibilités des lits en lien avec les SAMU Centre de réception et de régulation des appels 15 (CRRA15) portés par les 2 CHU
- Rédaction d'un document contractuel (convention) entre le CHU et l'établissement support de chaque GHT et les ES privés sur chaque zone d'implantation des activités

- Améliorer la lisibilité de la disponibilité des lits en lien avec les services de régulation

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Renseignement et actualisation régulière du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) sur les capacités et le plateau technique disponibles

Résultats attendus :

- Effectivité de l'accessibilité aux disponibilités de lits via le ROR

**Objectif général n°2 : conforter la qualité et la sécurité des prises en charge en tenant compte des publics accueillis**

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Respecter les normes de personnel et adapter les organisations aux évolutions de la réglementation et des pratiques.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Anticipation de l'évolution des effectifs d'anesthésistes-réanimateurs entre 2018 et 2022, en réanimation adulte et enfants en réalisant un bilan en 2018
- Mise en place d'un programme régional d'actions de formation prenant en compte les évolutions des pratiques cliniques

Résultats attendus :

- Mutualisation des Exemples d'actions (liste non exhaustive) de formation au niveau régional BFC

- Veiller à ce que chaque service s'inscrive dans une démarche éthique et de prise en charge de la douleur.

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation avec l'Espace de réflexion éthique ComEth, d'un séminaire sur l'accès aux soins de réanimation et sur les choix éthiques
- Identification d'un référent/comité d'éthique au sein de chaque service de réanimation en réseau avec l'espace de réflexion éthique ComEth
- Incitation des établissements à organiser une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) par an sur le thème de l'éthique ou du traitement de la douleur

Résultats attendus :

- Respect par les professionnels de santé, de la dignité et du choix des familles et des patients

- Maintenir un niveau de qualité et de sécurité des soins adapté aux publics accueillis prenant en compte les référentiels existants

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Réduction des risques liés aux infections associées aux soins en lien avec le Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et le réseau ReaRaisin, notamment sur la bonne utilisation des antibiotiques
- Intégration de la dimension nutritionnelle en lien avec le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Résultats attendus :

- Certification des établissements de santé

- Développer les prélèvements d'organe et de tissus en lien avec l'agence de la biomédecine (ABM)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Augmentation de l'activité de prélèvements dans les établissements : lien avec les CHPOT (coordinations hospitalières des prélèvements d'organes et de tissus), implication des équipes soignantes en interne dans le recensement des donneurs potentiels
- Evaluation de l'activité de prélèvements et relayer les recommandations de ABM au sein de chaque service de réanimation. (qualité du greffon)

Résultats attendus :

- Augmentation des prélèvements de tissus et d'organes conformes aux critères fixés par l'ABM
- Avis favorables de l'ABM aux demandes de renouvellement des autorisations



Objectif général n°3 : répondre aux situations de crises sanitaires dans le cadre ORSAN (en lien avec la fiche 5.2.1 : PARU et le volet ORSAN de la fiche 5.4.4 : Prévention et traitement des risques sanitaires)

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Mettre en œuvre des procédures d'accueil des urgences absolues notamment après « damage control »

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Inscription de la procédure de recours dans le plan blanc et formalisation dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- Participation aux formations organisées au niveau régional et au niveau zonal en lien avec les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU)
- Participation à un exercice territorial annuel en lien avec les services d'urgences et les régulations concernés.

Résultats attendus : cf. ORSAN

6.1.10.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Le schéma cible vise à maintenir les autorisations actuelles (1 autorisation sur chacun des sites pivot des zones d'implantation pour la réanimation adulte) dès lors que les conditions de fonctionnement des unités de réanimation, notamment celles relatives aux ressources humaines sont remplies. Pour la réanimation pédiatrique, la condition de seuil devra être respectée.

Sur les sites autorisés, les capacités des unités de réanimation et des unités de surveillance continue pourront être adaptées au regard de leur activité.

Les implantations d'USC dont les capacités sont inférieures à 6 lits et/ ou dont la permanence des soins est fragilisée par les restructurations éventuelles des structures des urgences seront revues.

Ces évolutions seront appréciées à l'aune d'un référentiel régional commun. Elles seront inscrites dans les CPOM des établissements.

Une actualisation des missions attendues des USI (spécialités, patients, localisation) sera réalisée sur la base d'un diagnostic régional.

6.1.10.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Activité/Modalité		Zone									
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Adulte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Pédiatrique	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Adulte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Pédiatrique	1	0	0	0 à 1	0	0	0	0	0	0
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Adulte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pédiatrique	0	0	0	-1 à 0	0	0	0	0	0	0
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conquis dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.10.3 Indicateurs

- Taux d'occupation réanimation
- Taux d'occupation USC

6.1.10.4 Articulation

- Cardiologie interventionnelle – parcours cardiologique
- Unités de Neurologie – parcours neurologique
- GHT
- ABM
- CCLIN
- CLAN
- Espace de réflexion éthique BFC ComEth
- ORSAN

6.1.10.5 Transversalité

- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
 - o Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
 - o Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 5.4.4 : Prévention et traitement des risques sanitaires
- Partie 6 : Planifier les activités de soins
 - o Fiche 6.1.7 : Médecine d'urgence

6.1.11 Assistance médicale à la procréation

6.1.11.1 Contexte et problématique

Organisation de l'offre de soins

L'activité d'assistance médicale à la procréation est encadrée par les dispositions de la loi de bioéthique qui rappelle qu'il s'agit d'une activité de soins répondant à une finalité médicale. A ce titre, l'activité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux ne peut être proposée que sur indication médicale (cancer en particulier). De plus, le don de gamètes ou d'embryons, comme tout produit du corps humain est anonyme et gratuit. Ces questions suscitent régulièrement des débats de société suite à la connaissance de situations de femmes ou de couples qui ont mis en œuvre un projet parental à l'étranger, dans des pays où la réglementation est plus souple (Espagne par ex). Pour répondre à une demande sociétale, le comité consultatif national d'éthique CCNE a proposé dans son avis du 15/06/2017⁴⁶ d'ouvrir l'AMP aux couples de femmes et aux femmes célibataires, dispositions qui devraient être intégrées dans la révision de la loi de bioéthique prévue en 2018.

Cette activité est hautement spécialisée ; elle progresse en fonction des avancées de la recherche et de l'innovation (ex de la technique récente de vitrification des ovocytes).

Contexte

- La région dispose de 3 centres clinico-biologiques d'AMP répartis au sein de 2 établissements publics et d'un établissement privé. De plus, 4 laboratoires pratiquent une activité d'AMP limitée à l'insémination artificielle intra-conjugale
- Toutes les activités prévues par la réglementation sont mises en œuvre dans les deux centres d'AMP des CHU de Dijon et de Besançon lesquels offrent une activité diversifiée de don de gamètes, d'accueil d'embryons, d'AMP en contexte viral et de préservation de la fertilité
- Les centres d'AMP des deux CHU se distinguent par un excellent niveau de performance en termes de taux d'accouchements issus de transfert d'embryons avec des taux en 2014 supérieurs à la moyenne nationale⁴⁷. Seuls les 2 CHU atteignent un niveau d'activité égal ou supérieur à 500 tentatives, niveau d'activité médian permettant de garantir la qualité du processus clinico-biologique notamment par des évaluations constantes des pratiques
- L'Agence de la Biomédecine relève que le nombre de centres clinico-biologiques d'AMP rapporté à la population des femmes en âge de procréer est inférieure à la moyenne nationale qui est de 0,9 centre pour 100 000 femmes : 0,65 centre dans la région pour 100 000 femmes, correspondant respectivement à des ratios de 0,4 en Bourgogne et à 1 en Franche-Comté

⁴⁶ Avis du CCNE du 15/06/2017 : <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-du-ccne-du-15-juin-2017-sur-les-demandes-societales-de-recours-lassistance#.WclyZ0ZdP3h>

⁴⁷ Source ABM - <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/nationalresumefiv2014.pdf>

- L'activité régionale rapportée au nombre de femmes en âge de procréer est relativement faible, inférieure à l'activité moyenne nationale pour les activités en intraconjugal de même que celles avec don de gamètes ce qui traduit un faible recours à ces techniques en comparaison avec d'autres régions. La répartition en âge des femmes prises en charge en fécondation in vitro (FIV) révèle que les femmes sont plus jeunes en région qu'au niveau national⁴⁸
- La présence d'un seul centre d'AMP en Bourgogne se traduit par des temps d'accès longs (51 % des femmes en âge de procréer accèdent en plus d'une heure au centre d'AMP de Dijon) et une fuite importante des femmes vers des centres situés en dehors de la région (en 2015, 34,1 %, soit plus d'un tiers des femmes domiciliées en Bourgogne réalisent une AMP dans les centres de la région lyonnaise, de Clermont-Ferrand et de la région parisienne)⁴⁹. De même, en Franche-Comté, des fuites sont également constatées vers les centres alsaciens
- L'absence en Franche-Comté de laboratoire pratiquant l'activité d'insémination artificielle, en dehors de celle pratiquée par les deux centres clinico-biologiques situés à Besançon, limite l'accès des femmes à cette activité⁵⁰
- Pour pallier l'éloignement d'une partie de la population des femmes concernées et aux fuites hors région, les centres d'AMP ont développé des collaborations avec les établissements de santé périphériques se traduisant par un travail en réseau. Ainsi, le centre du CHU de Dijon a mis en place des consultations avancées ainsi que des examens de monitoring réalisés de façon coordonnée dans les 3 autres départements de la Bourgogne permettant d'assurer une partie du processus de prise en charge en proximité du lieu de résidence ou de limiter les déplacements des couples à Dijon en regroupant sur une journée des consultations pluridisciplinaires. D'autre part, les délais de prise en charge entre le 1^{er} rendez-vous et la 1^{ère} tentative d'AMP ont été réduits à moins de 2 mois, ce qui est court comparativement à d'autres centres. Le CHU de Besançon collabore également avec les structures locales pour une prise en charge de proximité.

⁴⁸ Source ABM - <https://www.agence-biomedecine.fr/Activite-regionale-AMP>

⁴⁹ Source ABM – Atlas de l'offre de soins en AMP en France, publication novembre 2015 - https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/atlas_amp_fr2015.pdf

⁵⁰ Source ABM - <https://www.agence-biomedecine.fr/Activite-regionale-AMP>

Structures et activité

Dpt	Ville	Etablissement	Activités cliniques					Activités biologiques							
			POC	PS	TEM	POD	AE	IA	FIV	RCS	PCO	CAG	CEP	CEA	
21	Dijon	CHU DIJON SELARL BIOPOLE 21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Total 21			1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
25	Besançon	CHU BESANCON SELAS CBM 25 HOSPITALIA MUTUALITE PFC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Total 25			2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	
58	Nevers	SELAS LBM JANKOVIK RAKOVER						X							
Total 58			0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
89	SENS	SELAS BIO +						X							
89	AUXERRE	SELAS LBM DES CORDELIERS						X							
Total 89			0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			3	2	3	2	2	7	3	2	2	2	3	2	

POC : prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP
 PS : prélèvement de spermatozoïdes
 TEM : transfert des embryons en vue de leur implantation
 POD : prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
 AE : mise en œuvre de l'accueil des embryons

IA : préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle
 FIV : activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation
 RCS : recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
 PCO : préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
 CAG : conservation à usage autologue des gamètes et préparation et conservation à usage autologue des tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;
 CEP : conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 ;
 CEA : conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

Nombre de tentatives et nombre d'enfants nés vivants en 2015

Origine des gamètes/technique	Nb tentatives	Enfants nés vivants	%	Tentatives Région/France %	Naissances Région/France %
Intraconjugal	3386	700	20,67%	2,44%	2,97%
IIU	1206	170	14,10%	2,38%	3,07%
FIV hors ICSI	452	135	29,87%	2,23%	3,18%
ICSI	1040	323	31,06%	2,60%	3,77%
TEC	688	187	27,18%	2,47%	3,58%
Don de sperme	94	20	21,28%	1,87%	2,06%
Don d'ovocyte	29	10	34,48%	2,29%	3,91%
Accueil d'embryon	26	5	19,23%	17,93%	18,52%
Total BFC	3092	735	23,77%	2,13%	2,96%

Nombre de tentatives par centre en intraconjugal en 2015

Etablissement	IIU	FIV hors ICSI	ICSI	TEC	Total
CHU DIJON	327	158	640	443	1568
SELARL BIOPOLE 21	189				189
CHU BESANCON	292	199	294	185	970
SELAS CBM 25 - HOSPITALIA MUTUALITE PFC	143	95	106	60	404
SELAS LBM JANKOVIK RAKOVER	51				51
SELAS BIO +	113				113
SELAS LBM DES CORDELIERS	91				91
Total BFC	1206	452	1040	688	3386

IA : insémination intra-utérine
 FIV : fécondation in vitro
 ICSI : injection intracytoplasmique de spermatozoïdes
 TEC : transfert des embryons congelés

6.1.11.2 Principes généraux d'organisation

L'organisation de l'offre d'AMP doit répondre à l'objectif d'améliorer l'accès aux activités d'AMP, tout en maintenant les liens entre les laboratoires et les centres et en garantissant une prise en charge de qualité et de haut niveau.

6.1.11.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : structurer et conforter l'organisation régionale d'AMP

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Renforcer l'accès à l'AMP sur l'ensemble du territoire

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Poursuite en Bourgogne de la prise en charge de proximité coordonnée par le CHU de Dijon et amélioration de l'information des couples sur les possibilités facilitant leur prise en charge malgré leur éloignement
- Poursuite en Franche-Comté du partenariat entre les centres d'AMP et les établissements de santé
- Création d'une activité IA-AMP en Franche-Comté en complément des 2 centres clinico-biologiques, afin de réduire les temps d'accès
- Création d'une activité IA-AMP en Saône-et-Loire pour compléter l'offre d'AMP et réduire les fuites hors région

Résultats attendus :

- Augmentation de l'activité régionale
- Augmentation de l'attractivité et diminution du taux de fuite hors région Bourgogne-Franche-Comté

- Organiser l'activité d'AMP régionale en réseau entre les structures en tenant compte de la population des femmes en âge de procréer

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'une charte de fonctionnement avec analyse de l'activité et de l'offre, répartition en fonction de la demande, de critères géographiques et de la technicité des actes, documents communs et partagés, formalisation des complémentarités dans un souci de partage des connaissances et de démarche qualité, identification d'un comité coordonnateur ...

Résultats attendus :

- Fonctionnement en réseau (notamment entre les centres clinico-biologiques d'AMP, les gynécologues-obstétriciens et les laboratoires libéraux)
- Amélioration des informations relatives aux naissances et aux nouveau-nés issus de tentatives d'AMP

- Poursuivre la démarche qualité et innovation des structures

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Renforcement de l'expertise régionale en termes de préservation de la fertilité par la reconnaissance d'un pôle d'excellence
- Amélioration du lien clinico-biologique aussi bien pour les laboratoires pratiquant l'insémination artificielle que pour les centres d'AMP
- Renforcement de la prise en charge personnalisée et de proximité garantissant l'accompagnement des femmes et des couples tout au long du parcours, notamment par des liens formalisés entre centre d'AMP et services de gynécologie-obstétrique
- Continuité de l'accompagnement psychologique
- Reconnaissance des efforts d'innovation et de recherche

Résultats attendus :

- Amélioration des résultats en termes de naissance pour les différentes modalités techniques
- Résultat positif des enquêtes de satisfaction
- Certification qualité ISO 9001 des centres

- Promouvoir l'activité de don (gamètes, embryons)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de séances d'information sur le don
- Diffusion et relais des campagnes de communication mises en œuvre par l'Agence de la Biomédecine
- Soutien de la formation des praticiens

Résultats attendus :

- Plaquettes, journées de formation-information
- Augmentation de l'activité d'AMP avec don



Objectif général n°2 : développer l'activité de préservation de la fertilité notamment pour les patients atteints de cancer

Il s'agit de donner des chances, notamment aux patients atteints de cancer qui le souhaitent, de mener à bien un projet parental après la maladie.

Cet objectif, conforme aux priorités du plan cancer (action 8.1), se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Systématiser l'information des patients concernés dès la consultation d'annonce sur les possibilités de préservation de la fertilité, notamment chez les enfants et les adolescents

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Délivrance d'une information systématique et exhaustive lors du dispositif d'annonce, sur les fiches de réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), sur les programmes personnalisés de soins (PPS)
- Amélioration de l'information des patients
- Amélioration de la formation et l'information des professionnels de santé concernés

Résultats attendus :

- Elaboration et diffusion de plaquettes d'information, de renseignements sur le site du réseau régional de cancérologie, rédaction d'une page dans le livret d'accueil de l'établissement de santé ou le livret de soins de support ...

- Offrir aux patients atteints de cancer les mêmes possibilités d'accès à la préservation de la fertilité avant traitement oncologique potentiellement stérilisant, quel que soit leur lieu de prise en charge, et ce dans des délais compatibles avec la prise en charge oncologique par une équipe pluridisciplinaire dédiée

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'une plateforme régionale « cancer et fertilité » s'appuyant sur les centres clinico-biologiques d'AMP de Dijon et de Besançon
- Mise en œuvre des méthodes de conservation des tissus et des gamètes les plus appropriées
- Suivi de la fonction gonadique après traitement

Résultats attendus :

- Organisation formalisée d'une plateforme régionale

- Créer les conditions d'une collaboration effective entre les centres d'AMP et les praticiens prenant en charge les patients atteints de cancer

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formalisation des liens entre le réseau régional de cancérologie et les centres d'AMP
- Instauration de prises en charge adaptée dans les délais compatibles avec traitement du cancer et préservation de la fertilité
- Organisation de journées d'information et de formation, de journées scientifiques, avec proposition de développement personnel continu (DPC) ...

Résultats attendus :

- Augmentation de l'activité de préservation de la fertilité des centres d'AMP (conservation de spermatozoïdes, d'ovocytes, de tissus testiculaires et de tissus ovariens)



Objectif général n°3 : soutenir la démographie des professionnels cliniciens et biologistes en biologie de la reproduction

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Préserver un effectif suffisant dans les structures d'AMP

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Surveillance et suivi de l'effectif des centres et laboratoires AMP

Résultats attendus :

- Maintien de l'activité régionale afin de limiter les recours hors région

- Soutenir la mise en place d'une filière universitaire en médecine et en biologie de la reproduction

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Veille, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional des ressources humaines en santé, à l'articulation entre les besoins et la formation des professionnels

Résultats attendus :

- Adéquation des effectifs et des compétences aux besoins de fonctionnement des centres d'AMP

6.1.11.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Création d'activités biologiques d'AMP pour compléter l'offre existante :

- d'insémination artificielle en zones Saône et Loire - Bresse Morvan et Nord Franche-Comté ;
- de conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux en zone Centre Franche-Comté.

6.1.11.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

AMP clinique		Zone											
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne		
Nombre d'implantations autorisées (1)	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

AMP biologique

Modélité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	0	0	2	0	0	0	1	1
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	0	1	2	0	0	1	1	1
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	1	0	0	0	1	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	1	0	0	1	0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6.1.11.3 Indicateur

- Pourcentage de tentatives d'AMP réalisées en région pour les femmes domiciliées en région (FIV et ICSI)

6.1.11.4 Articulation

- Réseaux périnataux
- Plan Cancer
- Agence de la biomédecine

6.1.11.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers en particulier les fiches 4.1 : Parcours Cancer, 4.6 : Parcours Maternité-parentalité et 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Partie 6.1 : Politique régionale de l'organisation des activités de soins en particulier les fiches 6.1.1 : Biologie, 6.1.6 : Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, 6.1.9 : Traitement du cancer, 6.1.12 : Dépistage prénatal (DPN) et 6.1.13 : Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

6.1.12 Diagnostic prénatal

6.1.12.1 Contexte et problématique

L'activité de diagnostic prénatal (DPN) a pour objet de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité en réalisant des examens de :

- cytogénétique, y compris de cytogénétique moléculaire ;
- génétique moléculaire ;
- génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel
- diagnostic de maladies infectieuses,
- biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels et de biochimie fœtale à visée diagnostique.

Il s'agit d'une activité clinico-biologique qui associe gynécologue-obstétricien, échographiste, laboratoire de biologie médicale et centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN). Ces derniers encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal (DPN) et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire DPI) et ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée (interruption volontaire de la grossesse pour motif médical IMG) et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire.

Le DPN se distingue du dépistage lequel permet d'estimer le risque pour une femme enceinte d'avoir un fœtus porteur d'une anomalie génétique telle que la trisomie 21.

Le dépistage s'appuie aujourd'hui sur des techniques non-invasives permettant un calcul de risque (dépistage combiné du 1^{er} trimestre associant mesure échographique de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre). Un risque élevé engendrera la mise en œuvre de techniques invasives (amniocentèse, choriocentèse, cordocentèse, biopsie de trophoblastes) permettant une éventuelle confirmation par un examen génétique.

De nouveaux tests de dépistage prénatal non invasif (DPNI) qui visent à rechercher dans le sang maternel des séquences d'ADN du fœtus sont déjà commercialisés par quelques laboratoires pour le dépistage de la trisomie 21 et devraient rapidement être proposés par plusieurs structures. Le décret n°2017-808 du 5 mai 2017 introduit, dans la liste des examens de DPN, des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel, ce qui amènera à revoir les pratiques et l'organisation régionale de l'offre une fois que les conditions de prescription et d'autorisation seront précisées par arrêté à paraître.

La haute autorité de santé (HAS) a publié en 2015 une première évaluation des performances de ces tests indiquant que le taux de détection est supérieur à 99 % et le taux de faux positifs inférieur à 1 % mais le diagnostic repose toujours à ce jour sur l'établissement du caryotype fœtal. Le 2^{ème} volet de recommandations HAS de mai 2017 indique que ce test serait proposé en deuxième intention, après dépistage combiné du premier trimestre. L'intégration de ces tests dans la stratégie de dépistage devrait donc permettre d'améliorer le taux de détection tout en limitant le nombre d'examens invasifs pour caryotype fœtal.

Contexte

- 2 CPDPN implantés dans les CHU de Dijon et de Besançon, lesquels s'appuient chacun sur un réseau périnatal
- 2 laboratoires autorisés pour les activités de cytogénétique ou de génétique moléculaire et 4 pour l'activité d'analyse portant sur les marqueurs sériques maternels
- 222 attestations de gravité en vue d'une IMG délivrées par les 2 CPDPN de Dijon et de Besançon en 2014
- Une activité de cytogénétique en baisse régulière en raison du développement du dépistage combiné de la trisomie 21 du 1^{er} trimestre plus spécifique et plus précoce.

Problématique

- Une absence de réglementation des activités cliniques de diagnostic prénatal, celles-ci étant soumises à des règles de bonnes pratiques
- Deux CPDPN qui doivent poursuivre leur rôle de référent (expertise, coordination, collaboration, télémédecine) et d'observatoire des anomalies fœtales graves (suite donnée aux attestations de gravité délivrées, suivi des cas ayant entraîné une IMG)
- Un dépistage combiné de la trisomie 21 selon l'arrêté de 2009 effectivement mis en œuvre en région
- Déploiement prochain des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Structures et activité

CPDPN

Dpt	Ville	Etablissement
21	Dijon	CHU DIJON
25	Besançon	CHU BESANCON
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté		

Laboratoires

Dpt	Ville	Etablissement	MODALITES					
			ACG	AGM	DMI	AH	AI	AB
21	Dijon	CHU DIJON	X	X	X			X
	Total 21	Nbre d'implantations	1	1	1			1
25	Besançon	CHU BESANCON	X					
	Total 25	Nbre d'implantations	1					
39	Lons le Saunier	Lab MEDILYS						X
	Total 39	Nbre d'implantations						1
71	Chalon	BIOLAB						X
	Total 71	Nbre d'implantations						1
90	Trevenans	HNFC						X
	Total 90	Nbre d'implantations						1
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			2	1	1			4

AC : analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

DMI : analyses en vue du diagnostic maladies infectieuses

AH : analyses d'hématologie

AI : analyses d'immunologie

AB : analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels

Activité 2015

Activité	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par naissance dans la région)	France	Taux (par naissance dans la région)
Nb de dossiers examinés	594	394	988	3,4%	42 845	5,4%
Nb d'attestations de gravité en vue d'une IMG	104	85	189	0,6%	7084	0,9%
	CPDPN Dijon	CPDPN Besançon	Total BFC	Taux (par dossiers examinés région)	France	Taux (par dossiers examinés France)
Nb d'échographies diagnostiques	2010	687	2697	209,4%	94 386	220%
Nb de prélèvements à visée diagnostique	376	143	519	40,3%	18 676	43,6%
Nb de gestes à visée diagnostique	17	5	22	1,7%	1532	3,6%

Nombre de prélèvements fœtaux par type d'activité

Type d'activité	Région	France
Cytogénétique : Caryotypes	263	31 422
Génétique moléculaire : prélèvements invasifs	3	2672
Maladies infectieuses	33	5882
Biochimie fœtale : marqueurs sériques	12 661	680 175

Nombre de femmes testées par marqueurs sériques pour dépistage de la trisomie 21

Type de marqueurs sériques maternels	Région		France	
	Nb	%	Nb	%
Premier trimestre	11 113	88%	528 481	78%
Second trimestre	1548	12%	151 694	22%
Total	12 661	100%	680 175	100%

6.1.12.2 Principes généraux d'organisation

La problématique très particulière du diagnostic prénatal nécessite la plus grande assurance qualité pour cette activité (information complète, tests les plus prédictifs possibles, accompagnement psychologique, suivi des grossesses et des issues de grossesse...)

L'organisation de l'offre repose sur la nécessaire coordination des acteurs autour du CPDPN pour homogénéiser et améliorer les prestations offertes aux femmes concernées

6.1.12.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : mettre en œuvre les examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

L'évaluation des besoins en nombre d'exams à réaliser en BFC est établie à partir des données actuelles :

- Nombre d'accouchements annuels et répartition géographique (données ATIH) :

Nb d'accouchements	Bourgogne	Franche-Comté	Total
2014	16 609	13 164	29 773
2015	16 170	12 771	28 941
2016	15 381	12 365	27 746

Une baisse de la natalité est observée.

- Données du dépistage combiné : nombre de femmes pour lesquelles le risque évalué les rendent éligibles au DPNI, après le dépistage combiné :
- En 2014, selon la synthèse régionale de l'ABM reprenant les rapports d'activité des laboratoires de biologie médicale autorisés : 11 863 femmes bénéficient du dépistage combiné du 1^{er} trimestre dans des LBM de BFC :
 - o 4 156 tests réalisés dans les LBM de Bourgogne ;
 - o 7 707 tests réalisés dans les LBM de Franche Comté.

Ce chiffre sous-estime le nombre de femmes ayant effectivement bénéficié du dépistage combiné car le chiffre de 11 863 femmes ne prend pas en compte les tests transmis aux laboratoires Biomnis et Cerba par les laboratoires de Bourgogne-Franche-Comté non autorisés en DPN.

En prenant les données 2014 France entière (source Recommandations HAS 2017⁵¹) soit :

- 521 456 femmes ayant bénéficié du dépistage combiné ;
- 805 755 femmes enceintes ;

cela représente une proportion de 64,72 % femmes enceintes qui ont bénéficié du dépistage combiné. Sur cette base, en région BFC, l'application de ce pourcentage conduit au chiffre de 19 268 femmes (29 773 x 64,72 %) potentiellement testées en 2014.

Au plan national, sur la base de la stratégie S3 des recommandations HAS précitées (risque entre 1/1000 et 1/50), 11,20 % (58 455/521 456) des femmes ayant bénéficié du dépistage combiné du 1^{er} trimestre sont éligibles au DPNI.

Soit pour la BFC : si l'on prend les 19 268 femmes potentiellement testées en 2014, cela représenterait un nombre de 2 160 tests DPNI (19 268 * 11,20 %). Ce chiffre apparaît comme un maximum compte tenu d'une part, de la baisse de la natalité dans la région et d'autre part du fait que sont comptabilisés dans le calcul les examens réalisés hors BFC par transmission à des laboratoires privés spécialisés.

Compte tenu des capacités de traitement d'un séquenceur haut débit, cette activité peut être prise en charge par un seul équipement (à titre indicatif 3 séries hebdomadaires permettent de tester 2 500 femmes/an). De plus, un volume d'activité suffisant permet de lancer une série complète plus fréquemment et ainsi de diminuer le délai de rendu des résultats, ce qui est essentiel à la prise en charge de ces femmes enceintes avec, selon les résultats, d'éventuelles décisions médicales d'interruption de la grossesse.

D'un point de vue réglementaire, des précisions sont attendues concernant les conditions de réalisation des examens génétiques portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel, activité qui requerra une autorisation spécifique, ce en complément de la réglementation encadrant actuellement le DPN et des conditions de formation et d'expérience particulières exigées pour les praticiens.

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Disposer d'une offre de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel pour répondre aux nouveaux besoins

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Autorisation et déploiement de cette activité au profit des patientes de toute la région BFC.
- Limitation des transmissions hors région en développant la sous-traitance pour le compte des laboratoires privés de BFC.

⁵¹ Recommandations sur la place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtale – Avril 2017

Résultats attendus :

- Mise en œuvre de l'activité
- Diminution du nombre des prélèvements invasifs

**Objectif général n°2 : structurer l'organisation régionale autour des 2 CPDPN**

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Renforcer les liens et la collaboration entre les 2 CPDPN, les laboratoires et les prescripteurs

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un site ou d'une page Internet par le centre des CHU
- Soutien du rôle de référent et de coordonnateur des CPDPN pour diminuer la gestion hors région de plusieurs dossiers

Résultats attendus :

- Actualisation et harmonisation des règlements intérieurs
- Site ou page Internet
- Accroissement de l'efficacité des CPDPN (suivi de grossesse, attestations de gravité, réunions avec les différents acteurs ...)

- Assurer l'accès à un diagnostic prénatal de qualité : Partager la définition des critères de qualité du diagnostic prénatal en lien avec les CPDPN, les laboratoires, les échographistes et tous les acteurs concernés

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'une charte qualité régionale abordant les points suivants : information des patients, augmentation de l'usage du dépistage combiné du 1^{er} trimestre, prise en compte des nouvelles techniques, prise en charge des suites du diagnostic prénatal, accompagnement psychologique adapté, retour sur les issues de grossesse ...

Résultats attendus :

- Charte qualité régionale

- Favoriser les coopérations entre laboratoires et prescripteurs pour garantir l'unité clinico-biologique de cette activité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de réunions de concertation

Résultats attendus :

- Réunions de concertation régulières entre laboratoires et prescripteurs

- Développer la communication auprès des médecins et des sages-femmes sur l'activité de DPN en lien avec les CPDPN et les réseaux périnataux

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Lisibilité et diffusion de l'offre échographique sur la région
- Organisation de réunions d'information entre les acteurs (médecins généralistes, spécialistes et laboratoires)

Résultats attendus :

- Liste actualisée des échographistes
- Réunions d'information sur les territoires

6.1.12.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Nouvelle implantation pour la mise en œuvre des examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel en zone Côte d'Or et possible en zone centre Franche-Comté, sous certaines conditions.

Cette proposition résulte de l'état actuel de la politique nationale basée sur les recommandations de la HAS. Une modification des préconisations actuelles pourrait donner lieu à un nombre supérieur d'examens à réaliser. Un suivi des dispositions réglementaires et de la répartition des examens effectués est donc nécessaire (cf. indicateur).

- Nouvelle implantation pour les examens de génétique moléculaire pour DPN en zone Centre Franche-Comté.

6.1.12.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1	0	1	0	1	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	0	1	0	1	0	1	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués la cytogénétique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6.1.12.3 Indicateur

- Nombre de DPNI réalisés

6.1.12.4 Articulation

- Réseaux périnataux
- Plan Maladies rares
- Agence de la biomédecine

6.1.12.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap - une réponse accompagnée pour tous
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers en particulier les fiches 4.1 : Parcours Cancer, 4.6 : Parcours Maternité-parentalité et 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Partie 6.1 : Politique régionale de l'organisation des activités de soins en particulier les fiches 6.1.1 : Biologie, 6.1.6 : Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, 6.1.9 : Traitement du cancer, 6.1.11 : Assistance médicale à la procréation (AMP) et 6.1.13 : Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

6.1.13 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Les progrès réalisés en génétique, tant dans le domaine technique que dans le champ de la recherche, ont ouvert la voie vers une médecine de précision.

Avec la technique du séquençage haut débit, il pourrait aujourd'hui être techniquement plus simple, et sans doute moins onéreux, d'effectuer un séquençage dit génome entier que de sélectionner de courtes régions d'intérêt et d'en réaliser un séquençage ciblé.

Cette évolution technique risque de bouleverser l'objet de la génétique médicale :

- passage d'un petit nombre de marqueurs génétiques distincts, choisis et interprétables par le médecin, à un séquençage global non ciblé du génome, sans a priori ;
- glissement d'une analyse ciblée sur une maladie (en réponse à un symptôme) à une analyse ciblée sur l'individu en bonne santé, prescrite sans hypothèse diagnostique, pour repérer une anomalie pouvant se traduire par un risque potentiel pour l'individu ouvrant ou non la possibilité d'une prévention ;
- passage à une gestion bio-informatique (« big data ») qui doit intégrer la notion de protection de la vie privée (anonymisation).

Ainsi, le comité consultation national d'éthique (CCNE) a consacré en 2015 un avis sur les conditions pour qu'un système de régulation soit efficace et respectueux des personnes⁵².

6.1.13.1 Contexte et problématique

Champ

Activité de génétique constitutionnelle postnatale : cytogénétique et génétique moléculaire dont analyses HLA et maladies (hors greffe), pharmacogénétique et oncogénétique constitutionnelle.

Sont exclus le diagnostic prénatal, le dépistage néonatal, la génétique et l'oncogénétique somatiques.

Objet

Activité clinico-biologique comportant une consultation médicale (spécialiste ou généticien, voire médecin généraliste pour certains examens plus courants comme les facteurs liés à la thrombophilie) ainsi qu'un examen réalisé par un praticien agréé par l'Agence de la Biomédecine dans un laboratoire autorisé, visant d'une part des malades et d'autre part des personnes asymptomatiques de leur parentèle.

⁵² Source Comité Consultatif National d'Éthique – <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/reflexion-ethique-sur-levolution-des-tests-genetiques-liee-au-sequençage-de-ladn-humain#.WOH6wEb9xNA>

L'examen a pour objet :

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

Population concernée

Les maladies rares touchent environ 1 personne sur 20⁵³ et 80% sont d'origine génétique (soit environ 150 000 personnes en Bourgogne-Franche-Comté). Les maladies génétiques touchent la majorité de la population si on prend en compte les facteurs de prédisposition. Par ailleurs, près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles⁵⁴.

En 2015, selon l'Agence de la Biomédecine⁵⁵, plus de 464 200 personnes ont bénéficié d'un examen génétique dans 226 laboratoires sur l'ensemble du territoire national (un tiers des laboratoires autorisés pour la génétique moléculaire le sont uniquement pour une activité limitée).

Les patients concernés sont les personnes atteintes de maladie génétique ou les apparentés, les personnes porteuses de gènes à prédisposition du cancer et des personnes amenées à recevoir certains traitements médicamenteux.

Organisation de l'offre de soins

Elle est structurée au niveau national dans le cadre des Plans « maladies rares » et « cancer ».

Les maladies génétiques représentent 80% des maladies rares⁵⁶ (maladie qui touche moins de 1 personne sur 2000). Leur prise en charge s'organise au plan national, via des centres de référence et des centres de compétence, mais aussi à travers des réseaux européens, voire internationaux.

Suite à la 1^{ère} vague de la campagne de labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares, le CHU de Dijon reste site coordonnateur du centre de référence multisite « Anomalies du développement et syndromes malformatifs », et il anime la filière nationale de santé dédiée aux anomalies du développement et déficience intellectuelle de causes rares (AnDDI-Rares). Le CHU de Dijon porte 3 nouveaux sites constitutifs (maladies dermatologiques rares, maladies pulmonaires rares, cytopénies auto-immunes) ainsi qu'environ 40 centres de compétence. Le CHU de Besançon est porteur d'environ 50 centres de compétence.

⁵³ Source Alliance Maladies Rares - <http://www.alliance-maladies-rares.org/les-maladies-rares/definition-et-chiffres-cles/>

⁵⁴ Source Institut National du Cancer - <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique>

⁵⁵ Source ABM – Rapport médical et scientifique (données 2015) - <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/diag-post/01-genetique/synthese.htm>

⁵⁶ Source Alliance Maladies Rares - <http://www.alliance-maladies-rares.org/les-maladies-rares/definition-et-chiffres-cles/>

Les équipes cliniques et de recherche des CHU de Dijon et Besançon, et de l'Université fédérale Bourgogne Franche-Comté se sont également associées au sein d'une fédération hospitalo-universitaire, la FHU Translad, dédiée au développement des soins, de la recherche et de l'enseignement dans le domaine des maladies du développement.

Par ailleurs, le CHU de Dijon participe avec le Centre Georges François Leclerc à la plateforme de génétique moléculaire labellisée par l'INCa.

Contexte

- Activité spécialisée voire hautement spécialisée
- Des besoins difficiles à estimer (des tests de prédisposition prescrits hors « filière génétique » par le médecin traitant ou le spécialiste non généticien) mais croissants et évolutifs (développement des connaissances : nouveaux gènes identifiés, nouvelles techniques : ex séquençage haut débit, développement de la médecine personnalisée)
- Consultations : des consultations en génétique et oncogénétique organisées par les CHU de Dijon et de Besançon avec des consultations avancées à Auxerre, Chalon, Macon, Nevers, Belfort-Montbéliard. Une progression des consultations d'oncogénétique est observée : 1211 consultations d'oncogénétique en 2010, 2771 en 2015 soit 99/100 000 habitants, la moyenne nationale étant de 87⁵⁷ et 5364 en 2016
- Laboratoires : 5 laboratoires situés à Dijon ou à Besançon avec 3 structures ayant une autorisation limitée. L'organisation est graduée en 2 niveaux (cf. rapport d'activité annuel de génétique moléculaire adressé par les laboratoires à l'Agence de la biomédecine), les examens spécialisés de niveau II étant tous réalisés à Dijon au CHU ou au CGFL, ce qui place de fait le laboratoire du CHU de Dijon comme centre de génétique fédérateur au sein de la région.
- Une activité reconnue au plan régional, national voire international pour le CHU de Dijon
- Des projets innovants portés par les 2 CHU, le centre anticancéreux Georges François Leclerc (CGFL) et l'établissement français du sang (EFS), en lien avec la recherche : projet de création d'un institut de médecine génomique et immunologique à Dijon en vue de la mise en place d'une plateforme de séquençage à très haut débit.

⁵⁷ Source INCa – <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Oncogenetique-en-2015-Consultations-et-laboratoires>

Structures et activité

Structures

Dpt	Ville	Etablissement	MODALITES	
			ACG	AGM
21	Dijon	CHU DIJON CLCC CGFL EFS	X	X X limitée oncogénétique X limitée HLA-Maladie
	Total 21	Nbre d'implantations	1	3
25	Besançon	CHU BESANCON EFS	X	X X limitée thrombophilie
	Total 25	Nbre d'implantations	1	2
TOTAL Bourgogne-Franche-Comté			2	5

ACG : analyses de cytogénétique y compris la cytogénétique moléculaire

AGM : analyses de génétique moléculaire

Activité 2016 des laboratoires

Etablissement	Cytogénétique				Génétique moléculaire			
	Caryotype	FISH	Puces	MLPA-QF-PCR	Nb tests	Variété tests	Séq. HD	Niveau
CHU DIJON	309	124	349		2449	13	528	1 et 2
CLCC CGFL					978	1	978	2
EFS BFC site de Dijon					271	7		1
CHU BESANCON	771	97	238		397	10		1
EFS BFC site de BESANCON					724	1		1
Total BFC	1080	221	587		4819	27	1506	1 et 2

6.1.13.2 Principes généraux d'organisation

L'organisation de l'offre de génétique doit répondre à l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux consultations de génétique, aux examens de cytogénétique et de génétique moléculaire, tout en maintenant les liens entre les laboratoires et les consultations pour assurer la pertinence des prescriptions de tests génétiques, le rendu des examens, le suivi des patients et l'information de la parentèle le cas échéant.

6.1.13.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : structurer et graduer l'organisation existante de l'offre de génétique

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

➤ Structurer l'organisation par niveaux

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Coordination de la réalisation des examens de niveau 1 et développer les examens de niveau 2
- Encouragement à la mutualisation des activités entre les centres de génétique
- Développement des outils de collaboration entre les structures

Résultats attendus :

- Elaboration d'un projet génétique ou d'un cahier des charges régional
- Augmentation du nombre d'examens de niveau 2

➤ Améliorer l'accès de la population aux consultations de génétique

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Amélioration de l'offre de consultations et développer les consultations délocalisées
- Amélioration de la couverture territoriale et la fréquence des consultations avancées
- Compétences en génétique dans les différentes structures: télémédecine, téléconsultation

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de consultations (en oncogénétique et pour les maladies rares) et de leur accessibilité (consultations avancées ou téléconsultations)



Objectif général n°2 : conforter la place de la génétique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

➤ Améliorer l'information concernant l'offre de génétique pour les professionnels et les usagers

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Diffusion de l'offre spécialisée relative aux maladies rares (information à relayer sur site internet des deux CHU et de l'ARS BFC). Des sites internet dédiés existent pour le centre de référence anomalie du développement : <http://www.feclad.org/index.html> et pour la FHU Translad : <http://www.translad.org/>

Résultats attendus :

- Plaquettes, page Internet, journées de formation-information

- Conforter le positionnement des structures à vocation régionale

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Poursuite du développement de l'expertise en génétique moléculaire du CHU de Dijon par la mise en œuvre de projets innovants ;
- Développement de la pharmacogénétique et la pharmacogénomique
- Développement du nombre de diagnostics de génétique moléculaire
- Soutien des projets de recherche des 2 CHU et du CGFL

Résultats attendus :

- Création d'un Institut de médecine génomique partenarial à l'échelle régionale



Objectif général n°3 : soutenir la démographie des professionnels de génétique

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Conforter la filière universitaire en génétique médicale

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Veille, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional des ressources humaines en santé, à l'articulation entre les besoins et la formation des professionnels

Résultats attendus :

- Nouveaux recrutements de généticiens cliniciens, ingénieurs en génétique moléculaire, ingénieurs en bioinformatique, biologistes, conseillers en génétique, techniciens spécialisés en génétique moléculaire, techniciens de laboratoire, pharmaciens spécialisés en pharmacogénétique

6.1.13.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Reconnaître une deuxième implantation pour une activité de génétique moléculaire limitée aux examens de HLA-maladie en zone Centre Franche-Comté
- Reconnaître à l'échelle régionale dans le SRS une implantation pour la future plateforme de séquençage à très haut débit en zone Côte d'or.

6.1.13.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité		Zone										
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	0	0	2 dont 1 limitée thrombophilie	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 à 4 *	0	0	2 ** dont 1 limitée thrombophilie et HLA-Maladies	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0 à 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* : Selon le statut juridique prévu pour l'implantation de la future plateforme de séquençage à très haut débit à vocation régionale

** : Possibilité d'extension de l'autorisation de génétique moléculaire limitée thrombophilie pour les examens HLA-maladie

6.1.13.3 Indicateur

- Nombre et types de tests de génétique moléculaire de niveau II réalisés

6.1.13.4 Articulation

- Plan Cancer
- Plan Maladies rares
- Plan Handicaps rares et Schéma national d'organisation social et médico-sociale Handicaps rares
- Agence de la biomédecine
- Réseaux européens de maladies rares

6.1.13.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap - une réponse accompagnée pour tous
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers en particulier les fiches 4.1 : Parcours Cancer, 4.6 : Parcours Maternité-parentalité et 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Partie 6.1 : Politique régionale de l'organisation des activités de soins en particulier les fiches 6.1.1 : Biologie, 6.1.2 : Médecine, 6.1.6 : Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, 6.1.9 : Traitement du cancer, 6.1.11 : Assistance médicale à la procréation (AMP) et 6.1.12 : Dépistage prénatal (DPN)

6.1.14 Imagerie médicale

6.1.14.1 Contexte et problématique

Taux d'équipement

Zones	Population	IRM		Scanners	
		autorisés au 01/01/2018	Tx équipt / million hab	autorisés au 01/01/2018	Tx équipt / million hab
Côte d'Or	530 479	9	16,97	10	18,85
Nièvre	206 893	3	14,50	4	19,33
Bourgogne Méridionale	197 927	3	15,16	3	15,16
Saône et Loire B Morvan	357 577	5	13,98	6	16,78
Sud Yonne	205 088	3	14,63	6	29,26
Nord Yonne	144 723	2	13,82	4	27,64
ex Bourgogne	1 642 687	25	15,22	33	20,09
Centre F-Comté	506 067	9*	17,78	11	21,74
Nord F-Comté	329 959	4	12,12	5**	15,15
Haute-Saône	169 361	2	11,81	2	11,81
Jura	171 709	2	11,65	2	11,65
ex Franche-Comté	1 177 096	17	14,44	20	16,99
Région	2 819 783	42	14,89	53	18,80
France métropolitaine	63 697 865	1 004	15,76	1 166	18,31

*dont deux appareils d'IRM ostéoarticulaires autorisés et installés

**dont un appareil de scanographie à usage mixte dosimétrique et diagnostique

Zones	Population	TEP Scan		Gamma-caméras	
		Autorisés au 01/01/2018	Tx équipt / million hab	Autorisées au 01/01/2018	Tx équipt / million hab
Côte d'Or	530 479	3	5,66	5	9,43
Nièvre	206 893	1	4,83	2	9,67
Bourgogne Méridionale	197 927	0	0,00	2	10,10
Saône et Loire B Morvan	357 577	1	2,80	4	11,19
Sud Yonne	205 088	1	4,88	2	9,75
Nord Yonne	144 723	0	0,00	1	6,91
ex Bourgogne	1 642 687	6	3,65	16	9,74
Centre F-Comté	506 067	1	1,98	5	9,88
Nord F-Comté	329 959	1	3,03	3	9,09
Haute-Saône	169 361	0	0,00	1	5,90
Jura	171 709	0	0,00	1	5,82
ex Franche-Comté	1 177 096	2	1,70	10	8,50
Région	2 819 783	8	2,84	26	9,22
France métropolitaine	63 697 865	167	2,62	469	7,36

En Bourgogne Franche-Comté, les appareils d'imagerie médicale autorisés au 1^{er} janvier 2018, sont au nombre de :

- 42 IRM
- 53 scanners
- 8 TEP scans
- 26 gamma-caméras.

Les taux régionaux d'équipements (autorisés) par million d'habitants, par rapport à ceux de France métropolitaine, sont pour les :

- IRM, inférieur de 6 % : 14,89 appareils par million d'habitants versus 15,76 en France métropolitaine
 - Scanners, supérieur au taux moyen métropolitain : 18,80 par million d'habitants versus 18,31
 - TEP scan : supérieur de 8% : 2,84 par million d'habitants versus 2,62
 - Gamma-caméras, supérieur de 25 % : 9,22 par million d'habitants versus 7,36.
- (source ARHGOS)

Par contre, ces taux d'équipement par million d'habitants sont très variables en infrarégional, entre zones de planification :

- IRM : ils sont inférieurs à 13 appareils par million d'habitants dans trois zones (Jura, Haute-Saône et Nord Franche-Comté) et supérieurs au taux national dans deux zones (Centre Franche-Comté et Côte d'Or)
- Scanner : ils sont inférieurs à 12 appareils par million d'habitants dans deux zones (Jura et Haute-Saône) et supérieurs au taux national dans cinq zones (Sud Yonne, Centre Franche-Comté, Nord Yonne, Nièvre et Côte d'Or)
- TEP scan : 4 zones n'ont pas d'autorisations (Bourgogne méridionale, Nord Yonne, Haute-Saône et Jura) et 3 zones ont un taux supérieur à 4,80 (Côte d'Or, Sud Yonne et Nièvre)
- Gamma-caméras : 3 zones ont des taux inférieurs à 7 appareils par million d'habitants (Jura, Haute-Saône et Nord Yonne) et 2 zones ont des taux supérieurs à 10 (Saône-et-Loire-Bresse-Morvan et Bourgogne méridionale).

Taux de recours des habitants aux examens d'IRM et de scanner

Le taux de recours n'est pas strictement corrélé avec le taux d'équipement.

En 2013, le ratio France/OCDE (32 pays) pour les taux d'équipement en IRM est de 0,67 alors que le ratio France/UE (28 pays) est de 1,75 pour le taux d'examens IRM par habitants.

Ces ratios sont pour les scanners, de 0,59 pour le taux d'équipement et le ratio France/UE28 est de 1,61 pour le taux d'examens par habitants (données OCDE).

En Bourgogne Franche-Comté, les taux de recours à l'IRM varient de 1 à 4 entre les cantons et les taux de recours au scanner varient de 1 à 3 entre les cantons. (source <http://ca.atlasante.fr>)

Délais de rendez-vous

En 2016, le délai moyen de rendez-vous pour un examen d'IRM (recherche d'extension d'un cancer) est de 26,6 jours en Bourgogne et de 32,7 jours en Franche-Comté, au-dessus du délai maximal de 20 jours fixé par le plan Cancer 2014-2019. Ce délai moyen est de 30,6 jours au niveau national.

(source CEMKA Eval – SNITEM : Les insuffisances en matières d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM 2016)

En 2014, en Franche-Comté, le délai moyen de rendez-vous pour un patient externe pour un scanner était de 11,47 jours (7 jours au niveau national).

(source : enquête ARS FC)

Démographie médicale

En janvier 2016, la BFC a une densité de 8,9 médecins radiologues/100 000 habitants, inférieure à la France métropolitaine (11/100 000 habitants). La Côte d'Or et le Doubs ont une densité supérieure à la moyenne nationale.

Le taux de radiologues salariés exclusifs (publics) est particulièrement faible en BFC : 24,6 % de l'ensemble des radiologues contre 32 % pour la France métropolitaine (1 seul dans la zone de planification Jura).

Au niveau régional, la moitié des radiologues ont 55 ans et plus et 29 % sont âgés de 60 ans et plus.

Les zones de planification ayant les plus faibles densités de radiologues sont également celles où les radiologues sont les plus âgés : le pourcentage de radiologues âgés de plus de 60 ans est de 60 % dans la zone Jura, entre 44% et 38 % en Haute-Saône, Sud Yonne, Nord Franche-Comté, Saône-et-Loire-Bresse-Morvan, Nord Yonne et Nièvre.

Inversement, les radiologues de moins de 40 ans sont plus présents dans les zones avec une densité importante de radiologues.

En janvier 2016, la BFC a une densité de 1,1 médecins nucléaires/100 000 habitants, supérieure à la France métropolitaine (1/100 000 habitants). Quatre départements n'ont aucun ou un seul médecin nucléaire (Jura, Haute-Saône, Yonne et Territoire de Belfort). Le taux de médecins nucléaires salariés exclusifs en BFC (37,5%) est plus faible qu'au niveau métropolitain (51,1 %).

En 2017, 4 postes d'assistants spécialistes partagés en radiologie sont cofinancés par l'ARS. Ces postes sont partagés entre le CHRU de Besançon et le Groupe Hospitalier de la Haute-Saône (2), le Centre Hospitalier de Dole (1) et l'HNFC (1 fin 2017).

Chaque année, 7 internes sont formés en radiologie imagerie médicale à Dijon et 6 le sont à Besançon. Un interne en médecine nucléaire est formé chaque année à Dijon et à Besançon.

Autres données de contexte

Le projet médical partagé (PMP) de chaque GHT doit définir les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télé-médecine, portant sur les plateaux techniques. Il doit également inclure un projet d'imagerie médicale, y compris interventionnelle.

La création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale est encouragée, afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie (*article L. 6122-15 du code de la santé publique*).

L'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie médicale est un des axes qui devra être développé par le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

L'interprétation à distance, par télé-imagerie se développe ainsi que l'archivage et le partage possibles des images grâce aux PACS.

La radiologie interventionnelle, diagnostique ou thérapeutique se développe en France.

Le décret de « compétences » des manipulateurs en électroradiologie médicale du 5 décembre 2016 pourra leur permettre d'effectuer certains actes, sous la responsabilité et non plus en présence du médecin radiologue ou nucléaire.

6.1.14.2 Principes généraux d'organisation

6.1.14.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : améliorer la pertinence des examens d'imagerie médicale

Exemple d'actions :

- Mise en place d'un PACS régional de stockage des images et des comptes rendus (ou d'une interconnection entre les PACS existants) permettant les échanges entre l'ensemble des structures d'imagerie (réduction d'actes redondants) et le médecin prescripteur
- Informatisation des étapes clefs : prescription d'examen, restitution des résultats
- Information et formation des médecins prescripteurs d'examens (guide du bon usage, développement professionnel continu (DPC) ...)

Résultats attendus :

- Amélioration de la pertinence des prescriptions et des comptes rendus d'imagerie

**Objectif général n°2 : renforcer l'accès à une imagerie médicale de qualité***Exemple d'actions :*

- Diminution des délais de rendez-vous pour une IRM et TEP, en premier lieu dans le cadre d'un bilan initial de cancer
- Développement de la radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou thérapeutique, notamment en cancérologie
- Développement de la pratique de recueil du signal et des images en échographie, telle que définie par l'article R.4351-2-2 du CSP, par les manipulateurs en électroradiologie médicale et, dans l'attente, poursuite de la mise en œuvre du protocole de coopération pour la réalisation d'actes d'échographie par un manipulateur en électroradiologie médicale
- Formation des médecins urgentistes à l'échographie
- Réduction de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants par la suppression des examens d'imagerie non justifiés et par le recours préférentiel, à chaque fois que cela est possible, à la technique présentant le niveau d'exposition le plus faible aux rayonnements ionisants et le meilleur rapport bénéfice/risque dans la situation considérée

Résultats attendus :

- Diminution du délai moyen de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan initial de cancer à moins de 20 jours (objectif Plan cancer 2014-2019)
- Organisation territoriale et régionale de l'offre de radiologie interventionnelle
- Développement des activités des manipulateurs en électroradiologie médicale hors présence physique de médecin radiologue, dans le cadre du décret du 5 décembre 2016 et de protocoles de coopération
- Développement de l'activité d'échographie en urgence
- Réduction de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants

**Objectif général n°3 : favoriser la coopération / mutualisation des médecins radiologues***Exemple d'actions :*

- Organisation d'équipes territoriales de médecins radiologues dans le cadre :
 - o des GHT et de leurs projets médicaux partagés – pôles interétablissements d'activité médicotechnique
 - o des coopérations entre établissements de santé existantes (FMIH, exercice partagé...)
 - o du portage d'autorisations communes public/privé dans le cadre de plateaux mutualisés d'imagerie médicale
- Définition d'une gradation des plateaux techniques d'imagerie au niveau régional et dans chaque zone de planification, incluant les structures publiques et libérales.

Résultats attendus :

- Coopération entre médecins radiologues à l'intérieur d'un GHT et/ou plateaux techniques mutualisés public/privé



Objectif général n°4 : renforcer l'accès en urgence à l'imagerie médicale pendant les périodes de permanence des soins

Exemple d'actions :

- Mise en place d'une permanence régionale de médecins radiologues pour l'interprétation par téléradiologie des examens urgents dans les établissements de santé accueillant des urgences
- Organisation d'un accès H24 à l'IRM pour les patients en situation neurologique d'urgence (AVC, compression médullaire) dans les établissements de santé accueillant des urgences et en premier lieu, dans ceux disposant d'une Unité NeuroVasculaire

Résultats attendus :

- Dispositif fonctionnel de permanence assurée par les médecins radiologues de la région ayant accès à un appareil de scanner ou d'IRM
- Réalisation d'une IRM en première intention pour les patients avec suspicion d'AVC

6.1.14.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

Les taux d'autorisations d'implantation des différents types d'appareils sont très variables en infrarégional, d'une zone de planification à une autre.

De ce fait, les implantations supplémentaires doivent être privilégiées dans les zones de planification les plus déficitaires, quel que soit le type d'appareil.

La délivrance d'une autorisation d'installation ou de remplacement d'un appareil de scanographie ou d'IRM sera conditionnée à la participation, des radiologues publics ou libéraux, à l'organisation de la permanence régionale de médecins radiologues mise en place pour l'interprétation, par téléradiologie, des examens urgents dans les établissements de santé accueillant des urgences.

Le nombre d'appareils d'IRM peut être augmenté du fait :

- d'un taux inférieur au niveau national ;
- de la réduction de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants ;
- des indications croissantes de ce type d'examens.

Le nombre d'appareils de scanner peut être augmenté du fait :

- de la répartition inégale des implantations en infra régional ;
- de la nécessité pour les établissements de santé ayant une activité d'accueil des urgences importante d'avoir accès à deux appareils de scanner afin de dédier du temps à la prise en charge des urgences ;
- du développement de la radiologie interventionnelle ;
- d'un projet d'appareil de scanner mobile sur camion, pour participer à des événements sportifs sur le territoire français, rattaché à la zone de planification sanitaire du Centre Franche-Comté.

Le nombre de TEP scan peut être augmenté du fait :

- de la répartition inégale des implantations en infra régional ;
- des indications croissantes de ce type d'examens.

Le nombre de gamma caméras ne devrait pas être augmenté, du fait d'un taux nettement supérieur au niveau national et d'une répartition infrarégionale correcte.

Les dossiers d'évaluation en vue du renouvellement des autorisations devront prendre en compte la réalisation des objectifs et indicateurs de ce volet du Schéma régional de santé.

Par ailleurs, un caisson hyperbare (autre équipement figurant sur la liste des équipements matériels lourds défini à l'art R 6122-26 du code de la santé publique) est autorisé et installé au CHRU de Besançon. Pas de modification envisagée.

6.1.14.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Implantations

	Implantations	Zone									
		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
	Tomographe à Emission	2	0	1	1	0	0	1	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	7	1	3	6	1	2	5	2	3	2
	Scanographe à utilisation médicale	8	2	4	7	2	3	5	4	5	3
	Caisson Hyperbare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
	Tomographe à Emission	2	0	1	2	0	1	1	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	7	1	4	6	2	3	5	2	3	2
	Scanographe à utilisation médicale	9	2	4	8	3	4	5	4	5	3
	Caisson Hyperbare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tomographe à Emission	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
	Scanographe à utilisation médicale	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Appareils

Appareils	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'appareils autorisés (1)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	5	1	3	5	1	2	4	2	1
	Tomographe à Emission	3	0	1	1	0	0	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	9	2	4	9	2	3	5	3	2
	Scanographe à utilisation médicale	10	2	5	11	2	3	6	4	4
	Caisson Hyperbare	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Nombre d'appareils prévus dans le SRS (2)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	5	1	3	5	1	2	4	2	1
	Tomographe à Emission	3	0	1	2	0	1	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	9	3	5	9	3	4	5	3	3
	Scanographe à utilisation médicale	10 + 1 appareil à usage mixte dosimétrique et diagnostique	3	5	11 + 1 appareil interventionnel + 1 appareil mobile	3	4	6	5	4
	Caisson Hyperbare	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tomographe à Emission	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	0	1	1	0	1	1	0	0	1
	Scanographe à utilisation médicale	1 appareil à usage mixte dosimétrique et diagnostique	1	0	1 appareil interventionnel + 1 appareil mobile	1	1	0	1	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6.1.14.3 Indicateurs

- Pourcentage de prescriptions et de comptes rendus informatisés
- Délai moyen de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan initial de cancer
- Délai moyen de rendez-vous pour un acte de radiologie interventionnelle
- Nombre de projets médicaux partagés de GHT définissant une filière graduée d'imagerie médicale
- Pourcentage de plateaux d'imagerie mutualisés publics / privés (GIE, GCS)
- Pourcentage de médecins radiologues participant au dispositif régional parmi ceux ayant accès à un appareil de scanner ou d'IRM
- Taux de réalisation de l'IRM en première intention pour toute suspicion d'AVC par zone de planification

6.1.14.4 Articulation

- Radiologues et médecins nucléaires publics et libéraux,
- Etablissements de santé publics et privés, GHT,
- Autres professionnels de santé prescripteurs d'examens d'imagerie médicale,
- Assurance maladie,
- Autorité de sûreté nucléaire ...

6.1.14.5 Transversalité

- Fiche 4.1 : Parcours cancer
- Fiche 4.4.1 : Parcours Neurologie - Volet AVC-TC-TM
- Partie 6 : Planifier les activités de soins (toutes les activités de soins nécessitant un recours à l'imagerie médicale)

6.1.15 Traitement de l'insuffisance rénale chronique

6.1.15.1 Contexte et problématique

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est traitée par deux méthodes qui se complètent ou alternent : l'épuration extra rénale par la dialyse du sang par voie extracorporelle (hémodialyse) ou par voie corporelle (dialyse péritonéale) et la greffe rénale.

Le Code de la Santé Publique définit 4 modalités de prise en charge pour l'épuration extra-rénale :

- Hémodialyse en centre pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) pour les patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en centre d'autodialyse
- Hémodialyse en unité d'autodialyse simple pour les patients formés à l'hémodialyse en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; hémodialyse en unité d'autodialyse assistée si l'assistance d'une infirmière est nécessaire pour certains gestes
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

Données épidémiologiques dialyse et greffe

- Dialyse

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) (= nouveaux cas)

Nouveaux cas incidents	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bourgogne	255	227	235	265	263	271
Franche-Comté	170	153	160	131	167	161

Modalités de dialyse à J90 chez les nouveaux cas en 2015

Dialyse à J 90 - Nouveaux cas incidents 2015	Effectif à J 90	HD Centre	UDM	Autodialyse	DP*
Bourgogne	239	58,6 %	16,7 %	2,9 %	21,8 %
Franche-Comté	134	56,0 %	11,2 %	1,5 %	31,3 %
France métropolitaine	9 316	68,6 %	10,7 %	8,8 %	11,9 %

*Taux de DP élevé et conforme aux orientations du PRS 2012/2016

Prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale par modalité de traitement en 2015

Prévalence IRCT 2015 par mode de traitement	Bourgogne		Franche – Comté		France métropolitaine	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Hémodialyse	902	48,7 %	520	41,4 %	40 031	51 %
Dialyse péritonéale	132	7,1 %	102	8,1 %	2 838	3,6 %
Sous Total Dialyse	1 034	55,8 %	622	49,5 %	42 869	54,7 %
Greffe	820	44,2 %	635	50,5 %	35 558	45,3 %
TOTAL	1 854	100,0 %	1 257	100,0 %	78 427	100,00 %

En ex Franche-Comté, il y a plus de patients greffés que de patients dialysés.

Distribution patients dialysés au 31/12/2015	Bourgogne	Franche-Comté	France métropolitaine
Hémodialyse en centre	44,5 %	47,6 %	54,9 %
UDM	33,4 %	31,3 %	20,3 %
Autodialyse	7,8 %	2,2 %	16,9 %
Hémodialyse à domicile	0,4 %	1,2 %	0,7 %
Total Hémodialyse	86,1 %	82,3 %	92,8 %
Dialyse péritonéale	12,8 %	17,2 %	6,5 %
Entraînement	1,1 %	0,6 %	0,8 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,00 %

- Greffes

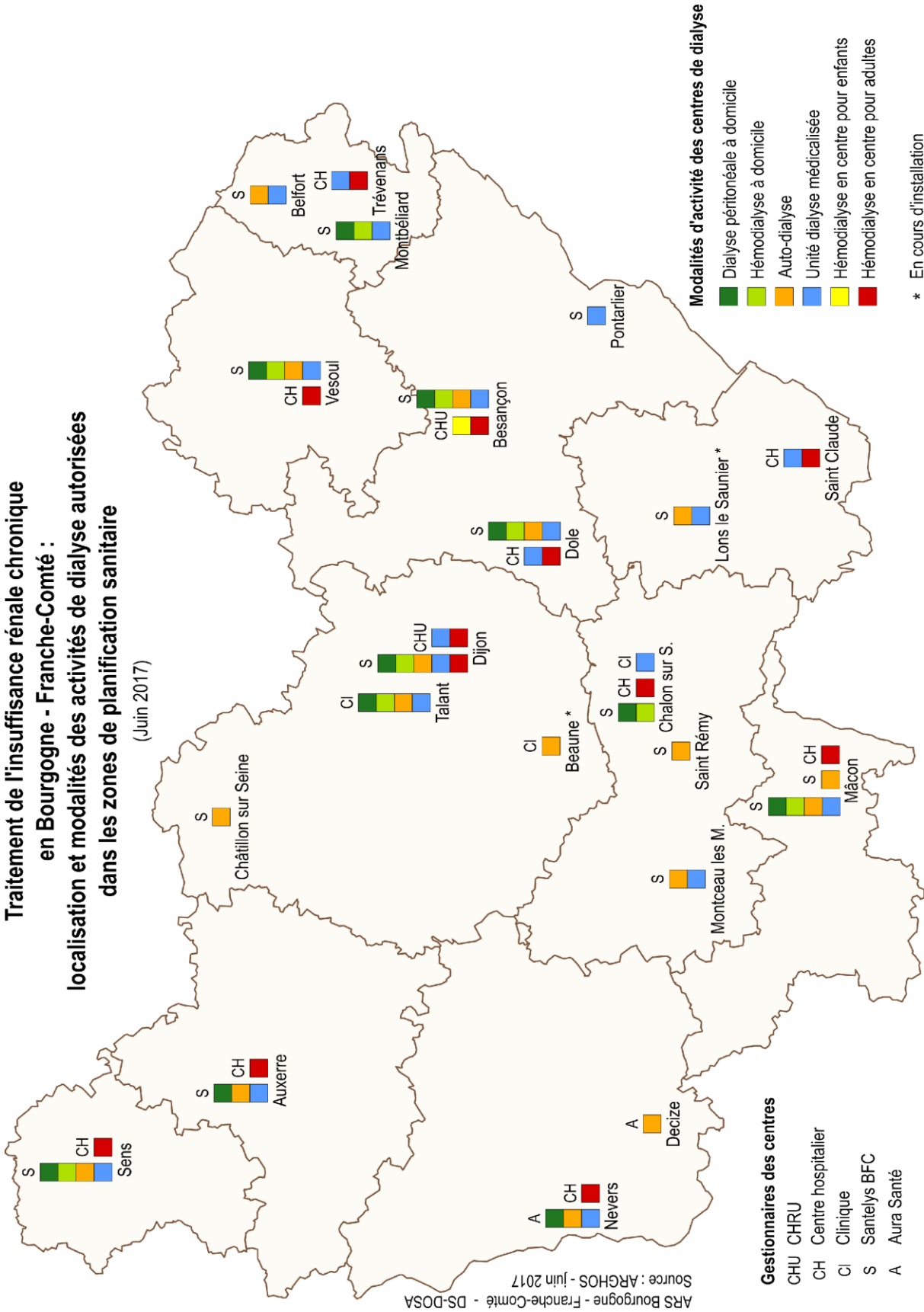
Nombre de greffes réalisées	2013		2014		2015	
	Nombre	Dont % à partir donneurs vivants	Nombre	Dont % à partir donneurs vivants	Nombre	Dont % à partir donneurs vivants
Bourgogne	41	4,9 %	54	16,7 %	48	16,7 %
Franche-Comté	31	0,0 %	46	8,7 %	48	20,8 %
France métropolitaine	3 074	13,0 %	3 241	15,9 %	3 408	15,9 %

Source tableaux : Rapports annuels REIN – Agence Biomédecine

CARTOGRAPHIE des activités de dialyse autorisées

Traitement de l'insuffisance rénale chronique en Bourgogne - Franche-Comté : localisation et modalités des activités de dialyse autorisées dans les zones de planification sanitaire

(Juin 2017)



- Démographie médicale

Néphrologues	Bourgogne	Franche-Comté	Bourgogne-Franche-Comté
Effectifs	35	26	61
Age moyen			47,9 ans
% < 40 ans			29,5 %
% >= 60 ans			16,4 %
Nombre d'internes nouveaux en formation chaque année	2	2	4

Source : Atlas de la démographie médicale 2016 – Conseil de l'Ordre des Médecins

6.1.15.2 Principes généraux d'organisation

6.1.15.2.1 Objectifs

Les orientations à l'horizon 2022 sur l'IRC s'inscrivent dans une logique de parcours dans le respect du choix des patients et pour une meilleure autonomie. Il s'agit d'agir en amont de la phase de suppléance pour ralentir l'évolution de la maladie, de développer prioritairement la greffe et de privilégier la dialyse hors centre. Les objectifs généraux et opérationnels feront l'objet d'un suivi régulier en groupe régional (une fois par an).



Objectif général n°1 : promouvoir des actions de prévention de la maladie rénale chronique (MRC) et améliorer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'éducation thérapeutique

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Promouvoir le dépistage de la population à risque de maladie rénale chronique conformément aux recommandations de la HAS

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Actions de sensibilisation et de formation des médecins généralistes et des acteurs de santé du 1^{er} recours, des médecins du travail

Résultats attendus :

- Les patients à risque sont identifiés et un dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire est réalisé une fois par an

- Améliorer la prise en charge des patients à risque d'IRC : diabète, HTA, personnes âgées avec poly médication en particulier

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation du parcours de soins des patients sur la base du guide HAS IRC
- Prises en charge pluridisciplinaires pour les patients poly pathologiques
- Amélioration de la coordination et l'information (dossier médical partagé -DMP, lettre de liaison)
- Formation et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques : guide du parcours de soins dans la MRC de l'adulte via l'Assurance maladie

Résultats attendus :

- Tous les patients hypertendus et diabétiques bénéficient d'un parcours de soins conforme aux recommandations de bonnes pratiques

- Mettre en place un dispositif d'annonce, d'information et d'orientation du patient

Résultats attendus :

- Tous les patients arrivés au stade de suppléance bénéficient de ce dispositif

- Développer des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) accessibles et qui concernent tous les patients atteints de la MRC : avant la suppléance, pendant la dialyse et pour les greffés

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Extension du réseau néphrologie Bourgogne à la Franche-Comté
- Programmes transversaux avec cardiologues, diabétologues, néphrologues, médecins généralistes

Résultats attendus :

- Les patients arrivés au stade de suppléance bénéficient d'un programme d'ETP de qualité



Objectif général n°2 : renforcer le prélèvement et développer la greffe, traitement de suppléance prioritaire

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Organiser les parcours des patients en insuffisance chronique terminale (IRCT) leur permettant d'accéder à la liste d'attente de greffe dès que possible

Résultats attendus :

- Tous les patients éligibles sont inscrits en liste d'attente

- Développer l'activité de transplantation en agissant sur l'ensemble des étapes de la chaîne de soins

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement des greffes à partir de donneurs vivants
- Diffusion et relais des campagnes d'information et de sensibilisation mises en œuvre par l'ABM sur le don d'organe
- Analyse des conditions d'organisation des prélèvements au niveau des sites concernés permettant de repérer les points forts et ceux à améliorer
- Amélioration de l'activité de prélèvement d'organes dans la région pour diminuer le recours à des greffons extérieurs

Résultats attendus :

- Le taux de prélèvement chez des donneurs vivants est au moins égal à la moyenne nationale

- Améliorer la qualité et l'efficacité des parcours de suivi post greffe

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place pour les néphrologues de la région d'une formation continue pour le suivi des transplantés

Résultats attendus :

- Tous les patients greffés bénéficient d'un suivi partagé et protocolisé entre équipe de greffe et de dialyse



Objectif général n°3 : améliorer l'accès à la dialyse et favoriser l'autonomie du patient

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Assurer une répartition adaptée de l'offre sur le territoire privilégiant le développement de la dialyse hors centre et celui de la dialyse autonome

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Prise en charge en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse à domicile, autodialyse, dialyse péritonéale

Résultats attendus :

- Au moins 50% des nouveaux patients bénéficient d'une des modalités de dialyse hors centre
- Augmentation de la part des patients traités par autodialyse ou hémodialyse à domicile

➤ Développer la dialyse péritonéale (DP)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement notamment en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et unité de soin de longue durée (USLD)
- Formation des infirmiers libéraux pour les prises en charge de proximité
- Information et éducation des patients
- Augmentation du nombre d'infirmières dédiées ou référentes DP

Résultats attendus :

- Les élèves infirmiers (ères) bénéficient au cours de leur cursus d'une formation à la DP
- Les infirmiers (ères) libéraux (ales) ont un accès facilité à une formation sur la DP

➤ Développer la télé dialyse pour améliorer l'offre de proximité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- UDM éloignées des centres de néphrologie

Résultats attendus :

- les UDM de proximité non accolées à un centre d'hémodialyse peuvent bénéficier de la télémédecine dans le respect des critères HAS et du décret de 2011



Objectif général n°4 : optimiser l'offre de soins et innover

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

➤ Mise en place d'organisations innovantes

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisations basées sur la télémédecine : téléconsultation, téléexpertise, télésuivi, téléassistance
- Système informatique pour les patients dialysés permettant la communication et le partage des données (dossier partagé)
- Expérimentation de protocoles de coopération article 51 loi HPST avec délégation de tâches vers les infirmiers (ères) et sous la responsabilité d'un médecin

Résultats attendus :

- Mise en place d'un logiciel métier dédié aux patients dialysés

- Promotion des démarches de coopération pour tenir compte des contraintes démographiques et réglementaires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Démarches inter-établissement dans cadre des GHT et inter-GHT
- Coopération ville/hôpital

Résultats attendus :

- L'accès à la dialyse est organisé pour toutes les zones de la région

- Accès aux matériels et technologies innovantes (notamment en matière de dialyse)

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Nouveaux générateurs simplifiés pour faciliter le développement de la dialyse à domicile



Objectif général n°5 : améliorer la démographie et la formation des professionnels de santé

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Adapter le nombre de néphrologues à l'évolution de l'activité et pour répondre au besoin de suivi des patients (notamment greffés) et aux astreintes

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Postes d'internes et d'assistants
- Collaboration entre les hôpitaux : praticien hospitalier et assistants partagés

- Former à la DP les infirmières libérales en lien avec les structures de dialyse de proximité volontaires

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Formation initiale en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et formation continue

Résultats attendus :

- La majorité des structures de dialyse de proximité ont mis en place une formation à la DP pour les infirmières libérales

- Mettre en œuvre des programmes de DPC en particulier pour les médecins généralistes concernant le suivi rénal des patients atteints de diabète ou d'HTA

Résultats attendus :

- La majorité des médecins généralistes ont bénéficié d'une formation continue sur le suivi rénal des patients atteints de diabète et/ou d'HTA

**Objectif général n°6 : améliorer l'information, la qualité et la sécurité des soins**

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Mise en place d'un registre REIN unique au sein de la région BFC
- Utilisation de l'outil REIN et de la cohorte régionale IRC pour l'amélioration des connaissances, l'analyse des critères de qualité des prises en charge et le pilotage des politiques de santé

Résultats attendus :

- Le registre REIN est devenu un outil d'amélioration des connaissances et de pilotage des politiques de santé sur les traitements de suppléance des maladies rénales

- Suivi de critères et indicateurs de qualité à partir du registre REIN

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Suivi des Indicateurs d'hémodialyse COMPAQ-HPST (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire))

Résultats attendus :

- L'évaluation de la qualité de la dialyse est renforcée et transparente

6.1.15.2.2 Evolutions (créations, transformation, coopérations)

- Créations envisagées :
 - Implantation de quatre unités de dialyse médicalisée (UDM) (respectivement dans les zones Côte d'Or, Centre Franche-Comté, Saône et Loire – Bresse Morvan et Nièvre)
 - Une autorisation de DP et d'hémodialyse à domicile par zone
- Transformations
 - Transfert des 2 centres d'hémodialyse Santélys et CHU Dijon vers un site commun (sans fusion juridique)

6.1.15.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Modalité	Zone										
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne	
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hémodialyse en centre pour adultes	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	1	3	4	2	1	2	1	1	1
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	1	1	3	1	2	2	2	1	1
	Hémodialyse à domicile	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1
	Dialyse péritonéale à domicile	2	1	1	2	0	1	1	1	1	1
	Hémodialyse en centre pour adultes	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	4	1	3	5	2	1	3	2	1	1
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	1	1	3	1	2	2	2	1	1
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hémodialyse à domicile	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	Dialyse péritonéale à domicile	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
	Hémodialyse en centre pour adultes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse à domicile	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
	Dialyse péritonéale à domicile	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Hémodialyse en centre pour adultes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hémodialyse à domicile	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
	Dialyse péritonéale à domicile	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

6.1.15.3 Indicateurs

- Taux de patients incidents hors centre observé à J90 du début de l'EER (UDM, auto dialyse, HD à domicile et DP)
- Pourcentage de patients greffés sur total patients IRCT traités

6.1.15.4 Articulation

- Centres hospitaliers, Cliniques, Santelys BFC, Aura Santé
- Réseau Néphrologie Bourgogne
- Assurance Maladie (gestion du risque)
- Agence de Biomédecine,
- Ministère Santé et direction générale de l'offre des soins (DGOS)

6.1.15.5 Transversalité

- Fiche 1.3.2 : Education thérapeutique du patient
- Fiche 5.1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Fiche 5.2.2 : Permanence des soins en établissements de santé (PDES)
- Fiche 5.3 : Améliorer l'efficacité du système de santé
- Fiche 5.4 : Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins
- Fiche 5.5 : Développer la e-santé
- Partie 6 : Planifier les activités de soins

6.1.16 Soins de suite et de réadaptation

6.1.16.1 Contexte et problématique

L'activité de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) est construite sur un tronc commun obligatoire, l'autorisation de soins de suite et de réadaptation polyvalents, qui mentionne, le cas échéant, si l'établissement de santé :

- prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âge de ces enfants (moins de 6 ans / plus de 6 ans ou adolescents) ;
- assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs catégories d'affections : de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, liées aux conduites addictives, de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Implantations autorisées

Nombre d'implantations* de SSR autorisées et modalités d'hospitalisation par département au 7 avril 2017

Dép..	HC	HdJ	Enf. et ado	Soins poly sans mention	App loc.	Syst. nerv.	Aff. cardio	Aff. respi.	Aff. Onco-hémato	Brûlés	Aff. dig, métab et endocr.	Cond.additives	PA
21	33	14	0	4	3	2	3	1	0	0	1	1	7
71	43	14	1	11	4	3	3	3	0	0	1	0	9
89	22	6	0	5	1	2	1	1	0	0	0	1	5
58	19	7	0	4	1	2	1	1	0	0	0	1	4
25	28	26	1	4	3	4	1	1	0	0	0	0	4
70	6	7	0	1	2	3	1	1	0	0	0	0	2
90	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39	23	13	1	6	2	2	1	1	0	0	1	1	3
Total	177	89	3	36	16	18	11	9	0	0	3	4	35

* 1 implantation = 1 implantation géographique, toutes modalités d'hospitalisation confondues

HC : Hospitalisation complète HdJ : Hospitalisation de Jour

95 établissements sont titulaires d'une autorisation de SSR, dont 59 titulaires d'une ou plusieurs mentions spécialisées et parmi ceux-ci 35 établissements assurant la mention spécialisée « personnes âgées », dont 26 n'assurant que cette mention.

Trois établissements sont titulaires d'une mention de prise en charge des enfants ou adolescents : à Besançon (prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux), à Salins-les-Bains et à Chatenois le Royal (affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien).

Les unités Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci-Relationnel (EVC – EPR) ne font pas l'objet d'une mention réglementaire spécifique, mais d'une reconnaissance contractuelle.

Unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR) - Etat des lieux 2017

Département	Population*	Evaluation besoins en lits (circulaire 2002)**	SROS 2012-2016	Etat des lieux au 1/09/2017	
			Cibles	Etablissements	Nbre lits
21	537 440	11 (10,75) à 14 (14,33)	2	CH de la Haute Côte d'Or	10
				Centre convalescence gériatrique Fontaine les Dijon	8
58	219 322	4 (4,39) à 6 (5,85)	1	CRF Pasori	8
71	560 296	11 (11,21) à 15 (14,94)	2	CH Macon CMPR Mardor	10 Projet 8 lits (2018/2019)
89	350 270	7 (7,01) à 9 (9,34)	1	CH Avallon	10
25	542 433	11 (10,85) à 15 (14,86)	2 unités de 6 lits à Besançon	CRRF Brégille (Besançon)	6
39	266 570	5 (5,33) à 7 (7,11)	7 lits à Salins les Bains Unité à Dole	CHI du pays du Revermont	7
70	247 459	5 (4,95) à 7 (6,60)	13 lits à Héricourt	CMPR Brétegnier	13
90	144 867	3 (2,90) à 4 (3,86)	-		-
Total	2 868 657	57 à 77			80 (incluant les projets)

*Source : statiss 2016 – INSEE – Projections Omphale 2010

**Circulaire 2002-288 du 3/05/2002 : une unité de 6 à 8 lits / 300 000 hab ; au moins une unité par département

Les soins palliatifs ne relèvent pas d'une mention réglementaire spécifique de SSR (cf chapitre SRS dédié).

Nombre de lits et places installés et taux d'équipement

Soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)

Lits et places publics et privés installés au 31.12.2015 - Taux d'équipement

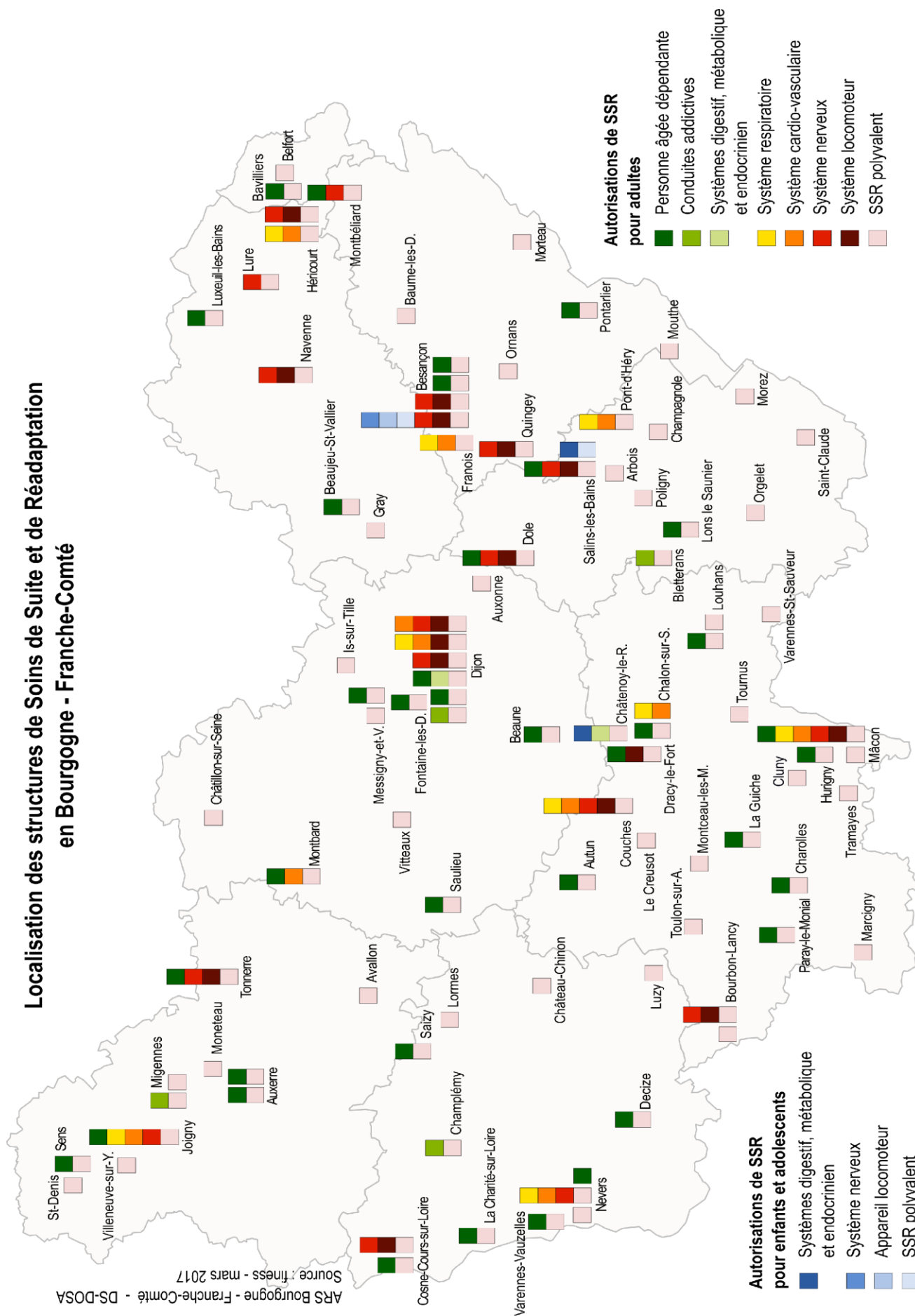
Source : DREES, ARS-SAE 2015

Disciplines soins de suite	BOURGOGNE	Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	FRANCHE COMTE	Doubs	Jura	Haute Saône	T. de Belfort	BFC	% BFC / F. métr.	France métr.
Hospitalisation complète (lits)													
Secteur public	1 305	397	169	482	257	976	481	338	91	66	2 281	5,5	41 278
Secteur privé	1 550	497	286	582	185	660	205	176	245	34	2 210	3,5	62 258
Hospitalisation partielle (places)													
Secteur public	83	13	17	25	28	65	9	41	0	15	148	4,7	3 166
Secteur privé	163	93	10	60	0	169	72	12	85	0	332	4,0	8 259
Ensemble hospitalisations (lits et places)	3 101	1 000	482	1 149	470	1 870	767	567	421	115	4 971	4,3	114 961
Taux d'équipement global en lits et places pour 1000 habitants	1,9	1,9	2,3	2,1	1,4	1,6	1,4	2,2	1,8	0,8	1,8	nc	1,8

Nota Bene : le rapport des données régionales à celles de la France métropolitaine (% BFC / F. métr.) est donné pour information. La valeur est à interpréter avec précaution lorsque les effectifs sont faibles.

Localisation des structures de Soins de Suite et de Réadaptation en Bourgogne - Franche-Comté

ARS Bourgogne - Franche-Comté - DS-DOSA
Source : fitness - mars 2017



6.1.16.2 Principes généraux d'organisation

Les structures de soins de suite et de réadaptation sont réparties sur tout le territoire et les différentes spécialisations assurent globalement un maillage de la région.

Les enjeux essentiels sont le développement des alternatives à l'hospitalisation et la structuration de l'offre de soins, afin d'éviter la dispersion des moyens humains et techniques, d'améliorer l'attractivité et de garantir la qualité des soins, dans le contexte de la réforme de financement.

Il est proposé d'identifier :

- des structures de recours :
 - o de niveau interrégional pour les brûlés,
 - o de niveau régional, voire interrégional pour l'oncohématologie, les affections des enfants ou des adolescents,
 - o de niveau territorial, voire interterritorial pour les affections cardiovasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique, endocrinien, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, liées aux conduites addictives.

- des structures de proximité : pour les SSR adultes polyvalents et les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Il est à noter que certains établissements situés à la frontière d'autres régions ont une activité interrégionale.

6.1.16.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : proposer une offre de soins en SSR graduée adaptée aux besoins sur l'ensemble du territoire régional, tant pour les SSR polyvalents que pour les SSR assurant une prise en charge spécialisée

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Réaliser un diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en SSR, incluant notamment les ressources mobilisées, la nature des prises en charge, les trajectoires des patients, tant pour les SSR polyvalents que pour les SSR disposant d'une mention spécialisée
- Engager une réflexion sur le positionnement et les enjeux des SSR polyvalents dans l'offre de prise en charge de proximité, en veillant à les intégrer dans des filières de soins
- Définir les missions des établissements de recours et des établissements de proximité, et identifier ces établissements

- Développer les coopérations entre établissements, au niveau régional, au niveau infra régional, entre secteur public et secteur privé, et au sein des GHT
- Structurer les filières de prise en charge en SSR dans le cadre des Projets Médicaux Partagés (PMP), en associant l'amont et l'aval et l'ensemble des modalités de prises en charge (médecine, soins de longue durée...)
- Optimiser l'utilisation des différentes modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour, consultations externes...)

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en œuvre de projets communs permettant de fédérer les établissements

Résultats attendus :

- Réalisation d'un diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en SSR polyvalents et spécialisés
- Mise en place d'une organisation régionale graduée de l'offre de soins
- Développement des coopérations entre établissements



Objectif général n°2 : améliorer l'accès aux SSR sur l'ensemble du territoire régional et fluidifier les parcours de soins, en amont et en aval du SSR

Cet objectif se décline en 7 objectifs opérationnels :

- Poursuivre le déploiement du logiciel Via trajectoire et analyser les données issues de Via trajectoire
- Favoriser les hospitalisations directes en SSR, basées sur des indicateurs valides (pour expertise, ajustements thérapeutiques, traitements des complications), en veillant au respect des préalables (évaluation des besoins, diagnostic, traitements établis) et développer les consultations médicales spécialisées de suivi
- Développer les équipes mobiles pluriprofessionnelles de rééducation et de réadaptation, afin de mettre en œuvre une rééducation précoce et de fluidifier la filière d'aval
- Identifier les séjours inadéquats et favoriser l'orientation et la prise en charge d'aval de ces patients
- Développer les articulations précoces avec le secteur médico-social, tant dans le domaine des personnes âgées que du handicap
- Intégrer les établissements SSR polyvalents et SSR disposant de la mention « Personnes âgées » dans des filières de soins, notamment en renforçant leurs articulations avec les autres structures de la filière gériatrique et avec l'offre médico-sociale

- Développer la télémédecine en SSR

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place d'actions visant à renforcer les échanges et connaissances réciproques entre établissements SSR et dispositifs médico-sociaux

Résultats attendus :

- Diminution du taux de demandes d'admission subissant de longs délais d'attente
- Diminution du taux d'inadéquation des séjours
- Développement de la télémédecine en SSR



Objectif général n°3 : améliorer la qualité des prises en charge et développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Cet objectif se décline en 7 objectifs opérationnels :

- Favoriser l'augmentation du nombre de professionnels intervenant en rééducation et réadaptation (médecins de médecine physique et réadaptation (MPR), kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, enseignants en activité physique adaptée...) et améliorer l'attractivité des professionnels, en particulier dans les zones les moins densément peuplées
- Développer la mutualisation des ressources humaines, sur des postes attractifs et pérennes
- Favoriser l'accès aux plateaux techniques spécialisés, en développant notamment leur mutualisation
- Anticiper la mise en place d'unités mixtes de soins aigus et de réadaptation (type « service de réadaptation post réanimation ») en lien avec les orientations fixées par la DGOS
- Développer l'hospitalisation de jour en fonction des besoins, en offrant cette prise en charge aux patients qui pourraient en relever en tenant compte des contraintes d'éloignement géographique
- Développer et formaliser les liens entre les différentes structures : SSR polyvalents, SSR spécialisés, MCO (médecine chirurgie obstétrique), HAD (hospitalisation à domicile), afin de permettre une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état des patients
- Développer les filières de prises en charge à domicile, pour certaines pathologies, en renforçant notamment le partenariat des SSR avec les établissements d'HAD et les professionnels de santé libéraux.

Résultats attendus :

- Augmentation de la densité des professionnels intervenant en rééducation et réadaptation
- Développement de l'hospitalisation de jour en SSR



Objectif général n°4 : accompagner les établissements dans l'optimisation de l'organisation de leurs activités dans le cadre de la réforme de financement

Cet objectif se décline en 6 objectifs opérationnels :

- Favoriser l'accès à une expertise en information médicale et améliorer la qualité du recueil et du codage des données PMSI et la déclaration des molécules onéreuses
- Améliorer la valorisation et l'analyse de l'activité
- Optimiser le recueil des données à travers l'outil de retraitement comptable dans chaque établissement de santé public ou privé d'intérêt collectif
- Favoriser un dimensionnement des établissements permettant de garantir la présence de compétences médicale et paramédicale conforme à la réglementation et d'assurer leur pérennité
- En s'appuyant sur le diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en SSR (cf objectif général 1), engager une démarche de regroupement des lits de SSR entre établissements de faible capacité et la reconversion éventuelle en lits de médecine ou en établissements et services médico-sociaux (ESMS), en tenant compte de la spécificité des établissements

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Création d'un comité régional de suivi de la mise en œuvre de la réforme de financement
- Mise en place de formations en PMSI SSR

Résultats attendus :

- Amélioration du recueil et du codage des données PMSI
- Volume d'activité

6.1.16.2.2 Evolutions (créations, transformation, coopérations)

Les évolutions mentionnées ci-dessous prennent en compte les situations suivantes :

- Création ex nihilo de nouvelles implantations d'activité de soins de SSR (par exemple, 1 hospitalisation complète (HC) et 1 hospitalisation de jour (HDJ) avec mention de prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien)
- Développement du virage ambulatoire pour des établissements déjà autorisés pour une activité de SSR en HC (avec ou sans mention de prise en charge spécialisée), par création d'implantation d'HDJ dans chaque zone de planification sanitaire
- Attribution d'une mention de prise en charge spécialisée à des établissements de SSR non spécialisés

Sauf précision contraire, les mentions ci-dessous concernent la prise en charge des adultes (situation au 11/05/2018).

- Zone de Côte d'Or :
 - o Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 hôpital de jour (HdJ)
 - o Cardio-vasculaire : +1 HdJ
 - o Personnes Agées (PA) : + 2 HdJ
 - o Polyvalent : + 1 HdJ
 - o Affections respiratoires : +1 HdJ et +1 HC
- Zone de la Nièvre :
 - o PA : + 2 HC, + 2 HdJ
 - o Système nerveux : + 1 HC
Toute nouvelle autorisation de SSR mention « Système nerveux », devra se faire dans le cadre d'une coopération qui permette de consolider l'offre et de maintenir les compétences médicales sur ce territoire
 - o Affections respiratoires : +1 HC
 - o Cardio-vasculaire : +1 HC
 - o Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HC, + 1 HdJ
 - o Polyvalent : + 1 HC, +2 HdJ
- Zone Saône et Loire Bresse Morvan :
 - o PA : + 1 HC,
 - o Polyvalent : + 2 HC, + 1 HdJ
 - o Appareil locomoteur : - 1 HC
 - o Affections liées aux conduites addictives (addictions) : +1 HC, +1 HdJ
- Zone Bourgogne méridionale :
 - o PA : + 2 HdJ
 - o Polyvalent : - 1 HC, + 1 HdJ,

- Zone Nord Yonne :
 - PA : + 2 HdJ
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HC, + 1 HdJ
 - Polyvalent : - 1 HC, + 1 HdJ
- Zone Sud Yonne Haut Nivernais :
 - Addictions : + 1 HdJ
 - PA : + 1 HdJ
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HC, + 1 HdJ
 - Polyvalent : + 1 HC, + 1 HdJ
- Zone Centre Franche-Comté :
 - Appareil locomoteur : + 1 HdJ
 - Système nerveux : + 1 HdJ
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HdJ
 - Polyvalent : + 1 HdJ
 - Enfants > 6 ans et adolescents :
 - Polyvalent : + 1 HC et + 1 HdJ
 - Mention systèmes digestif, métabolique et endocrinien : +1 HC et + 1 HdJ
- Zone du Jura :
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HC et + 1 HdJ
 - Addictions : + 1 HdJ
 - PA : + 1 HdJ
 - Polyvalent : + 1 HdJ
- Zone Nord Franche-Comté :
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HdJ
 - Polyvalent : + 1 HdJ
 - Addictions : + 1 HC et + 1 HdJ
- Zone de Haute-Saône :
 - Systèmes digestif, métabolique et endocrinien : + 1 HC, + 1 HdJ
 - Polyvalent : + 1 HC

Par ailleurs, le diagnostic de l'offre de soins et des prises en charge en SSR devra s'attacher à évaluer les besoins, et, le cas échéant, la zone d'implantation, en lien avec les SRS des régions frontalières :

- d'une autorisation de prise en charge des enfants de plus de 6 ans et des adolescents, mention prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des « Affections de l'appareil locomoteur » et des « Affections du système nerveux », sur le territoire de la Bourgogne
- d'une autorisation de prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des « Affections onco-hématologiques »

Il est proposé la création d'une unité EVC-EPR de 6 à 8 lits dans le territoire Centre Franche-Comté et d'une unité EVC EPR dans le territoire Saône-et-Loire Bresse Morvan.

6.1.16.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Activité/Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
SSR non spécialisé - adultes	HC 16 HJ 1	3 3	4 4	13 12	9 2	11 0	12 0	12 0	7 0	4 0
SSR non spécialisé - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	1 1	1 1	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0
SSR - affections de l'appareil locomoteur - adultes	HC 3 HJ 3	1 1	1 1	4 3	1 1	2 2	2 1	1 1	1 1	1 1
SSR - affections de l'appareil locomoteur - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections du système nerveux - adultes	HC 2 HJ 2	2 1	2 2	4 3	1 1	2 2	1 1	2 1	1 1	1 1
SSR - affections du système nerveux - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections cardio-vasculaires - adultes	HC 2 HJ 3	0 0	0 1	0 1	1 1	0 1	1 2	0 1	0 0	1 1
SSR - affections cardio-vasculaires - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections respiratoires - adultes	HC 1 HJ 1	0 0	0 1	0 1	1 1	0 1	1 2	0 1	0 0	1 1
SSR - affections respiratoires - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - adultes	HC 1 HJ 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections onco-hématologiques - adultes	HC 1 HJ 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0	0 0
SSR - affections onco-hématologiques - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections des brûlés - adultes	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections des brûlés - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections liées aux conduites addictives - adultes	HC 1 HJ 1	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1 1	0 0	0 0
SSR - affections liées aux conduites addictives - pédiatrie	HC 0 HJ 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
SSR - affections de la personne âgées polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	HC 7 HJ 2	1 0	2 2	5 4	2 1	3 1	5 2	5 1	4 2	2 0

Nombre d'implantations autorisées (1)

Activité/Modalité	Zone										
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne	
SSR non spécialisé - adultes	HC	16	4	4	13	9	10	14	13	8	3
	HJ	2	3	5	13	3	1	1	2	1	1
SSR non spécialisé - pédiatrie	HC	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0
	HJ	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0
SSR - affections de l'appareil locomoteur - adultes	HC	3	1	1	4	1	2	1	1	1	1
	HJ	3	1	1	4	1	2	1	1	1	1
SSR - affections de l'appareil locomoteur - pédiatrie	HC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SSR - affections du système nerveux - adultes	HC	2	2	2	4	1	2	1	3	1	1
	HJ	2	1	2	4	1	2	1	1	1	1
SSR - affections du système nerveux - pédiatrie	HC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SSR - affections cardio-vasculaires - adultes	HC	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1
	HJ	4	0	1	1	1	1	2	1	0	1
SSR - affections cardio-vasculaires - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections respiratoires - adultes	HC	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1
	HJ	2	0	1	1	1	1	2	1	0	1
SSR - affections respiratoires - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - adultes	HC	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
	HJ	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - pédiatrie	HC	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
SSR - affections onco-hématologiques - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections onco-hématologiques - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des brûlés - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des brûlés - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections liées aux conduites addictives - adultes	HC	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
	HJ	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
SSR - affections liées aux conduites addictives - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections de la personne âgées polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	HC	7	1	2	5	2	3	6	7	4	2
	HJ	4	0	2	4	2	3	2	3	3	2

Activité/Modalité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Mornan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
SSR non spécialisé - adultes	HC	1	0	0	0	-1	2	1	1	-1
	HJ	0	0	1	1	1	1	2	1	1
SSR non spécialisé - pédiatrie	HC	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SSR - affections de l'appareil locomoteur - adultes	HC	0	0	0	0	0	-1	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SSR - affections de l'appareil locomoteur - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections du système nerveux - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SSR - affections du système nerveux - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections cardio-vasculaires - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	HJ	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections cardio-vasculaires - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections respiratoires - adultes	HC	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	HJ	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections respiratoires - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - adultes	HC	0	1	0	0	0	0	1	1	1
	HJ	1	1	1	1	1	0	1	1	1
SSR - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien - pédiatrie	HC	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SSR - affections onco-hématologiques - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections onco-hématologiques - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des brûlés - adultes	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections des brûlés - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections liées aux conduites addictives - adultes	HC	0	0	1	0	0	1	0	0	0
	HJ	0	0	1	0	1	1	0	1	0
SSR - affections liées aux conduites addictives - pédiatrie	HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSR - affections de la personne âgées polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	HC	0	0	0	0	0	1	2	0	0
	HJ	2	0	0	0	1	0	2	1	2

Ecart
(2) - (1)

6.1.16.3 Indicateurs

- Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) en SSR
- Délai moyen d'attente pour une admission en SSR
- Taux d'hospitalisation de jour en SSR

6.1.16.4 Articulation

- Coopérations hospitalières – GHT, amélioration des parcours de santé, schéma régional des ressources humaines en santé, développement de la e-santé, démographie des professionnels de santé, efficience et performance du système de santé (virage ambulatoire), coopération et contractualisation (CPOM), conseils départementaux (maison départementale des personnes handicapées (MDPH)).

6.1.16.5 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.4 : Evolution de l'offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardio-vasculaires
- Fiche 4.4 : Parcours Neurologie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions
- Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
- Fiche 6.1.4 : Hospitalisation à domicile (HAD)
- Fiche 6.1.17 : Soins de longue durée

6.1.17 Soins de longue durée

6.1.17.1 Contexte et problématique

Cadre juridique

Les unités de soin de longue durée (USLD) accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La prise en charge gériatrique de ces personnes requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie.

Pour ce faire, ces unités, disposant d'une capacité minimum d'environ 30 lits, bénéficient d'une présence d'infirmier et d'aide-soignant 24 h/24, ainsi que d'une continuité des soins sous forme d'astreinte. Les chambres sont équipées de fluides médicaux (vide et oxygène). Elles doivent avoir accès :

- Sur site à un électrocardiographe (ECG)
- Sur site ou par convention à la radiologie standard sans préparation, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courantes ainsi qu'aux soins dentaires

A la jonction du sanitaire et du médico-social, les USLD n'imposent pas une condition d'âge minimum pour y accéder contrairement aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (notion des 60 ans).

Bilan de l'existant

(Pour les données démographiques, se reporter à la fiche thématique Parcours personnes âgées)

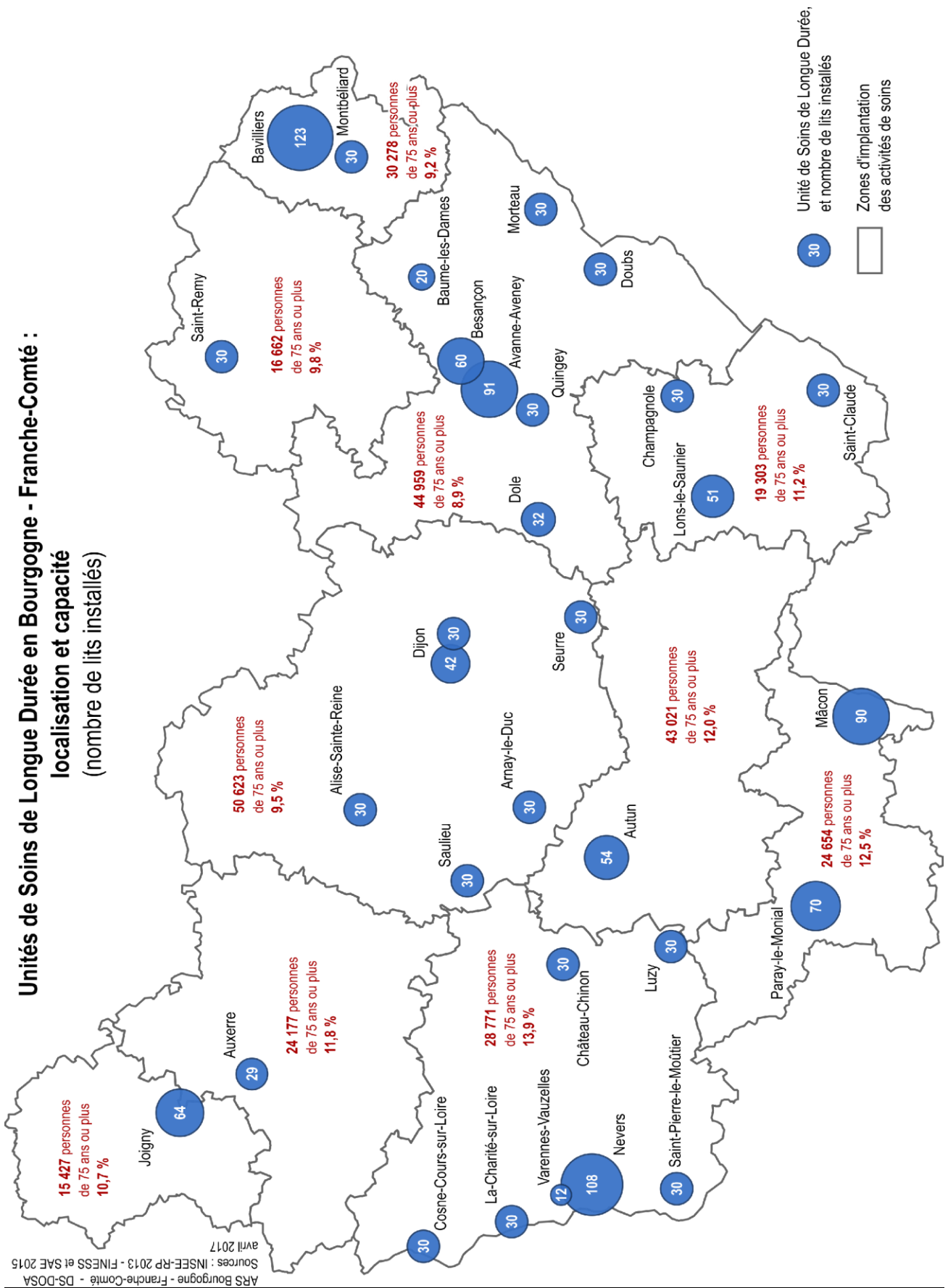
Aucune cible en termes d'objectifs quantifiés de l'offre de soins n'avait été définie dans le SROS de Bourgogne renvoyant aux résultats des coupes PATHOS 2011 pour ajuster l'offre aux territoires.

Pour la Franche Comté, le maintien des implantations existantes et du nombre de places avait été retenu comme cible.

Sur les deux ex-régions, le développement d'accueil pour des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux sévères de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée a été mis en œuvre à travers 5 unités d'hébergement renforcé installées ou en projet et attachées à des USLD. Deux implantations ont une vocation psychiatrique, à Dijon et en Haute-Saône.

Aucune unité pour des personnes de moins de 60 ans n'a été identifiée.

Unités de Soins de Longue Durée en Bourgogne - Franche-Comté : localisation et capacité (nombre de lits installés)



USLD	Nombre d'implantation autorisées	Lits installés au 31/12/2015 (1)	Densité pour 1000 hab 75 ans et plus (lits installés)	UHR (2) (installée ou en projet)	Population de la zone (3)	Population des 75 ans et plus	Part des 75 ans et plus
Bourgogne Méridionale	2	160	6,5	1	197 927	24 654	12,5%
Centre Franche-Comte	7	293	6,5	1	506 067	44 959	8,9%
Côte d'Or	6	192	3,8	1	530 479	50 623	9,5%
Haute-Saone	1	30	1,8	-	169 361	16 662	9,8%
Jura	3	111	5,8	-	171 709	19 303	11,2%
Nièvre	7	270	9,4	2	206 893	28 771	13,9%
Nord Franche-Comte	2	153	5,1	-	329 959	30 278	9,2%
Nord Yonne	1	64	4,1	-	144 723	15 427	10,7%
Saône-et-Loire-Bresse-Morvan	1	54	1,3	-	357 577	43 021	12,0%
Sud-Yonne Haut-Nivernais	1	29	1,2	-	205 088	24 177	11,8%
Total BFC	31	1356	4,6	5	2 819 783	297 877	10,6%

(1) Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES - Année 2015

(2) Unité d'hébergement renforcée (UHR) attachée à une USLD - N'inclut pas les UHR attachées à un EHPAD

(3) Source : STATISS 2016 - ARS Bourgogne Franche-Comté - Population au 1er janvier 2013 (recensement)

Focus sur l'année 2015⁵⁸

Les personnes admises en USLD proviennent en majorité d'un service de soins de suite et de réadaptation, suivi par le domicile (ou substitut) puis des services d'hospitalisation en médecine ou chirurgie. Seule une faible proportion a été prise en charge en unité de court séjour gériatrique.

Au cours de l'année 2015, aucune structure USLD n'a eu recours à un pôle d'évaluation gériatrique, ni à une équipe mobile de gériatrie, ni à un accueil de jour Alzheimer.

Par contre, les équipes de soins palliatifs et les intervenants en géronto-psychiatrie ont été mobilisées au cours de la prise en charge de patients (44 pour les premières et 59 pour les seconds).

Taux d'occupation et de rotation en USLD

Département	Taux de rotation	Taux d'occupation
Côte d'Or	0,51	0,95
Doubs	0,57	0,97
Jura	0,71	0,95
Nièvre*	0,92	0,96
Haute-Saône	0,10	0,99
Saône-et-Loire	0,55	0,96
Yonne	1,07	0,84
T. de Belfort	0,57	1,10
Région	0,66	0,97

*Données manquantes pour le CH de Cosne

Orientation en aval de l'USLD :

Nombre de sorties en EHPAD : 33

Nombre de sorties en maison de retraite : 7

Nombre d'orientation vers le réseau de soins de ville-hôpital : 6

⁵⁸ Source des données : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES - Année 2015

Principaux constats

- Il existe une disparité géographique importante sur la région. La Haute Saône ne compte qu'une seule implantation d'USLD à vocation psychiatrique. Pour une population semblable, la Nièvre en compte 6 et le Jura 4
- Plusieurs USLD sont éloignées géographiquement de tout plateau technique
- La création d'USLD n'est plus possible depuis la partition de 2006 (loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006)
- Le mode de financement et de conventionnement des USLD est le même que celui des EHPAD : hébergement, dépendance et soins. Tout projet de restructuration implique conjointement l'ARS et les conseils départementaux concernés
- Suite à la dernière coupe GMP-PMP (GIRR moyen pondéré, PATHOS moyen pondéré) validée en USLD en 2011, la moitié des établissements présente un taux de « Soins Médicaux et Techniques Importants » (SMTI) inférieur à 50% et 6 établissements (20%) ont un GMP inférieur à 800.

L'ARS a mandaté le Professeur Pierre Jouanny (CHU de Dijon) et le Docteur Dominique Bolotte (ARS de Bourgogne) pour réaliser un état des lieux des USLD en Bourgogne-Franche Comté et proposer des pistes d'évolution visant à un rééquilibrage territorial de l'offre. La fiche USLD s'appuie sur ce travail restitué en 2016, qui s'est articulé autour d'une taille minimum de 30 lits par unité, d'une proportion cible de 6 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans et d'un respect de proximité géographique.

En 2015, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a été chargée par la Ministre des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes d'établir l'état des lieux organisationnel, tarifaire et populationnel des USLD et de proposer une clarification de leurs missions et des scénarii possibles d'évolution.

L'IGAS préconise dans son rapport rendu public en mars 2016, de recentrer les USLD sur une population gériatrique sans toutefois remettre en question le fondement même de ces unités et de réaliser une nouvelle coupe Pathos au niveau national, mais aussi de penser le repositionnement des USLD par rapport à d'autres structures médico-sociales accueillant en particulier des personnes lourdement handicapées et requérant un niveau de soins élevé. La mission suggère également de créer des structures pour les personnes présentant des troubles psycho-comportementaux sévères autres que ceux causés par les maladies neurodégénératives (pathologies psychiatriques, patients cérébro-lésés). De nouvelles orientations nationales devraient en découler.

Axes de travail

- Améliorer le maillage du territoire régional pour répondre aux besoins de proximité
- Réaffirmer la place des USLD au sein des filières gériatriques
- Consolider le niveau de qualité requis pour la prise en charge des personnes nécessitant de telles structures.

6.1.17.2 Principes généraux d'organisation

6.1.17.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : rééquilibrer l'offre régionale en implantation d'USLD pour favoriser un accès équitable aux soins

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

- Assurer une répartition plus homogène des unités de soins de longue durée sur le territoire régional à partir d'une meilleure connaissance du public accueilli

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

La forte disparité territoriale doit inciter à revoir la répartition des USLD à partir de données objectivées. D'autre part, les USLD relevant du secteur sanitaire il sera nécessaire de s'assurer dans le cadre de ce redéploiement, que les USLD bénéficient d'un recours de proximité à de la médecine gériatrique dans le cadre des filières gériatriques.

- Réalisation de nouvelles coupes Pathos (PMP et GMP) et évaluation du niveau de SMTI dans chaque USLD de la région sur une durée de 3 ans
- Au regard des résultats, étude, en lien avec les conseils départementaux, d'un rééquilibrage de l'offre (EHPAD/USLD) entre les territoires en veillant à garantir dans la mesure du possible une prise en charge de proximité (maintien du lien familial)
- Rééquilibrage du financement des USLD au regard des résultats des coupes Pathos et du taux de SMTI pour tendre vers une équité territoriale

Résultats attendus :

- Adéquation USLD/population accueillie : GMP > 800, SMTI > 50%
- Couverture homogène du territoire
- Optimisation des ressources et équité de traitement
- Sécurisation des prises en charge

- Permettre aux malades de moins de 60 ans d'avoir accès à cette offre de prise en charge

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

La définition des USLD ne comporte pas de notion d'âge. Tout malade, dont l'état de santé nécessite des soins de la compétence d'une USLD et ne pouvant rester à domicile, doit pouvoir être admis dans cette structure.

- Evaluation du nombre de personnes de moins de 60 ans dans les USLD et des pathologies présentées (AVC, traumatisés crâniens, blessures médullaires, maladies neuro-dégénératives...)
- Evaluation du nombre de personnes de moins de 60 ans en attente d'une place en USLD

Résultats attendus :

- Pertinence et qualité des prises en charge
- Adaptation de l'offre aux besoins

**Objectif général n°2 : réaffirmer la place des USLD dans la filière gériatrique**

Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels :

Les USLD assurent la prise en charge des malades quel que soit leur âge, soit consécutivement à une hospitalisation court séjour ou en service de soins de suite et de réadaptation, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. Néanmoins, la population majoritairement accueillie au sein des USLD est âgée de plus de 60 ans.

A ce titre, les USLD participent au fonctionnement des filières gériatriques. L'articulation des USLD avec les autres composantes de la filière gériatrique (*sur la composition des filières gériatriques Cf. Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées*) et leurs obligations réciproques sont à formaliser par voie de convention.

Ces unités positionnées en aval des services de court séjour ou de SSR évitent des hospitalisations prolongées pouvant être délétères à la fois pour les personnes et pour les services de soin.

- Identifier l'USLD comme élément du parcours du patient et notamment de la personne âgée pour fluidifier l'aval de l'hospitalisation

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Inscription des USLD dans les conventions constitutives des filières gériatriques et dans les projets médicaux partagés des GHT (cf. fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées)
- Organisation et formalisation des modalités de transfert des patients entre les différentes structures de la filière voire entre USLD d'un même territoire
- Meilleure coordination des admissions et sorties dans le cadre des filières gériatriques (SSR, EHPAD, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD))

Résultats attendus :

- Meilleure fluidité de la filière
- Prises en charge adaptées

- Garantir une prise en charge sécurisée et de qualité notamment en renforçant les coopérations et mutualisations

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Respect de la notion de taille minimale dans ces unités, tout en étant attentif à une possible évolution des référentiels nationaux
- Respect de la continuité et de la permanence des soins soignante (présence H24 et 365 jours par an) et médicale (formalisation des conditions de recours à un avis médicalisé)
- Développement de l'intervention des Equipes Mobiles de Gériatrie au sein des USLD
- Formation de référents Soins palliatifs au sein des USLD comme interface avec les équipes mobiles de soins palliatifs (cf. fiche 6.1.2 : Soins palliatifs)
- Consolidation du partenariat avec les services de psychiatrie de la personne âgée

Résultats attendus :

- Prises en charge adaptées aux besoins et qualité améliorée

6.1.17.2.2 Evolutions (créations, transformation, coopérations)

A terme, le nombre de lits d'USLD ne varie pas sur la région Bourgogne-Franche-Comté mais une nouvelle répartition est proposée afin de garantir un accès régional équitable à cette offre de soins, ce en partenariat avec les conseils départementaux concernés.

Avant la réalisation des coupes Pathos et SMTI, il s'agira d'identifier les USLD susceptibles d'évoluer dès à présent dans le cadre de réorganisations d'établissement de santé et/ou territoriales de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Dans un second temps, les résultats des coupes Pathos et taux de SMTI permettront d'étudier la redistribution des places et/ou des implantations, notamment dans le cadre des évolutions de l'offre de soins qui seront mises en œuvre sur les territoires le nécessitant par la voie :

- de suppression et de création d'implantation par redéploiement capacitaire ;
- de transformation et/ou regroupement de structures.

Ainsi, aucune capacité supplémentaire ne pouvant être créée et financée ex-nihilo, la création d'une implantation ne pourra intervenir que par redéploiement de places d'une implantation supprimée ou par redéploiement de places d'une implantation maintenue avec diminution capacitaire.

6.1.17.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Activité	Zone									
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	6	1	2	7	3	2	1	7	1	1
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	4 à 6	1 à 2	2	6 à 7	2	2	1 à 3	5 à 7	1 à 2	1
Ecart (2) - (1)	-2 à 0	0 à 1	0	-1 à 0	-1	0	0 à 2	-2 à 0	0 à 1	0

Ainsi qu'il apparaît dans la présente fiche et pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectifé concludant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

6.1.17.3 Indicateurs

- Taux d'équipement par zone de planification sanitaire
- GMP, PMP et taux de SMTI par USLD – évolution entre 2011 et 2019

6.1.17.4 Articulation

- Plan des maladies neurodégénératives
- Schémas départementaux de l'autonomie
- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- Partenaires : médecine de ville, services d'aide et de soins à domicile, plateformes territoriales d'appui

6.1.17.5 Transversalité

- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.4 : Offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs
- Fiche 6.1.2 : Soins palliatifs
- Fiche 6.1.16 : Soins de suite et de réadaptation

6.1.18 Psychiatrie

6.1.18.1 Contexte et problématique

Les territoires en psychiatrie et santé mentale

- Zones d'intervention des établissements autorisés en psychiatrie : missions de psychiatrie de secteur :
 - o le territoire régional est actuellement découpé en secteurs de psychiatrie générale d'une part et de psychiatrie infanto-juvénile d'autre part, les secteurs étant rattachés à un établissement autorisé à exercer l'activité de psychiatrie ;
 - o la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit que soit affectée, par le directeur général de l'ARS, aux établissements de santé autorisés en psychiatrie, une zone d'intervention sur laquelle l'établissement assure la mission de psychiatrie de secteur.

- Territoires des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) :
 - o le PTSM organise le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture des personnes en situation de maladie ou d'handicap psychique ;
 - o les établissements autorisés en psychiatrie participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du PTSM qui associe les acteurs publics et privés et les professionnels intervenant dans les champs sanitaire, médico-social et social concernés dont, notamment, les psychiatres libéraux et les médecins de ville dont les interventions sont complémentaires à l'offre publique ;
 - o ces territoires ont été définis, pour la région, comme étant les huit territoires de démocratie sanitaire.

- Zones de planification sanitaire des activités de soins de psychiatrie soumises à autorisation :
 - o Dix zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds retenues.

Structures et activité : état de lieux des implantations existantes : cf tableau des OQOS ci-après

6.1.18.2 Principes généraux d'organisation

6.1.18.2.1 Objectifs



Objectif général n°1 : définir les zones d'intervention des établissements afin de couvrir le territoire régional

- A ce stade, la proposition est d'affecter aux établissements actuellement en charge des secteurs de psychiatrie générale ou de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la zone d'intervention correspondant à l'ensemble des secteurs dans lesquels ils interviennent et donc de ne pas modifier leur contour d'intervention (à l'intérieur de ces zones, il reviendra à l'établissement d'assurer la mission de psychiatrie de secteur en organisant le positionnement des services répondant à cette mission)
- Au cours du PRS, pourra être soumise à concertation une mise en cohérence du fonctionnement du secteur de psychiatrie générale, actuellement rattaché au CHICH de Pontarlier et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattaché actuellement au CH Novillars, sans modification des implantations des activités de soins correspondantes et en cohérence avec les orientations du projet médical partagé du GHT Centre Franche-Comté
- Réflexion sur l'organisation de l'offre de soins psychiatriques sans consentement sur les zones spécifiques qui présentent des tensions dans la région.



Objectif général n°2 : définir les implantations des activités de soins dans les territoires de planification

Cet objectif se décline en 1 objectif opérationnel :

- Inciter au développement des prises en charge en hospitalisation partielle ou ambulatoire

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Pas de création de nouvelles implantations en hospitalisation complète en psychiatrie générale
- Maintien du nombre d'implantations en hospitalisation à temps partiel, voire augmentation, en opérant une substitution à l'hospitalisation complète, quand l'activité visée n'existe pas sur le territoire

Résultats attendus :

- Augmentation des prises en charges en hospitalisation à temps partiel et/ou en ambulatoire

6.1.18.2.2 Evolutions (créations, transformations, coopérations)

- Pas de nouvelle création sauf autorisations d'hôpital de jour non mises en œuvre et toujours nécessaires (ex. hôpital de jour – HDJ - en secteur pénitentiaire Franc-Comtois),
- Création d'une HDJ de psychiatrie du sujet âgé dans la zone de planification Sud-Yonne,
- Création d'activités à temps partiel par transformation d'hospitalisations à temps complet sauf si l'activité visée n'existe pas en hospitalisation complète.

6.1.18.2.3 Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Psychiatrie générale

Modalité	Zone										Nord Yonne
	Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais		
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hospitalisation complète	3	3	3	5	2	2	3	3	3	2
	Hospitalisation de jour	5	7	4	12	4	2	7	5	2	2
	Hospitalisation de nuit	0	2	0	5	0	0	1	0	0	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation complète	3	3	3	5	2	2	3	3	3	2
	Hospitalisation de jour	5	7	3	15	4	2	7	5	3	2
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hospitalisation de nuit	1	2	1	5	0	0	2	0	0	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0
	Appartement thérapeutique	1	0	0	3	2	0	1	0	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation de jour	0	0	-1	3*	0	0	0	0	1	0
	Hospitalisation de nuit	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecart (2) - (1)	Appartement thérapeutique	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation de jour	0	0	-1	3*	0	0	0	0	1	0
	Hospitalisation de nuit	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Appartement thérapeutique	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Centre de posture psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* : 1 HDJ en structure pénitentiaire, 1 HDJ en addictologie et 1 HDJ en psychogériatrie

Psychiatrie infanto-juvénile

		Zone									
Modalité		Côte-d'Or	Haute-Saône	Nord Franche-Comté	Centre Franche-Comté	Jura	Bourgogne Méridionale	Saône-et-Loire - Bresse - Morvan	Nièvre	Sud Yonne - Haut Nivernais	Nord Yonne
Nombre d'implantations autorisées (1)	Hospitalisation complète	1	1	2	4	0	0	1	1	1	0
	Hospitalisation de jour	5	3	2	7	4	1	2	1	3	1
	Hospitalisation de nuit	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nombre d'implantations prévues dans le SRS (2)	Hospitalisation complète	1	1	2	4	0	0	1	1	1	0
	Hospitalisation de jour	5	3	3	7	4	1	2	2	3	1
	Hospitalisation de nuit	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
Ecart (2) - (1)	Hospitalisation complète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hospitalisation de jour	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0

6.1.18.3 Articulation

- Renforcement du partenariat institutionnel et local pour conforter des structures/dispositifs tels « maisons relais, résidences d'accueil, familles d'accueil, un chez soi d'abord » et réflexion concertée sur les besoins en ACT spécifiques pour personnes en situation ou à risque de handicap psychique.

6.1.18.4 Transversalité

- Idem Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie (cf. partie 3).

6.2 ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A AUTORISATION PAR ZONE DE PLANIFICATION SANITAIRE

6.2.1 Zonage de planification sanitaire

Conformément à l'article R. 1434-30 du code de la Santé Publique, le schéma régional de santé présente les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds définis aux articles R. 6121.25 et 26 du code de la Santé Publique. Ces zones sont appelées ci-après zones de planification sanitaire.

Ces zones sont fixées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé pour chaque activité de soins après avis du préfet de région et de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

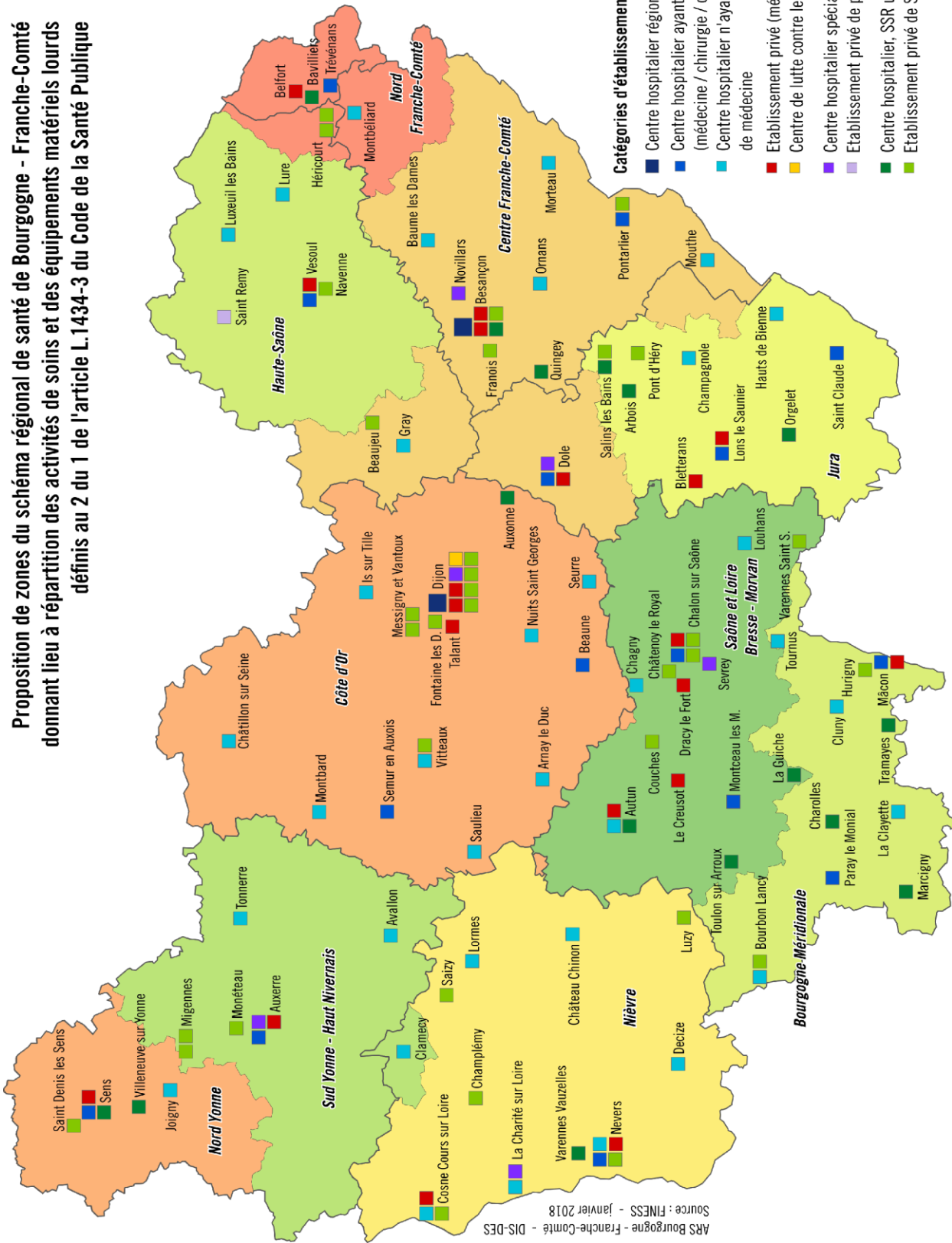
Pour leur détermination, la méthodologie suivante a été adoptée ; elle tient compte notamment des besoins de la population, de l'offre existante, de la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation et des coopérations entre acteurs de santé :

- à partir des territoires constitués pour les GHT, prise en compte de l'ensemble des séjours PMSI MCO et SSR consommés en 2013, 2014 et 2015 dans l'ensemble des établissements de la région, publics et privés ;
- détermination des aires d'attractivité des établissements ;
- détermination de territoires sanitaires théoriques ;
- vérification de la cohérence de ces territoires par l'analyse des séjours consommés ;
- analyse plus fine de l'attractivité de certains établissements situés en frontière de territoires ;
- détermination d'une proposition de découpage des territoires.

La carte ci-dessous présente ainsi le découpage territorial (en couleur) en 10 zones de planification sanitaire (cf arrêté ARS BFC du 05/04/2018) :

- Bourgogne Méridionale
- Centre Franche-Comté
- Côte-d'Or
- Haute-Saône
- Jura
- Nièvre
- Nord Franche-Comté
- Nord Yonne
- Saône-et-Loire – Bresse - Morvan
- Sud Yonne - Haut Nivernais

**Proposition de zones du schéma régional de santé de Bourgogne - Franche-Comté
donnant lieu à répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds
définis au 2 du 1 de l'article L.1434-3 du Code de la Santé Publique**



Les tableaux qui suivent présentent la synthèse, par zone de planification sanitaire, des objectifs quantifiés de l'offre de soins tels que définis dans chaque fiche thématique de la partie 6.1 (fiche à laquelle il convient de se référer pour plus de précisions) et retenus comme **nombres d'implantations prévues** dans le cadre du présent schéma régional de santé.

Ces éléments seront repris dans le bilan quantifié de l'offre de soins, prévu par le cinquième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, lequel est publié quinze jours au moins avant l'ouverture de chacune des périodes de dépôt des demandes d'autorisation.

Ce bilan précise, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd, les zones à l'intérieur desquelles existent des besoins non couverts par les autorisations et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, c'est-à-dire dans lesquelles cette offre est insuffisante au regard du schéma régional de santé.

Ainsi que présenté dans les fiches de la partie 6.1 pour certaines activités de soins et territoires, les objectifs sont quantifiés par des fourchettes, soit un minimum et un maximum :

- un nombre maximum (ou plafond) d'implantations au-delà duquel il n'est pas nécessaire d'aller pour répondre aux besoins de soins de la population dans la zone d'implantation des activités de soins ;
- un nombre minimum (ou plancher) d'implantations pour répondre aux besoins de soins de la population sur chaque zone d'implantation.

Une fois ces seuils atteints, toute demande d'autorisation fera l'objet d'un rejet, sauf besoin contraire avéré et objectif conduisant à revoir les objectifs quantifiés dans le cadre d'une révision du SRS conformément à la réglementation en vigueur.

Au regard de ces éléments, le bilan quantifié de l'offre de soins précisera si une demande d'autorisation peut être présentée.

6.2.2 Zone Côte-d'Or : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	17	12 à 16	-5 à -1	
	Hospitalisation de jour	6	6 à 10	0 à 4	
	Hospitalisation à domicile	4	4	0	
Chirurgie	Chirurgie	7	6 à 7	-1 à 0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	4	4	0
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	2	3	1	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	2	2	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	1	1	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	1	1	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	1	0	
	Structure des urgences	5	4 à 5	-1 à 0	
	Structure des urgences pédiatriques	1	1	0	
	SMUR	4	3 à 4	-1 à 0	
	SMUR pédiatrique	1	1	0	
Antenne SMUR	0	0 à 1	0 à 1		
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	2	2	0	
	Activité de type 2	1	0 à 1	-1 à 0	
	Activité de type 3	2	2	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	7	6 à 7	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : sein	4	3 à 4	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : digestif	7	5 à 7	-2 à 0	
	Chirurgie des cancers : urologie	6	3 à 6	-3 à 0	
	Chirurgie des cancers : thorax	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	4	3 à 4	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	5	3 à 5	-2 à 0	
	Radiothérapie externe	2	2	0	
	Curiethérapie	2	2	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	1	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	5	4 à 5	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	1	1	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	1	1	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	1	1	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	1	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	1	1	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	1	1
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	1	1	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	1	1	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	3 dont 1 limitée oncogénétique, dont 1 autre limitée HLA-Maladies	3 à 4 dont 1 limitée HLA-Maladies	0 à 1
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	2	2	0
	IRM à utilisation clinique	7	7	0
	Scanographe à utilisation médicale	8	9	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	5	5	0
	Tomographe à Emission	3	3	0
	IRM à utilisation clinique	9	9	0
	Scanographe à utilisation médicale	10	10 + 1 appareil à usage mixte dosimétrique et diagnostique	1 appareil à usage mixte dosimétrique et diagnostique
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	2	2	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	3	4	1		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	4	4	0		
	Hémodialyse à domicile	2	2	0		
	Dialyse péritonéale à domicile	2	2	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	16	16	0	
		HJ	1	2	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	3	3	0
			HJ	3	3	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	2	2	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardiovasculaires	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	3	4	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	1	2	1
			HJ	1	2	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	2	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	7	7	0
			HJ	2	4	2

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	6	4 à 6	-2 à 0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	5	5	0
	Hospitalisation de nuit	0	1	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	1	1
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	1	1	0
	Hospitalisation de jour	5	5	0
	Hospitalisation de nuit	1	1	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

6.2.3 Zone Haute-Saône : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	3	3	0	
	Hospitalisation de jour	3	3 à 4	0 à 1	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	2	1 à 2	-1 à 0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	0	0	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	2	2	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	1	1	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	3	2 à 3	-1 à 0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	0	0	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	0	0	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : sein	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : digestif	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	0	0	0	
	Radiothérapie externe	0	0	0	
	Curiethérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	1	0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	1	1	0
	Scanographe à utilisation médicale	2	2	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	2	3	1
	Scanographe à utilisation médicale	2	3	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	0		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	1	0		
	Hémodialyse à domicile	1	1	0		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	3	4	1	
		HJ	3	3	0	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	1	1 à 2	0 à 1
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	7	7	0
	Hospitalisation de nuit	2	2	0
	Placement familial thérapeutique	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	1	1	0
	Hospitalisation de jour	3	3	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	1

6.2.4 Zone Nord Franche-Comté : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	2	2	0	
	Hospitalisation de jour	1	1 à 2	0 à 1	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	4 puis 3	2	-1	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	1	1	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	0	0	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	1	1	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	1	1	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	1	1	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	1	1	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : sein	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : digestif	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : urologie	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	1	1	0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiethérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	1	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	2	1	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	1	1
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	3	4	1
	Scanographe à utilisation médicale	4	4	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	3	3	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	4	5	1
	Scanographe à utilisation médicale	5	5	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations		Ecart	
			Existantes	Prévues		
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		1	1	0	
	Hémodialyse en centre pour enfants		0	0	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		3	3	0	
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		1	1	0	
	Hémodialyse à domicile		1	1	0	
	Dialyse péritonéale à domicile		1	1	0	
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés		HC	4	4	0
			HJ	4	5	1
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents		HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	2	2	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	1	1	
		HJ	0	1	1	
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	2	2	0	
		HJ	2	2	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	4	3	-1
	Hospitalisation de nuit	0	1	1
	Placement familial thérapeutique	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	2	2	0
	Hospitalisation de jour	2	3	1
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

6.2.5 Zone Centre Franche-Comté : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	10	7 à 11	-3 à 1	
	Hospitalisation de jour	8	8 à 10	0 à 2	
	Hospitalisation à domicile	2	2	0	
Chirurgie	Chirurgie	6	5 à 6	-1 à 0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	4	4	0
		HJ	1	1	0
		HAD	1	0 à 1	-1 à 0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		4	4	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		1	1	0
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité		1	1	0
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	1	0	
	Structure des urgences	4	3 à 4	-1 à 0	
	Structure des urgences pédiatriques	1	1	0	
	SMUR	4	3 à 4	-1 à 0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0 à 1	0 à 1	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	2	2	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	2	2	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	6	6	0	
	Chirurgie des cancers : sein	4	3 à 4	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : digestif	5	4 à 5	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : urologie	5	5	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	2	1 à 2	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiothérapie	1	1	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	1	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	2	2	0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	1	0 à 1	-1 à 0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	2	2	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	2	2	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	1	2	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	2	2	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	1	1
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	1	1
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	1	1	0
	Analyses de génétique moléculaire	2 dont 1 limitée thrombophilie	2 dont 1 limitée thrombophilie et HLA-Maladies	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	1	2	1
	IRM à utilisation clinique	6	6	0
	Scanographe à utilisation médicale	7	8	1
	Caisson Hyperbare	1	1	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	5	5	0
	Tomographe à Emission	1	2	1
	IRM à utilisation clinique	9	9	0
	Scanographe à utilisation médicale	11	11 + 1 appareil interventionnel + 1 appareil mobile	1 appareil interventionnel + 1 appareil mobile
	Caisson Hyperbare	1	1	0

Activité	Modalité/Forme		Nombre d'implantations		Ecart	
			Existantes	Prévues		
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes		2	2	0	
	Hémodialyse en centre pour enfants		1	1	0	
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée		4	5	1	
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)		3	3	0	
	Hémodialyse à domicile		2	2	0	
	Dialyse péritonéale à domicile		2	2	0	
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés		HC	13	13	0
			HJ	12	13	1
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents		HC	1	2	1
			HJ	1	2	1
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	4	4	0
			HJ	3	4	1
		Pédiatrie	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	4	4	0
			HJ	3	4	1
		Pédiatrie	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	5	5	0
			HJ	4	4	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	7	6 à 7	-1 à 0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	5	5	0
	Hospitalisation de jour	12	15	3
	Hospitalisation de nuit	5	5	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0
	Appartement thérapeutique	3	3	0
	Centre de postcure psychiatrique	3	3	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	4	4	0
	Hospitalisation de jour	7	7	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

6.2.6 Zone Jura : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	6	5	-1	
	Hospitalisation de jour	1	1 à 3	0 à 2	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	3	2 à 3	-1 à 0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	1	-1
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité		0	1	1
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	2	2	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	3	3	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	1	1	0	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	0	0	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	0	0	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : sein	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : digestif	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	1	0 à 1	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	0	0	0	
	Curiethérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	1	1	0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	1	2	1
	Scanographe à utilisation médicale	2	3	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	2	3	1
	Scanographe à utilisation médicale	2	3	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	2	0		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	1	0		
	Hémodialyse à domicile	0	1	1		
	Dialyse péritonéale à domicile	0	1	1		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	9	9	0	
		HJ	2	3	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	1	1	0	
		HJ	1	1	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	1	2	1

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	3	2	-1
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	2	2	0
	Hospitalisation de jour	4	4	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0
	Appartement thérapeutique	2	2	0
	Centre de postcure psychiatrique	1	1	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	0	0	0
	Hospitalisation de jour	4	4	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

6.2.7 Zone Bourgogne Méridionale : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	7	6 à 7	-1 à 0	
	Hospitalisation de jour	3	4	1	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	3	3	0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	2	0
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	1	1	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	0	0	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	2	2	0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	2	2	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	0	0	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	1	1	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	3	3	0	
	Chirurgie des cancers : sein	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : digestif	3	3	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	2	1 à 2	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiéthérapie	1	1	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	3	2 à 3	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	1	1
	IRM à utilisation clinique	2	3	1
	Scanographe à utilisation médicale	3	4	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	0	1	1
	IRM à utilisation clinique	3	4	1
	Scanographe à utilisation médicale	3	4	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	0		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	2	2	0		
	Hémodialyse à domicile	1	1	0		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	11	10	-1	
		HJ	0	1	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	2	2	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	2	2	0
			HJ	2	2	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	3	3	0
			HJ	1	3	2

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	2	2	0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	2	2	0
	Hospitalisation de jour	2	2	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	0	0	0
	Hospitalisation de jour	1	1	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	1

6.2.8 Zone Saône-et-Loire – Bresse – Morvan : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	8	7 à 8	-1 à 0	
	Hospitalisation de jour	6	6 à 7	0 à 1	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	6	5	-1	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	3	2 à 3	-1 à 0
		HJ	1	2	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	1	1	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	1	1 à 2	0 à 1	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	1	0	
	Structure des urgences	4	3 à 4	-1 à 0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	4	2 à 3	-2 à -1	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0 à 1	0 à 1	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	1	1	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	0	0 à 1	0 à 1	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	3	3	0	
	Chirurgie des cancers : sein	3	3	0	
	Chirurgie des cancers : digestif	3	3	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	3	2 à 3	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : thorax	1	0 à 1	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	3	2 à 3	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	2	1 à 2	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiothérapie	1	1	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	3	2 à 3	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	1	1
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	5	5	0
	Scanographe à utilisation médicale	5	5	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	4	4	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	5	5	0
	Scanographe à utilisation médicale	6	6	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	2	3	1		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	2	2	0		
	Hémodialyse à domicile	1	1	0		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	12	14	2	
		HJ	0	1	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	1	1	0	
		HJ	1	1	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	2	1	-1
			HJ	1	1	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	2	2	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	2	2	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
	Pédiatrie	HC	1	1	0	
		HJ	1	1	0	
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	1	1	
		HJ	0	1	1	
Pédiatrie	HC	0	0	0		
	HJ	0	0	0		
Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	5	6	1	
		HJ	2	2	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	1	1 à 3	0 à 2
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	7	7	0
	Hospitalisation de nuit	1	2	1
	Placement familial thérapeutique	0	0	0
	Appartement thérapeutique	0	1	1
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	1	1	0
	Hospitalisation de jour	2	2	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

6.2.9 Zone Nièvre : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	9	7 à 10	-2 à 1	
	Hospitalisation de jour	7	6 à 8	-1 à 1	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	4	2 à 4	-2 à 0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	2	1	-1
		HJ	1	1	0
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	1	1	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité	1	2	1	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	0	-1	
	Structure des urgences	3	2 à 3	-1 à 0	
	Structure des urgences pédiatriques	0	0	0	
	SMUR	3	2 à 3	-1 à 0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	1	1 à 2	0 à 1	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	0	1	1	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	1	1	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	3	2 à 3	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : sein	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : digestif	3	2 à 3	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : urologie	3	1 à 3	-2 à 0	
	Chirurgie des cancers : thorax	1	0 à 1	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	0	0	0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiothérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	1	1	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	2	1 à 2	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	2	2	0
	Scanographe à utilisation médicale	4	4	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	3	3	0
	Scanographe à utilisation médicale	4	5	1
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	2	1		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	2	2	0		
	Hémodialyse à domicile	0	1	1		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	12	13	1	
		HJ	0	2	2	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	2	3	1
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	5	7	2
			HJ	1	3	2

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	7	5 à 7	-2 à 0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	5	5	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	1	1	0
	Hospitalisation de jour	1	2	1
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	1	1

6.2.10 Zone Sud Yonne - Haut Nivernais : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	6	6	0	
	Hospitalisation de jour	5	5	0	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	2	2	0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	1	1	0
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A		1	1	0
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B		1	1	0
	Réanimation néonatale - Type 3		0	0	0
	Pour information - Centre Périnatal de Proximité		3	3	0
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	1	0	-1	
	Structure des urgences	5	2 à 4	-3 à -1	
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	-1	
	SMUR	4	2 à 4	-2 à 0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0 à 2	0 à 2	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	1	1	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	1	1	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : sein	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : digestif	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	1	0 à 1	-1 à 0	
	Radiothérapie externe	1	1	0	
	Curiothérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	2	1 à 2	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	3	3	0
	Scanographe à utilisation médicale	5	5	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	2	2	0
	Tomographe à Emission	1	1	0
	IRM à utilisation clinique	3	3	0
	Scanographe à utilisation médicale	6	6	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	0		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	1	0		
	Hémodialyse à domicile	0	1	1		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	7	8	1	
		HJ	0	1	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	1	1	0	
		HJ	0	1	1	
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
Mention spécialisée - affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	4	4	0	
		HJ	2	3	1	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	1	1 à 2	0 à 1
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	3	3	0
	Hospitalisation de jour	2	3	1
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	1	1	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	1	1	0
	Hospitalisation de jour	3	3	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	1	1	0

6.2.11 Zone Nord Yonne : Implantations prévues

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart	
		Existantes	Prévues		
Médecine	Hospitalisation complète	3	3	0	
	Hospitalisation de jour	2	2	0	
	Hospitalisation à domicile	1	1	0	
Chirurgie	Chirurgie	2	2	0	
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	Gynécologie-Obstétrique - Type 1	HC	1	1	0
		HJ	0	1	1
		HAD	0	0	0
	Néonatalogie sans soins intensifs - Type 2A	1	1	0	
	Néonatalogie avec soins intensifs - Type 2B	0	0	0	
	Réanimation néonatale - Type 3	0	0	0	
	Centre Périnatal de Proximité	1	1	0	
Médecine d'urgence	SAMU CRRA 15	0	0	0	
	Structure des urgences	2	2	0	
	Structure des urgences pédiatriques	1	0	-1	
	SMUR	2	2	0	
	SMUR pédiatrique	0	0	0	
	Antenne SMUR	0	0	0	
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	Activité de type 1	0	0	0	
	Activité de type 2	0	0	0	
	Activité de type 3	0	0	0	
Traitement du cancer	Chirurgie des cancers	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : sein	2	1 à 2	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : digestif	2	2	0	
	Chirurgie des cancers : urologie	1	1	0	
	Chirurgie des cancers : thorax	0	0	0	
	Chirurgie des cancers : gynécologie	1	0 à 1	-1 à 0	
	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	0	0	0	
	Radiothérapie externe	0	0	0	
	Curiethérapie	0	0	0	
	Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées	0	0	0	
	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	2	1 à 2	-1 à 0	
Réanimation	Adulte	1	1	0	
	Pédiatrique	0	0	0	
	Pédiatrique spécialisée	0	0	0	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités cliniques	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	0	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0	0
Assistance médicale à la procréation (AMP) - Activités biologiques	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1	0
	Activités relatives à la FIV avec ou sans micromanipulation	0	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0	0
	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L. 2141-4 CSP	0	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0	0
Diagnostic prénatal (DPN)	Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0	0
	Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel	0	0	0
	Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
	Examens de biochimie foetale à visée diagnostique	0	0	0
	Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses	0	0	0
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	Analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire	0	0	0
	Analyses de génétique moléculaire	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'implantations	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	2	2	0
	Scanographe à utilisation médicale	3	3	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0
Equipements matériels lourds (EML) - Nombre d'appareils	Caméra à scintillation avec ou sans détecteur d'émission de positons	1	1	0
	Tomographe à Emission	0	0	0
	IRM à utilisation clinique	2	3	1
	Scanographe à utilisation médicale	4	4	0
	Caisson Hyperbare	0	0	0

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart		
		Existantes	Prévues			
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	Hémodialyse en centre pour adultes	1	1	0		
	Hémodialyse en centre pour enfants	0	0	0		
	Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1	1	0		
	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse (simple ou assistée)	1	1	0		
	Hémodialyse à domicile	1	1	0		
	Dialyse péritonéale à domicile	1	1	0		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	SSR non spécialisés	HC	4	3	-1	
		HJ	0	1	1	
	SSR non spécialisés - Prise en charge des enfants/adolescents	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Mention spécialisée - affections de l'appareil locomoteur	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections du système nerveux	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections cardio-vasculaires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections respiratoires	Adultes	HC	1	1	0
			HJ	1	1	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Adultes	HC	0	1	1
			HJ	0	1	1
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections onco-hématologiques	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
	Mention spécialisée - affections des brûlés	Adultes	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
		Pédiatrie	HC	0	0	0
			HJ	0	0	0
Mention spécialisée - affections liées aux conduites addictives	Adultes	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
	Pédiatrie	HC	0	0	0	
		HJ	0	0	0	
Mention spécialisée - affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	Adultes	HC	2	2	0	
		HJ	0	2	2	

Activité	Modalité/Forme	Nombre d'implantations		Ecart
		Existantes	Prévues	
Soins de longue durée (SLD)	Soins de longue durée	1	1	0
Psychiatrie générale	Hospitalisation complète	2	2	0
	Hospitalisation de jour	2	2	0
	Hospitalisation de nuit	1	1	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0
	Appartement thérapeutique	0	0	0
	Centre de postcure psychiatrique	0	0	0
	Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile	Hospitalisation complète	0	0	0
	Hospitalisation de jour	1	1	0
	Hospitalisation de nuit	0	0	0
	Placement familial thérapeutique	0	0	0

7- ANIMER, DECLINER ET EVALUER LE PRS

7.1 Territorialisation

7.1.1 Contexte et problématique

La territorialisation des politiques de santé

Depuis plusieurs années, les politiques sectorielles et centralisées laissent de plus en plus la place à des politiques intersectorielles qui se territorialisent. Consacrés initialement au développement local, ces dispositifs se sont progressivement enrichi de nouveaux champs d'action, dont la santé, autour du concept d'animation territoriale.

L'animation territoriale a pour objectif de créer des synergies entre l'ensemble des acteurs de la santé (institutionnels, élus, professionnels de santé, usagers...). Elle permet de décliner les politiques de santé, nationale et régionale, en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité.

L'approche « parcours », qui vise à mieux organiser l'accompagnement des patients en articulant prévention, soins de ville, champs sanitaire et médico-social, s'intègre dans cette déclinaison territoriale des politiques de santé.

La contractualisation est l'instrument de la démarche d'animation territoriale. L'article L.1434-1 du Code de la Santé Publique offre la possibilité aux ARS de conclure des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales. Le CLS renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local, dans le respect des objectifs du Projet Régional de Santé, en favorisant une meilleure coordination des politiques publiques, des financements et des acteurs.

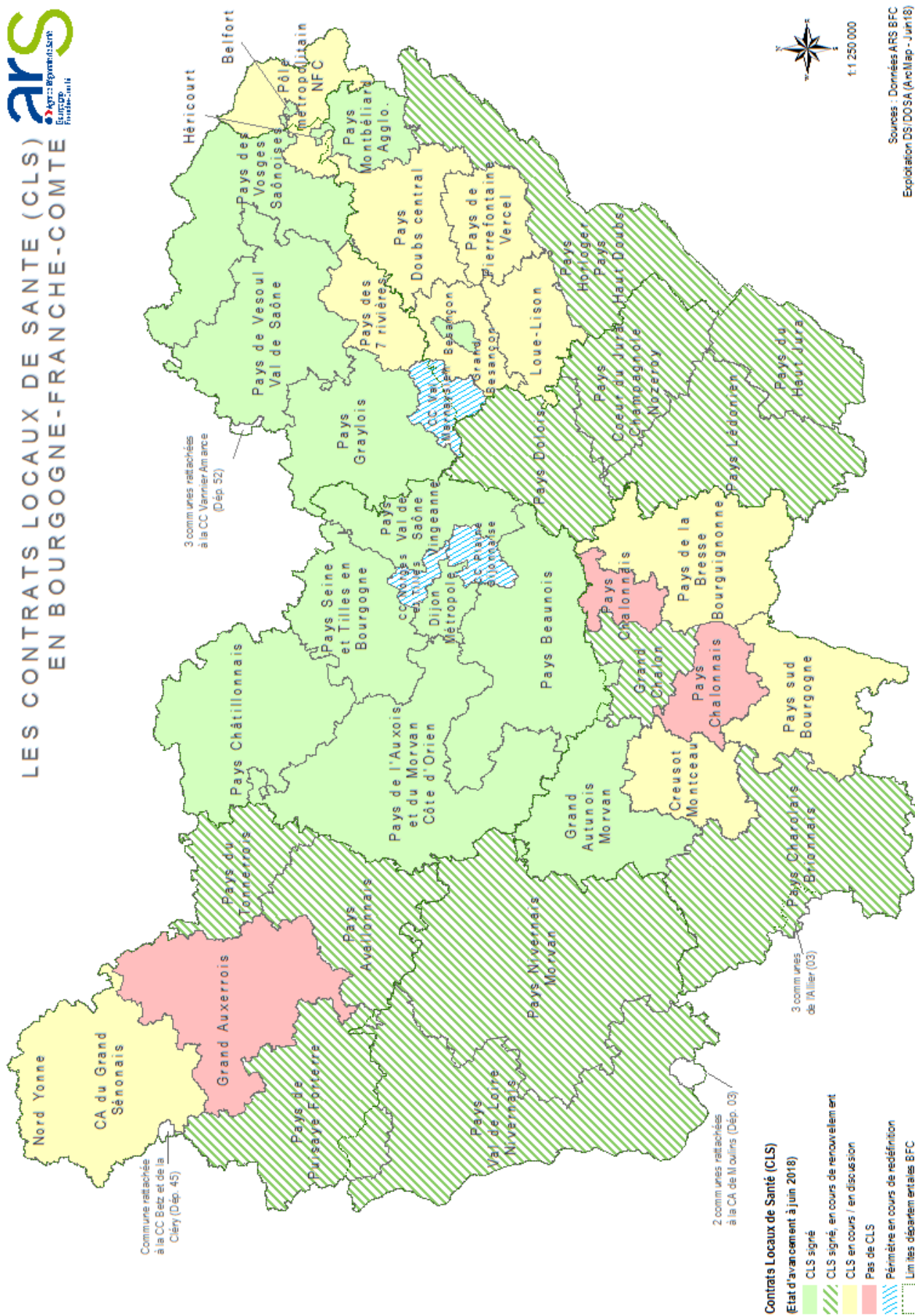
Les premiers CLS ont été signés en 2010 en Franche-Comté et en 2012 en Bourgogne. Actuellement, 25 CLS sont signés Cf. carte page suivante.

Le CLS a pour objectif de répondre aux enjeux de santé du territoire et de corriger les inégalités sociales et territoriales de santé en mobilisant les acteurs et les moyens de façon coordonnée. L'élaboration d'un CLS s'appuie donc sur la construction d'un diagnostic partagé permettant l'identification des enjeux de santé d'un territoire, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

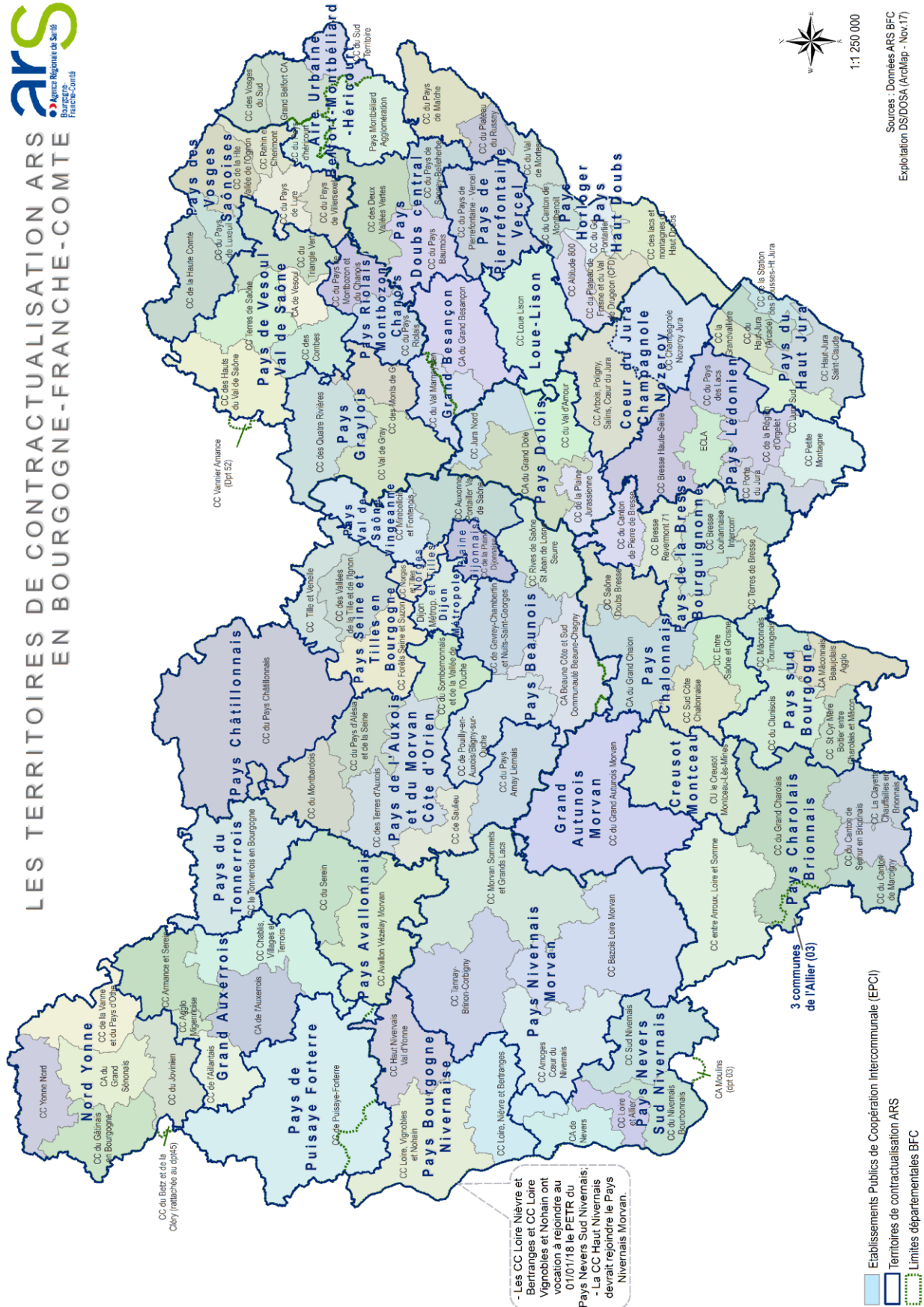
Si ces enjeux et leur importance respective varient d'un territoire à l'autre, en Bourgogne-Franche-Comté ils s'articulent autour de problématiques communes : le maillage inégal de l'offre de soins (offre hospitalière et de premier recours ambulatoire) ; le poids important des maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et des cancers ; la nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie ; les risques auxquels adolescents et jeunes adultes sont exposés en matière de nutrition, de sexualité, d'addictions, d'exposition au bruit, etc. Dans tous ces sujets, le renforcement des soins de proximité transparaît comme un enjeu majeur dans un contexte marqué par le risque de désertification médicale.



LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE (CLS) EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



**LES TERRITOIRES DE CONTRACTUALISATION ARS
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**



- Les CC Loire Nivernais et
Bertranges et CC Loire
Vignobles et Nivernais ont
vocation à rejoindre au
01/01/18 le PETR du
Pays Nevers Sud Nivernais ;
- La CC Haut Nivernais
devrait rejoindre le Pays
Nivernais Morvan.

Un nouveau contexte institutionnel

La Loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la république) du 7 août 2015 a engendré de nombreuses recompositions de la carte intercommunale, en même temps qu'elle a renforcé les compétences des EPCI.

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a souhaité décliner les politiques de santé à une échelle pertinente pour mobiliser les acteurs, dont notamment les collectivités territoriales. A ce titre, le périmètre retenu pour découper la Bourgogne-Franche-Comté en territoires de proximité est celui des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), ou de leurs regroupements en syndicats mixtes de pays ou en Pole d'équilibre territoriaux et ruraux (PETR). Cette échelle pertinente permet une action de proximité sans multiplier le nombre d'interlocuteurs.

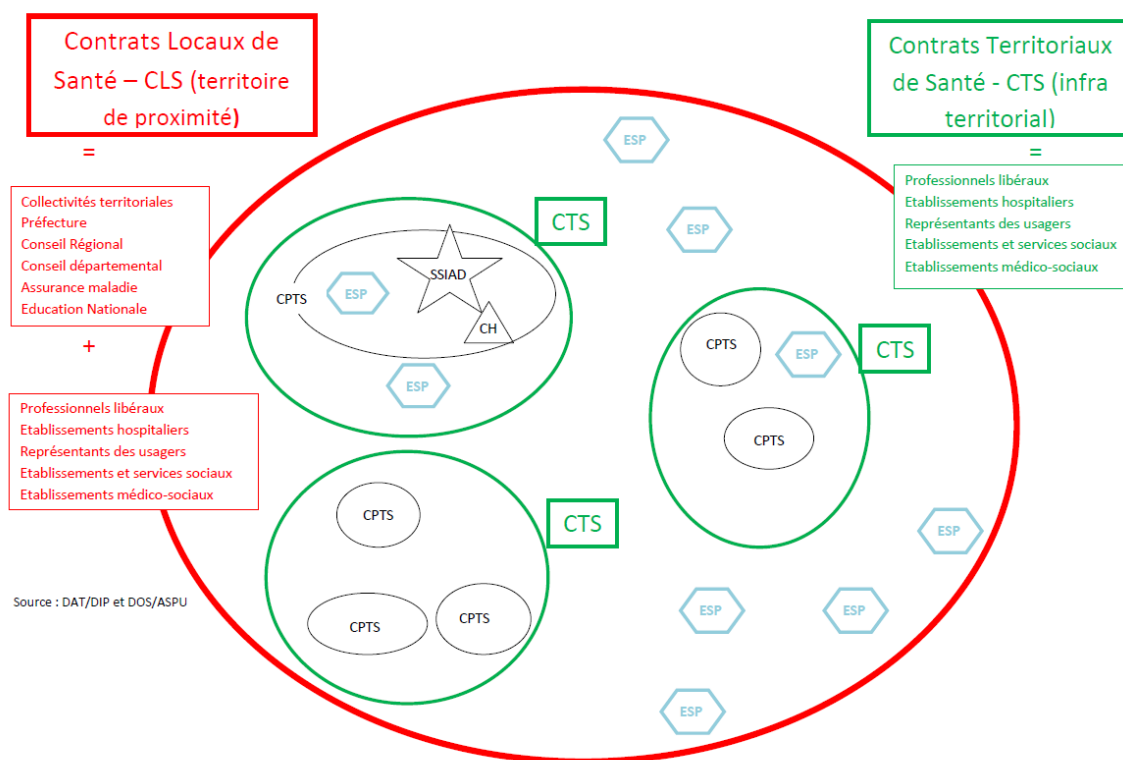
⇒ **33 territoires de proximité en Bourgogne-Franche-Comté** issus des nouveaux schémas départementaux de coopération intercommunale (Loi NOTRe). Ce nombre pourrait évoluer selon la volonté des territoires de se rapprocher.

La Loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016 prolonge et renforce la volonté de territorialisation déjà définie dans la loi de 2009, dite Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST). L'accent y est mis sur l'implication des collectivités territoriales et des professionnels sanitaires et sociaux dans la déclinaison d'une politique de santé en fonction des besoins de chaque territoire. Il s'agit de combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins, d'adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'œuvre, comme par exemple le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, l'exigence d'information.

Ainsi, la Loi de modernisation de notre système de santé prévoit le déploiement de dispositifs qui partagent des objectifs communs aux Contrats Locaux de Santé – dont la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) :

- les Equipes de Soins primaires (ESP) ;
- les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui formalisent un projet de santé au moyen d'un Contrat territorial de santé (CTS) ;
- les Contrats Territoriaux de Santé Mentale (CTSM) qui ont vocation à se développer et à s'articuler avec les CLS. ;
- les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à la coordination des parcours complexes sont des outils facilitant les actions territoriales en cours ou à venir.

Articulation des contrats locaux de santé (CLS) et contrats territoriaux de santé (CTS) :



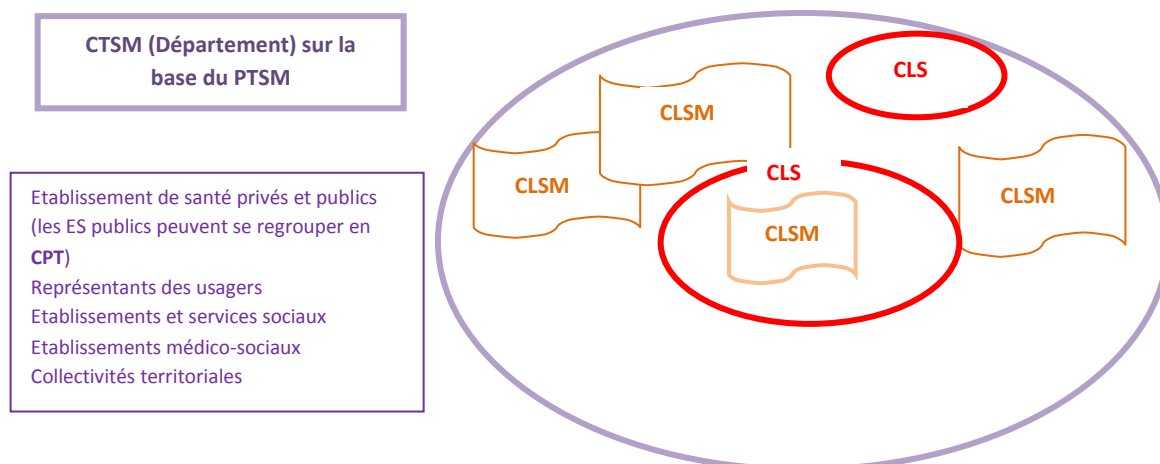
La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit le déploiement de dispositifs qui partagent des objectifs communs aux CLS – dont la réduction des ISTS (Inégalités Sociales et Territoriales de Santé).

Les **Equipes de Soins primaires** (ESP), sont un ensemble de professionnels de santé constitués autour d'un médecin généraliste de premier recours sur la base d'un projet de santé. Elles peuvent prendre la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou de centre de santé (CDS) ou des formes de coopération plus légères. Ainsi, elles contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** (CPTS) émanent de l'initiative de professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle. Elles permettent de concourir à l'amélioration de la prise en charge des parcours des patients, de la prévention et la promotion de la santé aux soins. Les CPTS formaliseront un projet de santé cohérent avec le PRS 2 au moyen d'un Contrat territorial de santé (CTS) et devront participer à la réalisation ou l'actualisation des diagnostics territoriaux partagés.

Les **Plateformes territoriales d'appui** (PTA) viennent en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. Les PTA sont constituées à partir des initiatives des acteurs du système de santé et dont l'objectif est de déployer une dynamique organisationnelle réactive et adaptée avec les ressources du territoire en vue d'améliorer le service rendu.

Articulation des dispositifs et des contrats en santé mentale :



Le **Projet territorial de santé mentale** (PTSM) est élaboré sur la base d'un diagnostic territorial partagé, à l'initiative des professionnels (libéraux et hospitaliers), des établissements et services des champs sanitaire, social et médico-social (publics, privés) en collaboration avec les représentants des patients et des familles. Les priorités du PTSM répondent notamment à un objectif de repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements adaptés pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves, mais aussi de rétablissement : le but poursuivi est la stabilisation des troubles, ainsi que la promotion des capacités des personnes, leur maintien ou leur réengagement dans une vie active et sociale choisie. Il organise donc les conditions d'accès à la prévention, aux soins, à l'insertion sociale. Le PTSM prend en compte le volet santé mentale des Contrats Locaux de Santé (CLS), les actions des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) les orientations du PRS2, et coordonne les actions départementales issues du diagnostic partagé en santé mentale.

Un **Conseil Local de Santé Mentale** (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et de santé, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Les CLSM ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Le CLSM requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale.

Le **Contrat territorial de santé mentale** (CTSM) est conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions du projet territorial de santé mentale. Il définit un programme d'actions concerté qui décline les orientations du PTSM.

La **Communauté psychiatrique de territoire** (CPT) associe, autour des établissements publics hospitaliers volontaires pour la constituer, les autres signataires du CTSM. Lorsqu'elle est constituée, la CPT participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale, à l'élaboration du PTSM, à sa déclinaison au sein d'un CTSM ainsi qu'à son évaluation. Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le PTSM.

7.1.2 Objectifs généraux

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté ambitionne de réduire les ISTS en développant une approche de l'offre en santé sur les territoires de proximité dans un cadre de partenariat élargi à tous les acteurs du système de santé (élus, professionnels de santé...).

Il s'agit de développer :

- une approche territorialisée des politiques de santé (nationales et régionales) adaptées aux réalités locales potentiellement marquées par de fortes inégalités sociales et géographiques ;
- une réelle dynamique de coopération des acteurs (administrations, collectivités territoriales, opérateurs, usagers...) en faveur d'un objectif commun de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé ;
- l'implication des élus locaux et de leur administration, soucieux de la santé et de la qualité de vie des habitants, ce qui garantit la pertinence des objectifs au regard des besoins, et doit favoriser à la fois la transversalité entre les institutions et la participation des citoyens.

Cette stratégie, renforcée par la loi du 26 janvier 2016, vise à améliorer l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, en l'ancrant dans les territoires.



Objectif général n°1 : amplifier la territorialisation coopérative des politiques de santé

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Décliner la politique de santé dans les territoires à partir du concept d'Universalisme proportionné : adaptation des politiques aux besoins locaux

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Identification des besoins et des demandes de santé sur un territoire, ainsi que des réponses existantes : actions de prévention, réseaux d'acteurs, dispositifs, offre de soins et médico-sociale...
- Présentation et échanges autour du diagnostic territorial, en particulier au sein des assemblées plénières de CLS (ex Groupes d'Animation Territoriale de Santé - GATS)
- Organisation des groupes de travail afin de mener des réflexions sur les actions à décliner en lien avec l'ensemble des acteurs clés du territoire, en les priorisant et en recherchant la mutualisation des ressources, des bonnes pratiques, etc.

Résultats attendus :

- 33 diagnostics territoriaux réalisés par l'ARS sur les 33 territoires de proximité de Bourgogne-Franche-Comté
- 33 réunions des assemblées plénières de CLS organisées par l'ARS pour partager le diagnostic au niveau de chaque territoire de proximité
- Un suivi annuel de la mise en œuvre des actions et des indicateurs quantitatifs utilisés pour le diagnostic

- Articuler la politique nationale et régionale de santé, avec les démarches locales de santé existantes, autour des Contrats locaux de Santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Signature de Contrat Local de Santé avec une pluralité de partenaires : contrat évolutif par voie d'avenants
- Animation et une coordination autour du CLS par un binôme composé d'un Animateur santé au sein de la collectivité territoriale et de l'ARS
- Evaluation des processus de mise en œuvre des CLS (pertinence et cohérence) ainsi que leurs effets (efficacité et utilité)

Résultats attendus :

- 33 CLS signés en Bourgogne-Franche-Comté
- 33 postes d'Animateurs Santé co-financés par l'ARS et la collectivité territoriale concernée
- 33 CLS suivis annuellement par le binôme AS/ARS
- Une évaluation finale réalisée pour chaque CLS arrivant à échéance

Ce nombre pourrait évoluer selon la volonté des territoires de se rapprocher.

- Territorialiser les parcours de santé/de vie en les adaptant aux spécificités et aux besoins de chaque territoire de proximité

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Priorisation des territoires et des parcours à décliner territorialement, sur la base du diagnostic territorial
- Définition d'un plan d'actions territorial pour chaque parcours de santé/de vie, de manière concertée (en interne et en externe)
- Déclinaison territoriale des parcours dans les outils de contractualisation (CLS, CTS, CTSM...)

Résultats attendus :

- 13 plans d'actions territorial de parcours de santé/de vie
- Suivi annuel des 13 plans d'actions territorial



Objectif général n°2 : garantir une équité territoriale et une offre de soins de proximité de qualité pour tous

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Conforter, maintenir et développer une offre de soins de premier recours sur le territoire à travers les dispositifs d'exercice coordonné (cf. fiche SRS sur la politique de développement de l'exercice coordonné)
- Organiser une prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins des usagers en situation complexe (cf. fiche SRS sur la politique de développement de l'exercice coordonné)

- Assurer une meilleure coordination des actions de santé sur un territoire et concourir à la structuration des parcours de santé à travers les contrats territoriaux de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Elaboration d'un diagnostic de territoire d'action pour identifier les besoins
- Proposition d'un projet de santé qui répond aux besoins identifiés et organise au mieux les parcours de santé
- Contractualisation entre les Professionnels de santé initiateurs du projet de santé et l'ARS

Résultats attendus :

- Augmentation du nombre de CTS signés

7.1.3 Indicateur

- Nombre de CLS actant une démarche parcours (CPOM Etat/ARS)

7.1.4 Articulation

- Acteurs : Préfecture, Conseil régional, Conseils départementaux, Assurance Maladie, élus de proximité (pays et communautés), professionnels « organisés » notamment médecins, infirmiers, pharmaciens, Education Nationale, usagers et associations d'usagers
- L'ensemble des institutions et les professionnels concernés par la pathologie/ la population de chacun des 13 parcours de santé/de vie
- Programmes : PRSE, programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), schéma régional des ressources humaines en santé (SRRHS), Pacte territoire santé.

7.1.5 Transversalité

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
- Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 2.3 : Parcours Précarité-vulnérabilité
- Fiche 2.4 : Evolution de l'offre médico-sociale : objectifs quantitatifs et qualitatifs
- Fiche 3.1 : Parcours Santé mentale et psychiatrie
- Fiche 4.1 : Parcours Cancer
- Fiche 4.2 : Parcours Diabète
- Fiche 4.3 : Parcours Maladies cardiovasculaires
- Fiche 4.4 : parcours Neurologie
- Fiche 4.5 : Parcours Nutrition-santé
- Fiche 4.6 : Parcours Maternité-parentalité
- Fiche 4.7 : Parcours Développement de l'enfant
- Fiche 4.8 : Parcours Adolescents et jeunes adultes
- Fiche 4.9 : Parcours Addictions
- Partie 5 : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins
- Partie 6 : Planifier les activités de soins

7.2 Priorités par territoires de démocratie en santé

Contexte et problématique

Les huit présidents des Conseils territoriaux de santé (CTS) ont souhaité que le PRS Bourgogne-Franche-Comté présente les particularités et les priorités de leur territoire. Cette proposition a été retenue par l'ARS. Chaque CTS a produit un document de synthèse pour son territoire : ces 8 documents font l'objet de la présente fiche.

Afin d'harmoniser la production de chaque CTS, il leur a été demandé en amont de respecter trois principes :

- les priorités retenues, de 7 à 10 sujets au plus, devaient se référer exclusivement à la version du PRS datée d'octobre 2017 qui avait fait l'objet d'une approbation intermédiaire de la part de la CRSA ;
- s'appuyer sur des éléments statistiques du territoire du CTS fournis par l'Observatoire régional de la santé (portrait de territoire) ;
- le choix des priorités identifiées devaient faire l'objet d'un bref argumentaire.

Remarques :

Les priorités présentées ci-dessous ne sont pas hiérarchisées dans la mesure où cet exercice n'a pas été réalisé par tous les CTS.

De plus, **la santé mentale n'est pas prise en compte dans cette priorisation puisqu'elle doit faire obligatoirement l'objet d'un Projet territorial de santé mentale (PTSM)** tel que défini par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 29 juillet 2017.

Néanmoins la présente démarche ne saurait l'exclure totalement puisque la plupart des thèmes retenus par les CTS concernent également les patients atteints de maladie psychique.

7.2.1 CTS Côte-d'Or

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ
CÔTE-D'OR

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **529 761**
18,8 % de la population BFC et 0,8 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **60**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **5 769**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **4 560**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014) : Taux annuel : **0,0 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **23,5 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **9,5 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **38,6 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **7,7 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013 : **11,1 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - cancers : **28,3 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **26,0 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,4 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **6,0 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **13,0 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **8,5 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - cancers : **7,5 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %
 - maladies ostéo-articulaires : **7,3 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,9 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %



OFFRE

- On compte **16,2** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **116,4** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **14,6** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **5,6** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **12,9** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **22,0** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Côte-d'Oris
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **40** établissements de santé dont **4** Services des Urgences et **4** maternités
- **101** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**6 570 places**)
- **62** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**2 894 places**)
- **16** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**703 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Côte-d'Or

Priorités

Huit priorités ont été retenues par les membres du CTS de Côte-d'Or.



Prévention de proximité

S'il existe une douzaine de grands opérateurs régionaux capables de déployer des actions sur des territoires isolés, l'enjeu est de développer la prévention de proximité pour répondre au plus près du terrain à l'objectif de réduction des inégalités territoriales de santé (souhait de tenir compte des priorités spécifiques et pertinentes issues du diagnostic territorial partagé). Ces actions de proximité devront s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, s'appuyer sur les actions probantes et être évaluées.

Il conviendra de se baser sur la charte d'Ottawa et sur une définition globale de santé incluant l'ensemble des déterminants de la santé pour élaborer les actions.

Les actions de proximité permettent une réelle implication des usagers du système de santé afin que les actions de prévention proposées soient les plus en accord avec leurs besoins exprimés.



Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient constitue un axe d'intervention intéressant pour l'accompagnement des patients atteints de maladie chroniques.

Il convient de renforcer ce type d'approche.



Parcours personnes âgées

Les personnes de 75 ans et plus représentent 9,5 % de la population de notre région et le vieillissement de la population côte d'orientée devrait s'accroître d'ici 2050. De plus, la population dépendante approchera les 85 000 habitants en 2020, progressera de 12 % par rapport à 2014. Ces deux phénomènes conjoints constituent donc des enjeux majeurs de santé publique.



Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous

Il convient de poursuivre le travail initié par les différents rapports : Piveteau, mission Dessaule pour encourager notamment les synergies pour répondre au mieux aux situations complexes.



Parcours précarité-vulnérabilité

Il conviendra d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité sociale pour éviter le renoncement aux soins et, de fait, pour limiter les recours tardifs aux soins qui entraînent souvent des situations complexes pour la personne et pour le système de santé.

Le nombre de personnes en situation de précarité est en augmentation. Cependant, il est difficile de repérer puis d'accompagner les personnes vulnérables. Il est donc nécessaire de renforcer les liens entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé.

Le parcours précarité-vulnérabilité est par nature transversal puisque populationnel ; il faudra donc veiller à ce que dans chaque parcours mis en œuvre par l'ARS, la population vulnérable puisse être prise en compte et accompagnée (parcours cancer, nutrition, enfance, adolescence...).



Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers

L'approche parcours proposée permet de placer le patient au centre de la prise en charge en articulant les prises en charge autour de ses besoins.

Cette modalité d'approche dans la construction des actions doit être privilégiée car permet d'appréhender globalement les besoins.



Politique de développement de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné constitue aujourd'hui un des modes d'exercice de la médecine libérale privilégié par les jeunes professionnels de santé.

Son développement doit constituer une priorité d'action.



Développer la e-santé

La e-santé constitue un outil qui permet d'apporter une réponse en partie aux difficultés rencontrées en milieu rural de la problématique de la désertification médicale.

7.2.2 CTS Doubs

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ
DOUBS

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : 391 102
13,9 % de la population BFC et 0,6 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : 82,5
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : 4 657
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : 2 937
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014)* : Taux annuel : 0,2 %
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : 25,2 %
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : 8,9 %
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : 40,9 %
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : 8,8 %
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013* : 12,5 %
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %

* Données sur le département entier.



ÉTAT DE SANTÉ

- Les 4 principales causes de décès (2009-2013) :
 - cancers : 27,7 %
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : 27,0 %
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : 8,4 %
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : 6,1 %
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les 5 motifs principaux d'hospitalisations (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : 12,5 %
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : 9,1 %
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : 6,8 %
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : 6,2 %
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %
 - cancers : 5,4 %
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %



OFFRE

- On compte 18,8 médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte 128,4 infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte 12,9 masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte 5,5 chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte 11,4 pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte 23,1 médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Doubistes
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre 25 établissements de santé dont 2 Services des Urgences et 3 maternités
- 52 établissements peuvent accueillir des personnes âgées (3 347 places)
- 74 établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (3 047 places)
- 19 établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (714 places)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Doubs

Priorités

Dix priorités ont été retenues par les membres du CTS du Doubs.



L'évolution de l'offre médicosociale est l'une des priorités retenues par le CTS.

Il apparaît, en effet, que tous les parcours retenus ci-dessous ne peuvent être dissociés d'une offre médicosociale territorialisée et coordonnée.

Il est indispensable que les différents acteurs de chacun de ces parcours se connaissent et puissent œuvrer ensemble à l'amélioration de la prise en charge.

Cette préoccupation doit être prise en compte dans les contrats locaux de santé (CLS) qui ont vocation à couvrir l'ensemble des bassins de vie du ressort du CTS.

Il convient également de rappeler les principes fondamentaux de l'offre médicosociale qui doivent constituer les lignes de conduite pour les années à venir :

- maintenir une progression soutenue et régulière de l'offre médico-sociale car les besoins ne sont pas tous actuellement satisfaits et ils ne cessent de s'accroître ;
- assurer une répartition équitable sur le territoire de l'offre médicosociale pour compenser les inégalités existantes ;
- développer le panel des alternatives à la prise en charge complète (accueil de jour, accueil temporaire, structure de répit pour les aidants, SSIAD-PA) ;
- associer et coordonner les différents partenaires financeurs (ARS, collectivités territoriales (départements, intercommunalités...) dans un cadre contractuel pluriannuel ;
- améliorer l'efficacité de ces établissements et structures : taille critique, professionnalisation, adaptation à l'évolution des besoins, organisation collective (procédure « trajectoire ») ;
- contenir l'évolution du reste à charge financier pour les bénéficiaires ;
- prendre tout particulièrement en compte la situation des personnes vieillissantes en situation de handicap.

A souligner enfin, que si d'une façon générale, le département du Doubs (hors Pôle métropolitain Nord Franche-Comté) ne se trouve pas dans une situation plus défavorable que les autres départements de la région, il n'en demeure pas moins des insuffisances, dont beaucoup dépendent essentiellement de l'hétérogénéité de la répartition géographique et d'un défaut de coordination entre les professionnels et entre institutions.



Implantation des professionnels de santé – démographie des professionnels

Au-delà du nombre de médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre dans le département du Doubs, qui reste légèrement supérieur à la moyenne nationale, c'est leur répartition au sein du département qui pose des problèmes d'accès, rendant difficile l'accès à des soins de premier recours, sur des territoires entiers.

Pour les spécialités médicales, il existe aussi un vrai problème d'accès à certaines spécialités, les modes d'exercice des nouveaux médecins ayant changé.

Ce même problème de recrutement des professionnels de santé se pose également dans les établissements sanitaires et médicosociaux.

Tous les moyens pouvant favoriser l'implantation de professionnels et une meilleure répartition géographique doivent être mis en œuvre. Ainsi, promouvoir la création d'activités partagées, et de cabinets secondaires et favoriser le développement de la télémédecine peuvent contribuer à compenser ce manque d'offre.



Parcours personnes âgées

Les personnes âgées des 75 ans et plus dans le Doubs représentent 8,9 % de la population totale. L'indice de vieillissement (personnes de plus de 65 pour 100 personnes de moins de 20 ans) devrait passer de 72,2 aujourd'hui à 98,7 en 2036.

Il est le département qui a le taux d'équipement EHPAD/USLD (places pour 1000 habitants de plus de 75 ans) le plus faible : 78,1 pour 112,1 pour la région Bourgogne-Franche-Comté avec une répartition géographique défavorable à certaines zones rurales.

La politique de maintien à domicile est certes très active et doit encore être renforcée, mais elle a ses limites.

Il importe donc de développer les capacités d'accueil, de les adapter à la dépendance et d'établir de véritables filières gériatriques par un travail en réseau et de coordination des acteurs, afin de limiter les hospitalisations inadéquates.



Parcours précarité - vulnérabilité

Le nombre de personnes en situation de précarité est en augmentation : 1/3 des familles monoparentales se trouvent sous le seuil de pauvreté.

Il est cependant difficile, au sein d'un territoire, de repérer les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité, qui doivent parfois renoncer aux soins en raison du reste à charge, qui méconnaissent souvent leurs droits, et qui connaissent des difficultés d'accès aux soins.

Les grandes agglomérations, Besançon en particulier, répondent en partie à ce problème en proposant des soins gratuits, dentaires et médicaux, mais cela n'existe pas en dehors des villes.

Il semble donc nécessaire de :

- renforcer les liens entre les travailleurs sociaux et les médecins de ville ;
- promouvoir la santé dès le plus jeune âge ;
- de coordonner les offres des services de l'Etat et de l'Assurance Maladie ;
- s'appuyer sur les associations humanitaires qui sont plus au contact des personnes en situation de précarité et pourraient ainsi contribuer à un meilleur repérage.



Parcours handicap

Le handicap est un domaine difficile à cerner car il présente des formes très diverses, il concerne tous les âges de la vie, sa réglementation est abondante et complexe, les structures d'accueil sont aussi variées que le handicap, et les acteurs et les financeurs sont multiples.

En dépit des progrès consécutifs à la loi du 11 février 2005, et à l'action des MDPH, le handicap reste encore pour beaucoup de personnes un « parcours du combattant », et certaines restent en « errance ».

Il paraît tout particulièrement important de :

- renforcer le dépistage et la prise en charge précoces du handicap en particulier chez l'enfant, notamment en ce qui concerne les troubles de l'apprentissage ;
- mettre en place, dans les meilleurs délais, un « guichet unique » ou un « portail unique » permettant aux usagers de mieux connaître les dispositifs de prise en charge du handicap, et les mesures dont ils peuvent bénéficier, quel que soit l'organisme gestionnaire ;
- assurer un accompagnement personnalisé de la personne en situation de handicap ;
- renforcer l'expertise des professionnels sociaux et de coordonner leur action ;
- prendre en compte le vieillissement de la personne handicapée ;
- améliorer la prise en charge psychiatrique de la personne âgée en EHPAD ;
- améliorer l'insertion de la personne handicapée dans l'école et dans le monde du travail ;
- renforcer la prise en charge de l'autisme ;
- d'ajuster les équipements spécialisés aux besoins (places d'IME pour réduire des délais d'attente considérables...) ;
- développer la prévention du handicap en lien avec la médecine du travail et le médecine scolaire.



Parcours adolescents et jeunes adultes

Cette population souffre encore de restrictions dans l'accès aux soins psychiatriques et d'une insuffisance d'aide dans la démarche et d'accompagnement dans l'accès aux soins.

Il semble donc encore nécessaire de renforcer la coordination entre les secteurs social, médicosocial et sanitaire. Il est possible de s'appuyer sur certaines expériences comme celle de la Mission locale de Besançon qui accompagne les soins des adolescents.

Pour autant l'accompagnement des jeunes « en difficulté » est une problématique récurrente qui met à mal les équipes et les institutions.



Améliorer l'accès aux soins urgents

Les problèmes de démographie des médecins généralistes d'une part, la difficulté, tant organisationnelle qu'économique, de maintenir des services d'accueil des urgences (SAU) dans les hôpitaux de proximité d'autre part, créent une situation « sous tension » qui a nécessité l'élaboration d'un plan d'action régional sur les urgences (PARU).

Certes, depuis plusieurs années des actions ont été mises en place, dont certaines ont eu valeur d'exemple : régulation régionale de l'AMU en Franche-Comté, régulation libérale sur la même plateforme en partenariat avec l'ACORELI, GCS urgence et ORU, médecins correspondants de SAMU dans certaines zones rurales, mise en place de l'hélicoptère sanitaire doublant celui de la Protection civile.

En dépit de toutes ces mesures, le Doubs compte encore de nombreux secteurs se situant à plus de 30mn d'un service d'urgence et les SAU restent « sous tension ».

Dans ce contexte, il convient tout particulièrement :

- de maintenir une permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans tous les secteurs ;
- de favoriser la prise en charge des « petites urgences » par les professionnels de proximité, en particulier au sein des maisons de santé pluridisciplinaires et de recenser ces possibilités dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- d'informer le citoyen sur les degrés de l'urgence et les moyens d'y répondre, (15, régulation libérale...) ;
- de préserver la permanence des soins des établissements de santé (PDES) en particulier dans le domaine médico-technique (imagerie, biologie) ;
- d'améliorer les conditions d'accueil des services d'urgence (délais et expertise) ;
- de maintenir et développer les soins urgents spécialisés : pédiatrie et santé mentale.



Parcours addictions

Il est indispensable de débiter la prévention aux addictions dès le plus jeune âge. A cet effet, la collaboration avec l'Education nationale doit être privilégiée dès la primaire, et des actions de proximité au sein des établissements scolaires, dans tous les secteurs du territoire, sont nécessaires.

Il conviendrait également de mieux former les médecins de proximité à la prise en charge des addictions en s'appuyant sur les structures existantes.

L'offre de structures d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des patients porteurs d'addictions est concentrée (CSAPA, CAARUD...) sur les trois pôles urbains (Besançon, Montbéliard, Pontarlier). Des consultations avancées et des permanences déportées existent sur les autres territoires mais des zones blanches demeurent. Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer le maillage de l'offre médicosociale. Par ailleurs, le Doubs ne dispose d'une filière hospitalière de niveau 2 s'intégrant dans un niveau 3 à l'échelle de l'ex Franche-Comté, pilotée par le CHRU de Besançon. Cette filière est à développer.

Enfin, il serait utile d'exercer, en partenariat avec les autorités judiciaires et de police, une vigilance accrue sur l'existence de trafics de stupéfiants dans les établissements scolaires, étant entendue que cette compétence ne relève pas de l'Agence régionale de santé.



Coopérations hospitalières

Le GHT centre Franche Comté, regroupe, autour du CHRU, établissement support, 10 établissements membres, sanitaires et médico-sociaux, dont certains situés au-delà de son territoire (CH de Dole et Gray). Le CTS souhaite que le projet médical partagé, reposant sur des équipes médicales mutualisées, améliore l'accès et l'efficacité des prises en charge, en mettant en place de véritables parcours de soins, associant les secteurs sanitaires et médico-sociaux, avec un dossier médical commun.

Dans le domaine de la psychiatrie, il souhaite, qu'à défaut de l'intégration du CHS de Novillars, dans le GHT « centre Franche Comté », le projet médical partagé de celui-ci, soit élaboré de concert avec celui du GHT psychiatrie (CHS de Novillars et Dole), car la psychiatrie constitue un élément à part entière des parcours de soins offerts à la population.

Il souhaite enfin que ce groupement fonctionne dans le respect de l'autonomie des établissements membres et dans le cadre d'une coopération librement consentie par chacun des membres.



Parcours développement de l'enfant et parcours maternité - parentalité

Ces deux parcours sont liés.

C'est dès le début de vie qu'une attention particulière des futurs parents est primordiale afin de permettre la prévention de troubles psycho-affectifs de l'enfant.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs qui interviennent dès cette période, est indispensable pour faciliter le dépistage et prévenir la progression des troubles des jeunes.

Le dépistage des troubles des apprentissages de l'enfant reste encore tardif, principalement du fait d'une quasi absence de formation initiale des médecins sur ces sujets, et malgré les outils mis à disposition par l'Assurance maladie.

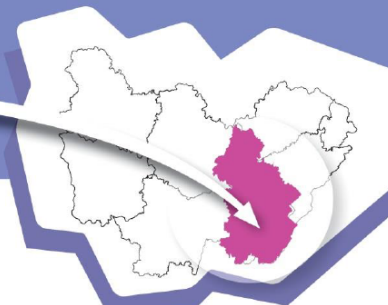
Il semble également indispensable de former les professionnels qui interviennent autour de cette jeune population (personnels de cantine, enseignants, animateurs socio culturels et sportifs...) au dépistage des troubles, mais aussi à l'accompagnement des familles et à la valorisation des comportements favorables au développement de l'enfant et de ses compétences psycho-sociales.

Un travail sur la prise en compte des dimensions psychiques passant par un meilleur repérage, une prévention et un meilleur accès aux soins psychiques, est indispensable.

Enfin et pour garantir la qualité et la sécurité des naissances, tout en préservant une offre de proximité, il paraît important de renforcer encore la coopération et les complémentarités entre les maternités publiques (CHRU de Besançon, CH de Pontarlier, et même CH de Dole qui fait partie du même GHT) et la maternité de la Polyclinique de Franche-Comté.

7.2.3 CTS Jura

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ
JURA

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **260 502**
9,2 % de la population BFC et 0,4 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **52**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **2 675**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **2 610**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014) : Taux annuel : **0,1 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **23,9 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **10,9 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **40,0 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **7,8 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013 : **12,3 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - maladies cardio-vasculaires : **27,3 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - cancers : **26,3 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - traumatismes et empoisonnements : **7,7 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **7,2 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **10,5 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **10,1 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : **8,3 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **7,2 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %
 - cancers : **6,3 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %



OFFRE

- On compte **14,9** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **103,0** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **9,4** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **5,4** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **10,4** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **9,8** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Jurassiens
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **18** établissements de santé dont **5** Services des Urgences et **3** maternités
- **65** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**3 720 places**)
- **47** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**1 528 places**)
- **11** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**461 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Jura

Priorités

Dix priorités ont été retenues par les membres du CTS du Jura.



Parcours personnes âgées

La démographie du département impose de diversifier et de coordonner l'offre en direction des personnes âgées. La nécessaire mesure des besoins des personnes âgées doit être abordée dans toutes ses dimensions. La cohérence entre les politiques des acteurs institutionnels est une clé de la réussite des différents volets de ce parcours : prévention de la perte d'autonomie, maintien à domicile, offre en matière d'hébergement, accès aux soins, aide aux aidants. Le développement des services et leur diversification doit reposer sur un diagnostic partagé des besoins, sur chaque territoire, et permettre une convergence des efforts des financeurs.



Parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous

Une réponse adaptée doit pouvoir être apportée, en renforçant les liaisons entre les approches sanitaires, médicosociale et sociale. Des actions ont déjà été menées sur certaines parties du territoire notamment pour permettre l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (Dispositif Handiconsult) ; elles doivent être poursuivies. Le lien et les articulations entre les services sanitaires et médicosociaux doivent être confortés.



Prévention de proximité

Les efforts en matière de prévention doivent être renforcés, notamment en direction des populations jeunes. La nécessité d'impliquer, au-delà des professionnels de santé, l'ensemble des acteurs et des relais locaux potentiels a été soulignée : collectivités, associations, établissements d'enseignement ... Le caractère rural, d'une part, importante du territoire jurassien impose de développer des actions concertées au niveau des territoires de proximité.



E-santé

Le développement de la e-santé est une nécessité non seulement pour favoriser l'accès des usagers à des soins adaptés mais aussi pour améliorer la qualité de leur suivi et de leur accompagnement. L'adhésion des professionnels de santé aux solutions proposées en matière d'échanges d'informations sécurisées, d'accès au répertoire des ressources, de suivi et d'accompagnement des parcours, de télémédecine, représente un enjeu primordial au regard de la réussite d'une politique de santé reposant sur une logique de coordination et de parcours. En outre, le Jura connaît des difficultés importantes d'accès à la médecine spécialisée, en raison d'une démographie particulièrement défavorable dans bon nombre de spécialités. Le recours à la téléconsultation ou à la télé-expertise constitue une des solutions à développer.



Education thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP doit être développée. Le vieillissement de la population du Jura, la part importante des maladies chroniques à prendre en compte sont des facteurs qui imposent de poursuivre les efforts de développement de l'éducation thérapeutique. Ce développement doit reposer sur une amélioration et une structuration de la diffusion de l'information entre les établissements sanitaires, les professionnels de santé et les patients. La nécessité de pouvoir proposer ces actions y compris en milieu rural est soulignée.



Politique en matière d'implantation des professionnels de santé

La possibilité d'accéder à des soins de premier recours est un élément prépondérant dans la réussite de la politique de santé dans la région.

Dans le Jura, la pyramide des âges des professionnels de santé, et particulièrement des médecins, est un sujet de préoccupation ; certaines zones du département, telles que le sud-ouest du département, ont une population vieillissante et sont sous-dotées en médecins de premier recours. A la problématique de la raréfaction de l'offre, s'ajoute celle de la mobilité des personnes. Des stratégies concertées, associant les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé, et les collectivités, doivent être élaborées à l'échelle des territoires d'élaboration des CLS.



Parcours précarité-vulnérabilité

Pour assurer l'égal accès à l'information et aux soins, des solutions spécifiques doivent être proposées, au plus près des populations. Les liens entre les actions spécifiques des CLS et les programmes d'action de la politique de la ville doivent être confortés. Par ailleurs les problématiques d'accès des populations précaires ou vulnérables à l'information, à la prévention et à des soins adaptés existent également, mais de manière plus diffuse sur les territoires ruraux.



Parcours nutrition-santé

La mise en œuvre des actions de cette thématique emporte des effets bénéfiques à portée générale. La priorisation de ce parcours se justifie par l'amplitude des répercussions des actions nutrition-santé sur plusieurs thématiques : diabète, maladies cardiovasculaires...



Parcours addictions

Cette thématique devra être traitée en liaison avec les actions du Projet territorial de santé mentale (PTSM). Compte-tenu du caractère rural du département, il y a nécessité à développer et à conforter un réseau de médecins et de professionnels de santé pour agir en lien avec les structures spécialisées au plus près des personnes. La recherche de points d'appui sur le territoire, notamment auprès des structures d'exercice coordonné, est également à rechercher.



Améliorer l'accès aux soins non programmés et urgents

Cette thématique doit être traitée sur les territoires de proximité, en mobilisant l'ensemble des professionnels de santé. L'articulation entre médecins de ville et services des urgences doit être organisée de manière à permettre une complémentarité des prises en charge et une amélioration des réponses en termes de soins non programmés.

7.2.4 CTS Nièvre

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ
NIÈVRE

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **215 221**
7,6 % de la population BFC et 0,3 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **32**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **1 850**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **2 964**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014) : Taux annuel : **0,1 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **20,0 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **13,9 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **40,5 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **7,4 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013 : **15,5 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - cancers : **27,8 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **27,4 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,3 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **5,6 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **13,7 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **10,5 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - cancers : **8,4 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %
 - maladies ostéo-articulaires : **7,1 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,6 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %



OFFRE

- On compte **12,0** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **98,3** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **8,6** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **4,8** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **11,8** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **11,4** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Nivernais
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **24** établissements de santé dont **4** Services des Urgences et **2** maternités
- **46** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**3 795 places**)
- **21** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**1 353 places**)
- **12** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**383 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Nièvre

Priorités

Neuf priorités ont été retenues par les membres du CTS de la Nièvre.



Prévention de proximité

Il s'agit de déployer des actions de prévention de proximité et notamment:

- favoriser les dépistages précoces : par le recours à la PMI, à la médecine scolaire et à la médecine du travail ;
- favoriser la coordination des acteurs entre le secteur social et le secteur sanitaire et favoriser le maillage territorial.

Les indicateurs de santé montrent, en effet, une situation dégradée dans la Nièvre notamment en termes de pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac. Le département présente l'un des taux standardisés de mortalité entre 2006 et 2013 les plus élevés et une espérance de vie réduite, inférieure à celle des autres départements de la région Bourgogne-Franche-Comté.

La Nièvre se démarque par une mortalité par suicide supérieure à la région de 210 décès pour 100 000 habitants contre 190 en région, une mortalité prématurée évitable des moins de 65 ans de 251 décès pour 100 000 habitants contre 200 en région et une mortalité liée à la consommation d'alcool de 91 décès pour 100 000 habitants contre 77 en région.



Education thérapeutique du patient (le patient devient le propre acteur de la prise en charge de sa pathologie)

L'Education thérapeutique du patient dans le cadre des maladies chroniques est un élément structurant et primordial de coordination entre les acteurs de la santé, compte tenu en particulier de l'état de santé de la population et de la démographie médicale.



Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits : parcours handicap : une réponse accompagnée pour tous, parcours précarité-vulnérabilité et évolution de l'offre médico-sociale

Le département de la Nièvre dispose d'un réseau associatif structuré qui a su s'adapter aux évolutions, expérimenter et innover dans le champ du handicap et de la vulnérabilité. Des travaux ont été conduits avec la Conférence nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA) et Sciences Po sur les enjeux et les attentes dans le champ des vulnérabilités.

Ainsi, le département pourrait devenir un laboratoire en créant un pôle d'excellence compétent dans ce domaine du handicap et de la vulnérabilité, sur les axes de la recherche, des nouvelles technologies, des formations et des besoins d'adaptation de la société.



Parcours cancers et maladies cardiovasculaires

Il s'agit d'assurer et renforcer des compétences d'expertise dans la Nièvre pour permettre la prise en charge de proximité auprès notamment de la population précaire. Les indicateurs de santé montrent que le département est particulièrement impacté s'agissant des cancers et des maladies cardiovasculaires.

Il est nécessaire d'attirer voire de recruter des professionnels avec des compétences sur ces deux champs et de former d'autres professionnels dans ces domaines.



Parcours addictions

La Nièvre dispose de deux établissements qui réalisent les missions de structures de niveau 1 (réalisation de sevrages résidentiels simples, activité de liaison et consultations) : le Centre hospitalier de Decize, le Centre hospitalier de l'agglomération de Nevers.

La Nièvre est l'un des trois départements de BFC qui ne dispose pas de structure de niveau 2.



Renforcer les ressources humaines du système de santé et les soins de proximité

Le département de la Nièvre est un des moins peuplés de la Bourgogne-Franche-Comté ; il représente 7,6 % de la population régionale. La densité du département est de 32 habitants au km² pour une moyenne régionale de 59. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent dans la Nièvre 13,9 % de la population totale, la moyenne régionale étant de 10,6 %.

Les effectifs en médecine générale dans la Nièvre, tous modes d'exercice confondus (libéraux, salariés ou mixtes) ont baissé de 24,9 % entre 2007 et 2016.

Certaines spécialités médicales ont connu une baisse démographique importante entre 2007 et 2016 (- 25 % pour les ophtalmologistes, - 44 % pour les psychiatres, - 43 % pour les dermatologues). Les médecins spécialistes sont situés essentiellement à Nevers et Cosne/Loire. 58 % d'entre eux ont plus de 55 ans.

L'objectif est de rendre la Nièvre attractive pour l'installation des professionnels de santé en s'appuyant :

- sur le nouveau zonage des médecins généralistes ;
- et sur le zonage à venir des médecins spécialistes.

La densité des praticiens hospitaliers est également en souffrance car la Nièvre présente le taux de vacance de postes le plus élevé de la Bourgogne Franche-Comté (80 postes vacants à l'échelle du territoire) particulièrement en psychiatrie (10 postes vacants sur 18 au Centre Hospitalier Pierre Lôo). A ce constat, s'ajoute une offre de soins inégalement répartie sur le territoire.



E. santé : développer rapidement la télémédecine

La Nièvre a développé des expérimentations de télémédecine en cardiologie, gérontologie et dermatologie. L'appel à projet initié en 2017, visant à généraliser la télémédecine dans les MSP qui le souhaitent dès 2018, a recueilli 11 candidatures qui ont toutes été retenues.

Par ailleurs, la Nièvre dispose d'une expérimentation PAERPA, lui permettant de mettre à disposition des professionnels une messagerie sécurisée (hôpital/ville) ainsi qu'une plateforme partagée autour du patient.

L'outil e-TICSS devrait être généralisé dès 2018 sur l'ensemble du département.

Le CTS souhaite généraliser la télémédecine à l'échelle du département en lien avec le GHT, la Maison des Spécialistes et les différents acteurs mobilisables (EHPAD, MSP, pharmacies...).

Etats Généraux de la Santé de la Nièvre (1^{er} mars 2018)

Propositions pour renforcer l'accès territorial aux soins

1. Renforcer l'offre de soins dans les territoires

- *Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension*
Le zonage Médecins généralistes montre que le territoire départemental est entièrement couvert pour bénéficier des aides à l'installation.
- *Faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur le territoire*
- *Développer les consultations avancées de médecins généralistes et spécialistes*
- *Créer des postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital.*
Ce dispositif concerne prioritairement les zones sous-denses.
- *Généraliser le contrat de médecin-adjoint aux zones sous-denses*
Ce contrat permet à un jeune interne d'assister un médecin en exercice.
- *Faciliter les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation*
Afin de découvrir le département et déclencher des projets d'installation.
- *Faciliter les remplacements et l'exercice mixte (salarié/libéral)*
Il s'agit d'une proposition de mesure nationale d'allègement de charges destiné à développer le dispositif de remplacement.
- *Développer les coopérations entre les professionnels de santé*
Les protocoles de délégation de tâches entre professionnels tels que le dispositif ASALEE sont à développer.

2. Mettre en œuvre de la révolution numérique en santé

- *La télémédecine :*
Le numérique permet de réaliser des actes à distance : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et téléassistance médicale. L'équipement du département devra être poursuivi et ouvert sur le secteur médico-social.
- *Faire émerger les territoires digitaux*
Le programme e-TICSS devra être déployé sur le département dès 2018.

3. Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

- *Soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné*
- *Garantir une réponse aux demandes de soins non programmés*
Des expérimentations pourront apporter une réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets.
- *Créer un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement pour l'exercice des professionnels de santé*
Une démarche régionale est engagée pour mettre en place un service partagé mobilisant les ressources des différents partenaires pour accompagner l'installation des professionnels.
- *Simplifier la prise en charge des patients en situation complexe*
C'est la mission de la plateforme territoriale d'appui (PTA) qui devra être mise en place dans le département.

4. Construire des projets et innover avec les acteurs du territoire

- *Redéfinir une nouvelle gouvernance autour d'un projet d'animation et d'aménagement du territoire par tous les acteurs du territoire*
Dans le cadre du suivi du Plan d'égal accès aux soins.
- *Expérimenter de nouvelles organisations et projets innovants*
Suite à la création d'un fonds national pour l'innovation organisationnelle, le département sera force de proposition et portera auprès de l'ARS les expérimentations locales réussies en vue de renforcer l'offre de soins de proximité.

7.2.5 CTS Haute-Saône

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ HAUTE-SAÔNE



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **218 932**
7,8 % de la population BFC et 0,3 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **42**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **2 313**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **2 168**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014)* : Taux annuel : **0,2 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **24,0 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **10,1 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **38,5 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **8,4 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013* : **14,3 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %

* Données sur le département entier.



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - maladies cardio-vasculaires : **27,6 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - cancers : **27,0 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - traumatismes et empoisonnements : **7,8 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **7,5 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **12,6 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **10,2 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : **8,1 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,5 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %
 - cancers : **5,7 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %



OFFRE

- On compte **14,8** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **84,2** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **7,3** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **4,1** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **11,1** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **9,0** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Haut-Saônois
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **11** établissements de santé dont **4** Services des Urgences et **1** maternités
- **41** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**2 560 places**)
- **29** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**1 406 places**)
- **10** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**288 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Haute-Saône

Priorités

Sept priorités ont été retenues par les membres du CTS de Haute-Saône.



Prévention

La prévention universelle s'inscrit dans une approche globale et concerne la population générale ou certains groupes. Elle vise à faire acquérir à chacun les compétences et les connaissances utiles pour préserver sa santé et adopter les comportements et faire les choix qui lui sont bénéfiques. Elle repose sur une gamme variée d'interventions à la fois sociales (modes de vie) et environnementales (conditions de vie).

Compte-tenu d'indicateurs défavorables liées à des inégalités sociales de santé notamment entre le nord et le sud du département, à la démographie médicale (limitant la diffusion de messages de prévention et nécessitant l'appropriation par la population des bons gestes et comportements), au niveau d'offre insuffisant, la prévention universelle doit être soutenue particulièrement concernant :

- le dépistage des cancers ;
- le tabac, l'alcool, les produits illicites ;
- la nutrition ;
- le suicide ;
- les accidents de la vie courante et de la route en raison d'un contexte très défavorable en Haute-Saône.

La prévention universelle se doit, par sa nature même, d'irriguer l'ensemble des parcours de santé portés par l'ARS.

La prévention, pour être pleinement efficace, s'appuie également sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elle participe à l'appropriation par la personne de sa santé et de sa capacité à en être l'acteur majeur. Le lien avec les professionnels de santé libéraux reste à améliorer notamment concernant les maladies cardio-vasculaires. L'ETP étant actuellement porté majoritairement par les établissements sanitaires.

Plus particulièrement, pour les actions de prévention relatives aux comportements alimentaires et à la lutte contre l'obésité, la promotion des activités physiques constituera un vecteur indispensable à l'amélioration du bien-être des personnes.

Le contrat local de santé (CLS) est un outil de proximité et de coordination des acteurs locaux et des actions sur le territoire. Il est en conséquence un levier de déploiement d'actions de prévention qui est à renforcer.



Attractivité territoriale des professionnels de santé

L'attractivité des professionnels de santé est conditionnée par l'attractivité du territoire. Il est important de créer les conditions favorables, les synergies et les complémentarités entre les acteurs (élus, collectivités, professionnels de santé, chambres consulaires, Assurance maladie, établissements sanitaires et médico sociaux...).

La question de la démographie médicale actuelle est désormais prégnante en Haute-Saône avec une densité en médecins généralistes et spécialistes nettement inférieure à la moyenne régionale. La question de l'attractivité des professionnels constitue donc un enjeu majeur et touche à la fois l'exercice libéral et salarié. Toutes les possibilités de recrutement doivent rester ouvertes pour construire des parcours professionnels adaptés à des projets plus personnalisés, y compris dans le cadre d'un mode d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital. Les médecins ont besoin de diversifier leurs fonctions ou de concilier des modalités d'exercice différentes pour enrichir les pratiques professionnelles.

L'accès à un plateau technique moderne, le travail en équipe, la proximité dans la relation avec les autres professionnels, avec la ville, sont indissociables pour constituer une offre de qualité satisfaisante en Haute-Saône, à l'hôpital et en libéral. Ces conditions sont étroitement liées au maintien de toutes les spécialités médicales, chirurgicales et médicotéchniques, y compris durant les périodes de la permanence des soins, ainsi que dans le déploiement d'un environnement technique de haut niveau. Un engagement qui exige un réel effort dans l'acquisition et le renouvellement des équipements biomédicaux.

En soutien, des équipes mobiles, en gériatrie, en dermatologie, en infectiologie... auront à se déployer pour assurer un accès rapide à la consultation, l'expertise ou la formation.

Disposer au niveau du territoire de toutes les infrastructures techniques et de tous les professionnels de spécialités requis, justifie également de pouvoir proposer aux internes des terrains de stage adaptés à leur cursus de formation, en particulier pour les trois niveaux qui composent le 3^{ème} cycle d'études.

Enfin, l'appui aux actions de coopérations entre professionnels de santé est propice à une meilleure utilisation du temps médical. Au rang des avantages de cet exercice partagé, citons le rapprochement des pratiques, l'organisation de la formation des professionnels et la prise en charge des patients dans des filières complètes.



Parcours personnes âgées

Les actions menées jusqu'à présent autour de la filière gériatrique se sont concentrées sur l'hôpital et peu sur les actions de prévention de proximité permettant l'anticipation de l'évènement aigu et la graduation des interventions. En effet, le dispositif actuellement en place ne permet pas d'offrir à la personne âgée une prise en charge graduée répondant aux besoins de proximité, mais également fluide et sécurisée en termes de continuité de parcours de soins

Cependant, le point fort réside actuellement dans l'évolution de la culture professionnelle, avec la prise de conscience de la part des professionnels de santé libéraux et hospitaliers de l'importance de la notion de parcours de santé.

La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD s'avère de plus en plus tardive. Par ailleurs, le taux d'occupation des places d'EHPAD sur le département se montre particulièrement élevé. Les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) permettent d'accueillir, en journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. La généralisation de ces pôles dans les EHPAD constitue un levier majeur pour la qualité de prise en charge des résidents.

Le maintien à domicile de la personne âgée doit être favorisé et amélioré par une meilleure coordination des différents acteurs/intervenants et dispositifs. La Plateforme territoriale d'appui (PTA) y participera. Par ailleurs, il convient de poursuivre le développement des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs et ainsi couvrir l'ensemble du département.

Le vieillissement de la population entraîne un allongement des listes d'attente en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La volonté de développer le maintien à domicile nécessite le renforcement des moyens des SSIAD pour permettre de répondre aux besoins des patients complexes et « lourds ».

Le développement de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, de plateformes de répit et de dispositifs d'aide aux aidants contribueront également à cet effort.

Les solutions d'hébergement pour personnes âgées autonomes (résidence autonomie) évoluent avec des services adaptés aux besoins de chacun. Ces résidences offrent un cadre de vie agréable avec des logements adaptés au vieillissement, tout en gardant un mode de vie indépendant. Ces structures répondent aux besoins de nos concitoyens et retardent voire évitent l'institutionnalisation en EHPAD.



Parcours handicap

Les personnes handicapées constituent des groupes hétérogènes avec des besoins de compensation des déficiences bien spécifiques et des modes de communication variés (langage simplifié, langue des signes, langage parlé complété). Ces besoins bien souvent insuffisamment pourvus rendent souvent problématiques l'accès aux soins.

L'évolution en âge des personnes en situation de handicap pose la question de leur prise en charge dans leur vieillissement. Cette dimension doit être intégrée afin d'améliorer l'orientation. Le vieillissement de la personne handicapée rejoint les problématiques du parcours personnes âgées en termes de maintien à domicile, d'aide aux aidants, d'institutionnalisation en EHPAD, nécessitant un accompagnement spécifique.

Le passage en institut spécialisé pour adultes constitue un moment délicat pour la personne, sa famille voire les aidants. Un accompagnement fort est indispensable. Par ailleurs le manque de places représente une réelle difficulté.

L'anticipation de la demande s'avère insuffisante pour mieux répondre aux évolutions des besoins de ces populations.

L'inclusion dans le milieu ordinaire tant pour les adultes que pour les enfants (milieu scolaire notamment) est une priorité. Les plans nationaux et projets régionaux doivent être déployés en prenant en considération et en s'adaptant au contexte des territoires ruraux, vastes et peu peuplés. Par ailleurs le développement de projets favorisant l'habitat inclusif doit être poursuivi.

Les personnes qu'elles soient patientes, aidantes ou professionnelles rencontrent des difficultés pour trouver l'information utile lisible permettant de bénéficier de l'aide, du support et des soins adaptés. La mise en place d'une plateforme territoriale d'appui doit concourir à améliorer les réponses attendues en termes d'offre, de coordination des intervenants, d'information...

L'accès à la prévention et aux soins des personnes handicapées hors institution constitue un véritable enjeu. L'absence ou le manque de services, que ce soit d'aide mais aussi de transports et de loisirs adaptés.... sont des facteurs favorisant l'isolement des personnes et les risques associés.



Addictions

Plusieurs équipes interviennent dans la prise en charge des addictions : ELSA (repérage précoce, orientation, prévention, formation, élaboration de protocoles de soins et de prise en charge), hospitalisation (hospitalisation de jour, hospitalisation complète intégrant des sevrages complexes sur le site de Lure), consultations externes (Lure, Vesoul). Des consultations de tabacologie sont proposées sur les trois sites et à l'unité sanitaire (maison d'arrêt). Cette offre permet au territoire de disposer d'un niveau II.

L'enjeu principal consiste à optimiser la prévention et la prise en charge des patients présentant une addiction en faisant de la filière addiction une priorité sanitaire extrahospitalière. C'est pourquoi, il conviendra de sensibiliser davantage les professionnels à la maladie addictive et aux conduites addictives, et notamment à l'intérêt du repérage précoce.



Précarité

L'amélioration de la prise en charge de la précarité demande à la fois un meilleur maillage (ville/communes rurales isolées) et une meilleure connaissance et utilisation des dispositifs sur le territoire.

L'importance d'améliorer le repérage des populations en situation de vulnérabilité (formation des professionnels) est primordiale pour l'efficacité des actions menées et l'optimisation de l'accès aux soins de ces populations.

Identifier les réseaux de prise en charge de ces populations et ainsi permettre leur accueil dans des dispositifs adaptés comme les Permanence d'accès aux soins et de santé (PASS) ou leurs antennes, sont des mesures de nature à couvrir les principaux bassins de population du territoire. Dans cette perspective, le développement d'équipes mobiles PASS pourra répondre aux besoins d'un territoire vaste (5360 km²) à faible densité de population 44 hab/km²).

Il convient de mobiliser nos efforts afin d'éviter que les concepts de précarité soient synonymes de santé précaire. Les inégalités de santé ont des origines multiples et conditionnent notamment l'accès à la prévention. Le repérage et l'accompagnement de ces populations doivent permettre d'engager des actions de prévention plus particulièrement orientées sur les problématiques de nutrition, d'addictions, sur la promotion de la vaccination, les dépistages.

La stabilité liée au logement est un prérequis. Chaque personne en difficulté d'insertion doit pouvoir s'installer dans un logement de droit commun.



E-santé

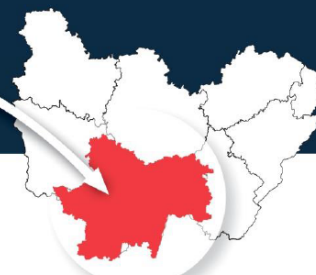
La mise à disposition d'outils d'innovation au profit de la facilitation des pratiques professionnelles et du bannissement de l'éloignement géographique des populations dans l'accès aux soins constitue une priorité pour la Haute-Saône.

L'attractivité de notre territoire se mesurera dans sa capacité à mettre en connexion tous les intervenants dans la prise en charge des patients, à domicile, à l'hôpital ou en EHPAD sous la forme d'une offre de services à destination des usagers et des professionnels s'appuyant sur un système d'information partagé.

7.2.6 CTS Saône-et-Loire

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ SAÔNE-ET-LOIRE



DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **556 222**
19,7 % de la population BFC et 0,9 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **65**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **5 511**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **6 069**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014) : Taux annuel : **0,1 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **22,2 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **12,2 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **39,3 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **7,1 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013 : **12,9 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - maladies cardio-vasculaires : **26,3 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - cancers : **26,3 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - traumatismes et empoisonnements : **7,2 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **6,2 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **11,3 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **9,8 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : **8,4 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - cancers : **7,6 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,5 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %



OFFRE

- On compte **12,9** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **100,2** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **9,9** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **4,9** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **10,7** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **12,6** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Saône-et-Loiriens
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **41** établissements de santé dont **6** Services des Urgences et **5** maternités
- **135** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**10 187 places**)
- **120** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**3 793 places**)
- **20** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**733 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Saône-et-Loire

Priorités

Dix priorités ont été retenues par les membres du CTS de Saône-et-Loire.



Prévention de proximité

Même si la mortalité évitable diminue, elle reste importante en Saône-et-Loire notamment chez les hommes et la part de certaines pathologies reste élevée. Les différents diagnostics élaborés dans le cadre des CLS ont permis d'identifier des inégalités territoriales. Les acteurs de proximité ont un rôle important à jouer en développant une culture de promotion de la santé et de prévention au plus près des territoires.



Agir sur les déterminants de santé environnementale (plan régional santé environnement)

L'air, l'eau et les aliments, le cadre de vie sont des déterminants à l'origine de nombreuses pathologies, épidémies. L'urgence à agir sur ces déterminants constitue donc un critère de choix prioritaire.



Parcours handicap

Le Parcours handicap doit être une priorité pour sortir de la logique des filières, pour garantir la cohérence et la complémentarité des accompagnements et permettre l'accès aux soins, la scolarisation, le logement, l'emploi, l'accès à la culture et aux loisirs et ainsi promouvoir l'inclusion.

Usagers, personnes en situation de handicap, parents, aidants et professionnels constatent, des défaillances dans la coordination des soins, un manque d'information, un besoin de reconnaissance d'un droit au répit. La mise en œuvre des mesures du rapport Piveteau et de la circulaire du 2 mai 2017 doit pouvoir apporter une réponse adaptée à la personne en situation de handicap.



Parcours diabète

La Bourgogne Franche-Comté est une des régions où la démographie médicale d'endocrinologues est la plus faible, où la prévalence du diabète est la plus élevée et où le nombre de diabétique ayant bénéficié d'une intensification du traitement est faible.



Parcours maladies cardiovasculaires

La fréquence et l'importance des pathologies cardiovasculaires justifient de considérer ce parcours comme prioritaire.



Parcours addictions

Les addictions figurent parmi les déterminants de santé fondamentaux pour la santé publique et la promotion de la santé des populations. En Bourgogne, l'usage régulier d'alcool et l'usage quotidien du tabac sont supérieurs à la moyenne nationale.



Politique en matière d'implantation des professionnels de santé

Il manque en Saône-et-Loire des acteurs de soins de premier et second recours dans différentes spécialités : médecine générale, ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie.

Il manque également d'autres professions de santé : dentistes, kinésithérapeutes, psychothérapeutes, diététiciens. De plus, ces professionnels de santé sont peu accessibles au public en termes financiers et en termes de proximité.



Politique de développement de l'exercice coordonné

Les acteurs du territoire ont identifiés des freins au développement de l'exercice coordonné : manque de formation des coordinatrices, dispersion de compétences au sein des différentes structures, absence d'outils permettant la coordination des soins pluri professionnels.



Coopérations hospitalières

La coopération hospitalière est un enjeu au sein d'un GHT mais également au-delà des GHT. La prise en charge des patients, au sein d'établissements publics ou privés mais aussi dans une approche croisée publique/privée dans le cadre de soins complexes ou de filières est indispensable.



Développer la e-santé

La télémédecine est déjà effective dans certains domaines. Cependant, elle pourrait se déployer rapidement dans d'autres : télé dermatologie, télé psychiatrie, télé rhumatologie.

7.2.7 CTS Yonne

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ
YONNE

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **341 383**
18,8 % de la population BFC et 0,8 % France métr.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **46**
BFC : 59 France métr. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **3 780**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **3 955**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014) : Taux annuel : **0,0 %**
BFC : -0,1 % France métr. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **23,5 %**
BFC : 23,4 % France métr. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **11,3 %**
BFC : 10,6 % France métr. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **37,0 %**
BFC : 39,2 % France métr. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **8,2 %**
BFC : 7,9 France métr. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013 : **13,9 %**
BFC : 13,0 France métr. : 14,5 %



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - maladies cardio-vasculaires : **27,2 %**
BFC : 26,8 % France métr. : 25,9 %
 - cancers : **26,9 %**
BFC : 27,2 % France métr. : 28,0 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,5 %**
BFC : 7,1 % France métr. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **6,3 %**
BFC : 6,3 % France métr. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **12,3 %**
BFC : 12,2 % France métr. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **9,1 %**
BFC : 9,4 % France métr. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : **8,0 %**
BFC : 7,7 % France métr. : 6,9 %
 - cancers : **7,7 %**
BFC : 6,9 % France métr. : 6,5 %
 - traumatismes et empoisonnements : **6,0 %**
BFC : 6,5 % France métr. : 5,4 %



OFFRE

- On compte **12,5** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 14,6 France métr. : 15,6
- On compte **86,1** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 102,7 France métr. : 101,0
- On compte **7,5** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 10,3 France métr. : 13,1
- On compte **3,9** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 5,0 France métr. : 6,4
- On compte **10,1** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 11,3 France métr. : 11,4
- On compte **10,1** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 Icaunais
BFC : 14,9 France métr. : 18,6
- On dénombre **23** établissements de santé dont **4** Services des Urgences et **2** maternités
- **74** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**5 793 places**)
- **61** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**2 395 places**)
- **14** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**635 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé - Yonne

7.2 Priorités

Neuf priorités ont été retenues par les membres du CTS de l'Yonne.



Parcours personnes âgées

Pour l'ensemble des personnes âgées, il s'agit de réduire les primo-hospitalisations et les ré-hospitalisations évitables, et de limiter les passages aux urgences.

Sept sujets méritent une attention particulière :

- Les personnes âgées en situation de handicap, y compris psychiques : Il est nécessaire de prévoir l'amélioration et l'orientation et l'accès à des soins psychiatriques adaptés pour les personnes âgées. En priorité, augmenter les capacités d'accueil non programmé pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs
- La lutte contre la poly médication inappropriée des personnes âgées doit être renforcée à domicile et à l'hôpital
- Le repérage de la fragilité de la personne âgée et le développement du recours à la plateforme territoriale d'appui (PTA)
- Le développement de la prévention en direction des personnes âgées (vaccination, éducation thérapeutique du patient, activité physique, notamment...) en cohérence et notamment avec les programmes d'actions des conférences des financeurs
- La sensibilisation des services d'aides à domicile sur les risques de : chutes et/ou mauvaise accessibilité du domicile, dénutrition et/ou déshydratation de la personne, saturnisme et/ou manque d'hygiène du domicile puis améliorer l'habitat dans des délais raisonnables pour le financement des adaptations
- Le soutien à la professionnalisation des services d'aide à domicile et leur personnel
- Une optimisation des conditions pour un soutien à domicile de qualité.



Renforcer les ressources humaines du système de santé et les soins de proximité

Il s'agit de créer les conditions optimales permettant l'accueil dans l'Yonne de tous les professionnels de santé notamment en améliorant la réactivité des différentes instances administratives lors des projets d'installation.

Trois objectifs pourraient être poursuivis :

- Mettre le plus tôt possible durant leurs études les futurs professionnels de santé au contact de leurs futures conditions d'exercice dans l'Yonne : développer les stages de deuxième cycle en médecine générale et l'accueil d'internes en médecine dans le département
- Accroître l'attractivité professionnelle pour faire face à des besoins de recrutement importants
- Faciliter le développement de l'exercice coordonné sous toutes ses formes.



Plan d'action régional sur les urgences - PARU

Les acteurs du territoire souhaitent le maintien des moyens de transport dont aérien ainsi que le maintien sur le territoire des actuels centres de réception et de régulation des appels (CRRA 15). Concernant les soins programmés, il s'agit de soutenir la mise en œuvre de Communautés professionnelles territoriales de santé.



Parcours adolescents et jeunes adultes

Il s'agit de mobiliser l'ensemble des acteurs, et notamment l'Education nationale, pour assurer prévention repérage précoce avec garantie de continuité des soins



E-santé

L'enjeu est de mettre les systèmes d'information hospitaliers et médicosociaux à niveau afin d'être en capacité de déployer les fonctionnalités d'eTICSS.

Concernant la télémédecine, l'enjeu sur le territoire de l'Yonne est de développer les usages sur les spécialités prioritaires telles que la dermatologie, la cardiologie et la gérontologie. En parallèle, il faudra communiquer sur ce déploiement de la télémédecine auprès de toutes les structures d'exercice coordonné de l'Yonne.



Education thérapeutique du patient

L'orientation souhaitée est de réduire les contraintes administratives et réglementaires pour permettre de favoriser l'organisation territoriale.



Parcours handicap

Sur ce thème, huit sujets doivent être faire l'objet de notre attention :

- La formation du corps médical à tout handicap
- L'accessibilité des cabinets des professionnels
- La scolarisation des enfants
- La formation des Assistants de vie scolaire, professeurs des écoles à l'accueil des jeunes PSH et la coordination des acteurs du sanitaire et du médico-social autour de la socialisation du jeune enfant
- La réduction des délais d'instruction des dossiers MDPH ;
- La nécessité de disposer de taxis adaptés aux PSH afin d'éviter d'augmenter les frais de transport par ambulance
- La prise en compte la problématique des enfants/adolescents en situation de handicap visuel
- Le manque d'établissements adaptés pour accueillir les PSH et notamment les plus de 60 ans et la nécessité de disposer de plus d'appartements partagés et/ou foyers regroupés.



Agir sur les déterminants de santé environnementale

Il est nécessaire de mettre en œuvre les orientations du PRSE3 ; parmi celles-ci, deux problématiques se distinguent :

- celle des dépassements des seuils sur les pesticides et les nitrates (air et eau) particulièrement prégnants dans l'Yonne ;
- celle de la pollution sonore due aux milieux ruraux, à la proximité des zones viticoles, aux grandes cultures, et aux grands axes de transport.



Prévention de proximité

Il s'agit de cibler des actions de prévention de proximité à l'échelle des territoires (en lien avec l'Education nationale, les CLS...) et porter une attention particulière à la lutte contre le tabagisme et à toutes les autres addictions, malnutrition ...

7.2.8 CTS Pôle métropolitain Nord Franche-Comté

Portrait de territoire

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ AIRE URBAINE BELFORT MONTBÉLIARD HÉRICOURT DELLE



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- Population en 2013 : **306 560**
10,9 % de la population BFC et 0,5 % France métro.
- Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2013 : **250**
BFC : 59 France métro. : 117
- Nombre de naissances en 2013 : **3 627**
- Nombre moyen de décès annuels (période 2009-2013) : **2 615**
- Variation de la population due au solde migratoire (entre 2009 et 2014)* : Taux annuel : **0,1 %**
BFC : -0,1 % France métro. : 0,1 %
- Part des personnes :
 - de moins de 20 ans en 2013 : **24,6 %**
BFC : 23,4 % France métro. : 24,5 %
 - de 75 ans et plus en 2013 : **9,1 %**
BFC : 10,6 % France métro. : 9,2 %
 - de 75 ans et plus vivant seules en 2013 : **42,0 %**
BFC : 39,2 % France métro. : 38,5 %
- Part des familles monoparentales en 2013 : **8,4 %**
BFC : 7,9 France métro. : 9,3 %
- Taux de pauvreté en 2013* : **15,1 %**
BFC : 13,0 France métro. : 14,5 %

* Données sur le département entier



ÉTAT DE SANTÉ

- Les **4 principales causes de décès** (2009-2013) :
 - cancers : **28,4 %**
BFC : 27,2 % France métro. : 28,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **26,5 %**
BFC : 26,8 % France métro. : 25,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **7,0 %**
BFC : 7,1 % France métro. : 6,8 %
 - maladies respiratoires : **5,7 %**
BFC : 6,3 % France métro. : 6,4 %
- Les **5 motifs principaux d'hospitalisations** (2013-2015) :
 - maladies de l'appareil digestif : **13,3 %**
BFC : 12,2 % France métro. : 13,0 %
 - maladies cardio-vasculaires : **9,1 %**
BFC : 9,4 % France métro. : 8,8 %
 - maladies ostéo-articulaires : **7,0 %**
BFC : 7,7 % France métro. : 6,9 %
 - traumatismes et empoisonnements : **5,9 %**
BFC : 6,5 % France métro. : 5,4 %
 - cancers : **5,9 %**
BFC : 6,9 % France métro. : 6,5 %



OFFRE

- On compte **13,0** médecins généralistes salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 14,6 France métro. : 15,6
- On compte **85,1** infirmiers salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 102,7 France métro. : 101,0
- On compte **7,3** masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 10,3 France métro. : 13,1
- On compte **5,0** chirurgiens-dentistes salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 5,0 France métro. : 6,4
- On compte **10,7** pharmaciens salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 11,3 France métro. : 11,4
- On compte **12,4** médecins spécialistes salariés et libéraux pour 10 000 habitants
BFC : 14,9 France métro. : 18,6
- On dénombre **12** établissements de santé dont **1** Services des Urgences et **1** maternités
- **29** établissements peuvent accueillir des personnes âgées (**2 471 places**)
- **34** établissements peuvent accueillir des adultes handicapés (**1 652 places**)
- **16** établissements peuvent accueillir des enfants handicapés (**599 places**)

Sources & définitions : voir document annexe

Conseil territorial de santé – Aire Urbaine Belfort Montbéliard Héricourt Delle

Priorités

Dix priorités ont été retenues par les membres du CTS du Pôle métropolitain Nord Franche-Comté.



Prévention universelle

La prévention universelle s'inscrit dans une approche globale et concerne la population en générale ou certains groupes sans tenir compte des risques individuels. Elle vise à faire acquérir à chacun les compétences et les connaissances utiles pour préserver sa santé et à mettre à disposition les ressources qui permettront de faire des choix favorables à la santé. Elle renvoie à l'idée de la promotion de la santé.

La prévention universelle est transversale à plusieurs parcours qu'ils soient par pathologie, par thématique ou populationnel.

Compte tenu notamment, du profil du territoire NFC, des données démographiques et socio-économiques, du taux de pauvreté, des populations incluses dans la politique de la ville, du taux de mortalité générale constatés, le CTS a fait le choix de retenir la thématique de la prévention adaptée aux besoins spécifiques de chaque public, en coordination avec les différents acteurs concernés et des interventions de qualité. Les actions de prévention sont en effet portées par de multiples acteurs et bénéficient de financements divers alloués souvent plus en fonction de l'offre qu'en fonction des besoins. Cela conduit à une couverture très hétérogène des territoires en matière de prévention qui contribue aux inégalités de santé. Il convient de changer l'approche et de construire une offre de prévention de qualité accessible à tous.



Prévention de proximité

Les acteurs du territoire NFC ont défini 3 axes de travail sur la thématique de la prévention et de la promotion de la santé :

- le partage d'une culture commune entre tous les acteurs (opérateurs et institutionnels) en développant des rencontres pluri professionnelles pour partager des connaissances, coordonner des projets ;
- le développement des compétences psychosociales (CPS) à destination des jeunes ;
- la déclinaison du Plan national nutrition santé (PNNS).



Agir sur les déterminants de santé environnementale

Le système de santé compte pour 12 à 20 % sur l'état de santé d'une population. Les 80 % restant se jouent hors du système de santé : la santé est majoritairement influencée par des facteurs et déterminants environnementaux, économiques et sociaux.

Il est donc essentiel, au regard des enjeux identifiés sur le périmètre du Pôle métropolitain, de renforcer l'offre de prévention primaire en santé publique en agissant sur les leviers environnementaux selon une acception large (facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux, esthétiques), en lien avec les objectifs du PRSE 3.

De multiples enjeux ont été identifiés sur le territoire du Pôle métropolitain avec notamment :

- la qualité de l'air extérieur :
 - o en s'appuyant sur le plan de protection de l'atmosphère qui vise à lutter contre les dépassements des valeurs de qualité d'air pour les particules fines,
 - o en luttant contre la présence d'ambrosie qui constitue également un facteur de risque sanitaire ;
- la qualité de l'air intérieur : le Pôle métropolitain est situé dans des zones classées à risque radon ;
- les enjeux liés à l'urbanisme / sites et sols pollués compte-tenu du passif industriel du territoire qui implique de mobiliser des actions d'information et de prévention à l'occasion de requalification de sites avec des usages sensibles (ex : écoles, crèches, lotissements) ;
- les risques sanitaires liés au bruit, selon une approche chronique et aigue ;
- les risques sanitaires liés à l'eau potable, selon une approche qualitative et quantitative avec une obligation de sécurisation de l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ;
- la nécessaire adaptation, en milieu urbain dense, aux changements climatiques en intégrant d'une part la lutte anti-vectorielle et la mise en place de solutions urbaines visant à protéger les populations urbaines des îlots de chaleur ;
- l'amélioration de l'habitat en améliorant le dispositif de lutte contre l'habitat indigne et les risques sanitaires associés.



Parcours personnes âgées

Cette approche par parcours permet d'avoir une approche populationnelle et non thématique intégrant l'ensemble des acteurs intervenant, à un moment ou à un autre, dans le parcours de santé de la personne âgée (PA) de 75 et plus habitant un territoire défini.

Sur le territoire, dans le cadre de l'accompagnement de la PA à domicile, différents axes de travail ont été retenus pour améliorer la prise en charge et répondre à la demande de maintien à domicile des personnes âgées :

- l'amélioration de la coordination des professionnels intervenant au domicile ;
- le développement des missions des intervenants à domicile ;
- la promotion de l'offre de prévention en développant des actions collectives sur tous les territoires (ruraux) pour préserver l'autonomie des personnes âgées (travail avec la conférence des financeurs) ;
- la prévention sur les mésusages des médicaments ;
- l'accompagnement et la formation des aidants.

Corollaire du soutien à domicile, l'accueil en établissement médico-social doit également être adapté à l'évolution de l'âge, à l'état de santé et de dépendance des personnes âgées accueillies par :

- l'adaptation de la prise en charge des PA en établissement ;
- l'amélioration de la coordination des acteurs ;
- la réduction des hospitalisations évitables et limitation des passages aux urgences.

L'organisation d'une filière gériatrique sur le territoire NFC en lien avec les équipes d'évaluation à domicile sera une réelle plus-value dans ce parcours de santé.



Parcours des personnes en situation de handicap

Le Pôle métropolitain Nord Franche-Comté est couvert par une offre médicosociale pour enfants et adultes handicapés globalement satisfaisante et diversifiée en termes de type des handicaps.

Les travaux engagés sur le parcours PH par les acteurs du territoire NFC, ont défini trois axes de travail :

- la facilitation du recours aux soins à l'hôpital et en médecine de ville ;
- la coordination des acteurs ;
- l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap tant à domicile qu'en structure.



Parcours précarité – vulnérabilité

Un des défis majeurs à relever est de répondre aux besoins de santé des plus démunis. Le territoire NFC présente un taux de pauvreté supérieur à la moyenne régionale et compte 13 quartiers prioritaires politique de la ville (QPV) représentant + 12% de la population totale. Il peut être considéré comme potentiellement fragile. Les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité doivent bénéficier d'actions d'éducation pour la santé qui leur permettent d'avoir des comportements individuels et collectifs favorables à leur santé. Un travail doit être réalisé pour l'adaptation et la personnalisation de l'accompagnement vers la santé.

Un projet d'espace mobile de santé (milieu rural et semi-rural) est en cours de construction en étroite concertation avec les élus des communes ciblées, les partenaires sociaux, les partenaires de la santé.



Parcours neurologie

L'ensemble des opérateurs des Parcours Neuro (AVC-TM-TC / PMND) du Pôle métropolitain Nord Franche-Comté (Représentants URPS Médecins, URPS Kinés, URPS Orthophonistes, URPS IDE, SAAD, SSIAD, CHNFC, CMPR, SAMSAH, MAS...) conviennent de l'objectif de formaliser en 2018 une convention d'engagements réciproques permettant de renforcer la pertinence des orientations et la fluidité des parcours en identifiant les évolutions nécessaires à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

L'analyse consensuelle des difficultés actuelles invitent à retenir les objectifs énoncés au sein du projet médical du Groupement hospitalier de territoire NFC relatifs à la filière AVC. Apparaissent également comme des évidences : le développement de l'activité d'hospitalisation de jour de rééducation (en particulier pour les pathologies neurodégénératives), l'intérêt de pouvoir mobiliser l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation, la réflexion à mener autour de la notion d'équipe mobile pluridisciplinaire, l'enjeu de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social dans la capacité à instruire les dossiers MDPH dans le rythme du sanitaire, le développement des capacités du SAMSAH et de la MAS dédiés aux cérébrolésés, l'accent particulier à mettre sur les patients Parkinson et SLA....



Renforcer les ressources humaines du système de santé et les soins de proximité

Du point de vue de l'offre de soins de premier recours, et en particulier pour les médecins généralistes libéraux, la situation du nord Franche-Comté est celle d'un territoire urbain dense avec une offre s'appuyant sur des cabinets libéraux bien répartis dans l'ensemble des communes les plus peuplées et sur plusieurs dispositifs d'offre coordonnée (maisons de santé pluridisciplinaires).

En 2016, le territoire compte 273 médecins généralistes ayant une activité libérale dont 60 % ont 55 ans et plus (soit 4 points de plus que la moyenne régionale qui est de 56 %). A noter que 81 médecins généralistes (sur 273) risquent de cesser leur activité dans les 5 ans à venir, soit 1/3 des médecins en exercice à ce jour. La densité en médecins généralistes pour 100 000 habitants est certes conforme à la densité régionale soit 89 pour 100 000 habitants mais présente des fragilités à court terme. Cependant, eu égard à l'âge des médecins, le territoire sera fragile à 5 ans.

Afin d'anticiper cette dégradation annoncée, le plan de renforcement pour l'accès territorial aux soins devra faire l'objet d'une déclinaison locale.

La promotion du territoire NFC devra être faite auprès des internes et des jeunes professionnels en valorisant notamment le plateau technique de l'HNFC.

L'attractivité du territoire qui est un élément déterminant pour l'attractivité des professionnels de santé se construit avec les acteurs du territoire qu'ils soient médicaux, économiques, culturels, politiques...

Du point de vue de l'offre en médecins spécialistes libéraux, le calcul de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins de différentes spécialités fait apparaître des situations contrastées. Le Nord Franche-Comté est mieux doté que la région Bourgogne Franche-Comté en cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologues ou pneumologues mais est au contraire moins doté que la région en gynécologues médicaux, ophtalmologistes et pédiatres.

Des solutions comme la télé expertise, l'organisation de consultations avancées entre l'Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC) et des sites périphériques et des recherches de coopérations sur certains parcours de soins (ophtalmologie et gynécologie) sont en cours de développement.



Plan d'actions régional sur les urgences (PARU)

Dans le contexte territorial du NFC avec la réorganisation hospitalière unique sur le site de Trévenans (HNFC), un travail majeur est à faire au niveau local dans le cadre des relations ville / hôpital :

- amélioration de l'accès aux soins urgents par un bon fonctionnement de la régulation médicale hospitalière par une meilleure connaissance entre régulateurs et effecteurs locaux ;
- organisation d'une offre alternative aux urgences (en PDSA et journée) en identifiant les ressources et compétences du territoire et en organisant les circuits de prise en charge pour éviter que tous les transports régulés (AMU) soient dirigés au SAU ;
- mise en œuvre d'une réponse avec la médecine de ville pour éviter la saturation des urgences (consultations non programmées accessible à la médecine de ville et au service des urgences ;
- éducation et formation de la population à la consommation de l'offre de soins.



Développer l'e-santé

Le CTS du Pôle métropolitain Nord Franche-Comté identifie la mise en œuvre de la politique régionale e-santé comme une condition essentielle à l'atteinte des objectifs du Projet régional de santé.

La capacité à échanger rapidement et en toute sécurité des informations relatives aux personnes accompagnées entre les professionnels est un enjeu essentiel de la qualité de la prise en charge.

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

SOURCES & DÉFINITIONS



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES GLOBALES

- Population
- Densité de la population
- Nombre de naissances
- Part des personnes âgées de moins de 20 ans
- Population
- Part des personnes de moins de 20 ans
- Part des personnes de 75 ans et plus
- Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules
- Part des familles monoparentales

- Nombre annuel moyen de décès
Inserm CépiDC (2009-2013)

Insee RP 2013

≡ DÉFINITIONS

Le **solde migratoire** est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année, indépendamment de leur nationalité.

Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative ; le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.



ÉTAT DE SANTÉ

- Causes de décès
Inserm CépiDC (2009-2013)
- Motifs d'hospitalisations
Atih PMSI (2013-2015)

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ SOURCES & DÉFINITIONS



- Densité professionnels de santé
Drees / ASIP Santé, Adeli 2016, RPPS 2016 ; Insee (RP 2013)

- Établissements de santé
Drees, ARS – Finess, SAE (2016)

Secteur public :

- Centre hospitalier régional, Centre hospitalier universitaire (CHR, CHU)
- Centre hospitalier (CH)
- Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)
- Autre unité du service publique (centres de radiothérapie, établissements du service de santé des armées, syndicats inter-hospitaliers, établissement sanitaires des prisons, établissements GCS (Groupement de coopération sanitaire) publics)

Secteur privé :

- Établissement de soins de courte durée
- Centre de lutte contre le cancer
- Établissement de lutte contre les maladies mentales
- Établissement de soins de suite et de réadaptation
- Centre de dialyse
- Autre établissement privé (Services d'hospitalisation à domicile, établissements GCS)

- Établissements pour personnes âgées (hors services)
Drees, ARS – Finess (novembre 2017)

- EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- Logement foyer
- EHPA (Établissement d'hébergement pour personnes âgées)
- USLD (Unité de soins de longue durée)

- Établissements pour adultes et enfants handicapés (hors services)
Drees, ARS – Finess (novembre 2017)

Établissements Adultes :

- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Foyer de vie
- Foyer d'hébergement
- Foyer polyvalent
- Établissement expérimental
- Centre de réinsertion professionnelle
- Centre de préorientation
- Unité d'Évaluation
- Réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle
- Établissement et services d'aide par le travail (ESAT)
- Entreprise adapté (EA)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapé (SAMSAH)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Établissements Enfants (hors services) :

- Institut médico-éducatif (IME)
- Établissement enfants-adolescents polyhandicapés
- Institut thérapeutique, éducatif, pédagogique (ITEP)
- Institut d'éducation motrice (IEM)
- Établissement pour déficients sensoriels
- Établissement expérimental

* PRÉCISIONS

Pour les départements du **Doubs (25)** et de la **Haute-Saône (70)**, les communes présentes dans le Pôle Métropolitain Nord Franche-Comté sont retirées du calcul des indicateurs.

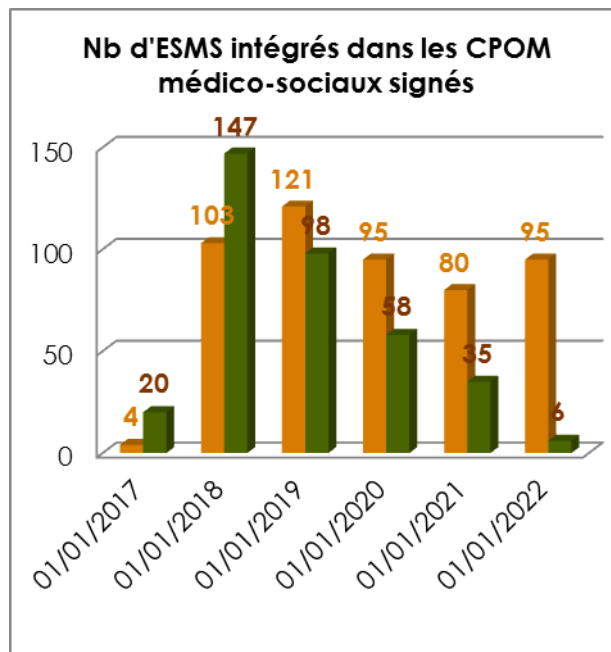
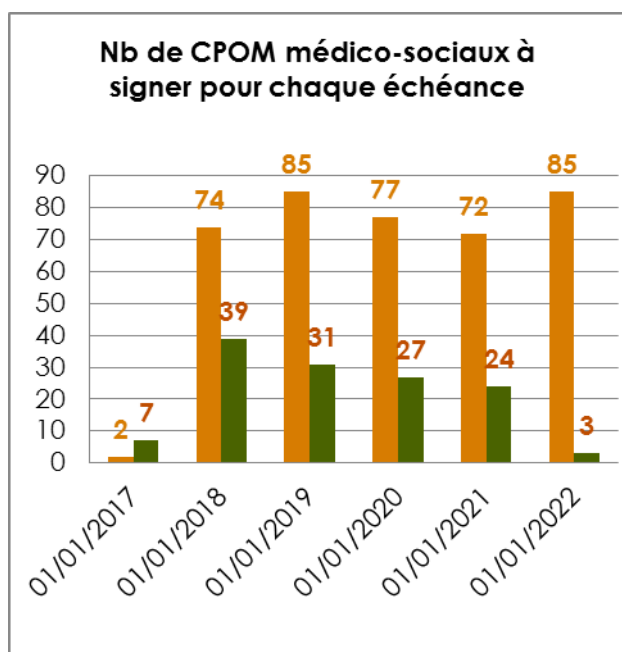
7.3 Coopération et contractualisation

7.3.1 Contexte et problématisation

Les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux ont vocation à participer à la déclinaison du SRS. Le Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) traite des modalités d'articulation entre l'offre hospitalière et l'offre médico-sociale ainsi que de la participation des établissements et services aux actions de prévention. Il constitue le principal outil de déclinaison des orientations du Schéma régional de santé (SRS) et par son intermédiaire, participe à la transformation et évolution de l'offre.

Les structures publiques définissent actuellement les projets médicaux partagés (PMP) des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) auxquels ils appartiennent.

La région Bourgogne-Franche-Comté compte 172 CPOM avec les établissements de santé et les titulaires d'autorisation dont les dates de renouvellement s'étalent du 08/09/2017 au 31/12/2020. Au niveau du secteur médico-social, la réforme de la contractualisation induit la mise en œuvre de plus de 870 CPOM sur 5 ans, dont plus de 500 en lien étroit avec les Conseils Départementaux. Un des enjeux est de réussir à mener la réforme en 5 ans dans le respect des particularités de chaque ESMS, sans standardiser la démarche et tout en facilitant le suivi de contrat.



7.3.2 Objectifs généraux

Afin d'être en cohérence avec le SRS et les PMP des GHT, un avenant de prolongation sera transmis à tous les établissements sanitaires dont le CPOM arrive à échéance avant le 1^{er} janvier 2018 et les négociations seront échelonnées sur 2018. Au préalable, un travail sera réalisé pour permettre de simplifier le contenu des contrats et permettre ainsi un meilleur suivi et une évaluation. Cette période permettra également de définir pour chaque acteur des objectifs en adéquation avec le schéma visant à garantir l'accès aux soins et la permanence des soins à l'ensemble de la population de Bourgogne Franche-Comté.

L'objectif est, pour chaque ESMS, de disposer d'un contrat signé au 1er janvier 2022, adapté à la situation de chaque gestionnaire et répondant aux besoins identifiés sur le territoire desservi. Pour répondre à cet objectif, les CPOM s'appuient sur une stratégie régionale connue et partagée avec les Conseils Départementaux, les fédérations et la CRSA.

La programmation médico-sociale répond à un objectif de performance en priorisant les ESMS :

- Dont le précédent contrat ou la précédente convention tripartite est caduque ou risque de le devenir rapidement de manière à maintenir une démarche d'amélioration pérenne
- Dont la situation nécessite une restructuration, une transformation ou une évolution rapide.

La transformation de l'offre (sanitaire vers médico-sociale ou médico-sociale vers médico-sociale) est prioritairement orientée en faveur de l'inclusion et le soutien à domicile.

7.3.3 Articulation

Au niveau sanitaire, les objectifs des établissements devront être en adéquation avec ceux du Plan pour l'Efficiencia et la Performance du Système de Santé (PEPSS). Le CPOM sanitaire devra s'articuler avec le Contrat d'Amélioration de la qualité et de l'efficiencia des soins. Tous ces éléments sont conduits en étroite collaboration avec l'Assurance Maladie.

En externe, les CPOM médico-sociaux donnent lieu à la mise en œuvre d'articulations avec :

- les Conseils Départementaux pour les gestionnaires qui disposent d'établissements ou services sous compétence départementale ;
- les nombreux partenaires de la coordination et de l'intégration : Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), CLIC, MAIA, Plateforme Territoriales d'Appui (PTA) ;
- l'Education Nationale pour les structures accompagnant des enfants et adolescents en situation de handicap ;
- les acteurs du développement et de l'insertion professionnels en faveur des publics adultes en situation de handicap ;

- le secteur sanitaire pour les structures rattachées mais pas uniquement : HAD, secteur psychiatrique, accompagnement à la fin de vie, accueil et accompagnement des personnes en situation de handicap lors de séjours sanitaires, relations sanitaires / médico-sociales dans le cadre des plans d'urgence, ... sont autant d'opportunités d'amélioration des prises en charge utiles à tous.

Notons que la démarche CPOM dans le médico-social implique un certain nombre d'interactions avec les travaux connexes en cours au niveau national.

Ces interactions induisent de fait des adaptations à prévoir en amont, pendant ou en cours de CPOM dans les établissements et services médico-sociaux.



7.3.4 Transversalité

Secteur sanitaire : lien avec les parcours, coordination avec les CPOM médico-sociaux.

Le secteur médico-social a établi sa stratégie régionale en lien avec les directions métiers de l'ARS et différents parcours / projets prioritaires :

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
 - o Fiche 2.1 : Parcours Personnes âgées
 - o Fiche 2.2 : Parcours Handicap : une réponse accompagnée pour tous
- Fiche 3.1 : Parcours santé mentale et psychiatrie
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
- Fiche 7.1 : Territorialisation

7.4 Développer la participation citoyenne pour renforcer la démocratie en santé

7.4.1 Contexte et problématique

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 renforce la démocratie en santé et renforce les droits des patients :

- en affirmant que la politique de santé comprend l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire des associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé ;
- en associant les usagers à l'élaboration de la politique de santé et de renforcer les droits individuels et collectifs ;
- en introduisant de nouveaux droits individuels et collectifs et en prévoyant des dispositifs pour faire valoir les droits des usagers.

En parallèle, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 confère aux personnes âgées accueillies ou accompagnées en établissements ou services de nouveaux droits et libertés.

L'ARS BFC doit renforcer son partenariat et le dialogue avec l'ensemble des parties prenantes : les usagers, les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements sanitaires et médico-sociaux et les élus des collectivités territoriales dans le cadre des instances de démocratie sanitaire « officielles ». En parallèle, pour une démocratie en santé renforcée au sein des territoires, elle doit également explorer de nouvelles formes de participation citoyenne. C'est dans l'interaction entre ces deux formes de démocratie (représentative et participative) qu'émergeront les propositions les plus pertinentes issues de la société civile.

7.4.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : Renforcer et développer la place et le rôle des instances de démocratie en santé officielles en développant le pouvoir d'agir individuel et collectif de leurs membres

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Former les représentants des usagers (RU) des instances de démocratie en santé, des conseils de vie sociale (CVS) et des commissions des usagers (CDU)
- Identifier et valoriser les bonnes pratiques : Permettre les échanges de pratiques entre les instances

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation de journées régionales des RU des établissements de santé
- Organisation de rencontre inter CVS

- Développer de nouvelles formes de participation des membres des instances

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Mise en place de groupes ad hoc en complément des commissions réglementaires
- Mise en place d'une structure de coordination des instances de démocratie en santé
- Mise en place d'une instance de dialogue (CRSA/CTS/France assos santé)

- Informer les citoyens de l'existence, du rôle et des avis et résultats de ces instances

Résultats attendus :

- Un site internet <http://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/> systématiquement utilisé par les instances de démocratie en santé



Objectif général n°2 : Promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé

Cet objectif se décline en 3 objectifs opérationnels :

- Former les représentants des usagers ainsi que les professionnels et futurs professionnels sur les dispositifs de défense des droits pour leur permettre d'orienter les personnes
- Identifier et valoriser les bonnes pratiques

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Organisation du Label droits des usagers
- Mise en place d'un réseau des droits des usagers (défenseur des droits, personnes qualifiées...)

- Informer les citoyens de leurs droits en matière de santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Journée européenne des droits des usagers, web reportage, affichage



Objectif général n°3 : Développer la culture de la participation des usagers et des citoyens aux projets de santé et à l'organisation du système de santé dans notre région

Cet objectif se décline en 4 objectifs opérationnels :

- Rendre accessible les questions de santé au plus grand nombre et se donner les moyens de recueillir les avis des acteurs

Exemple d'actions :

- Grilles de recueil des ressentis des usagers et des professionnels

- Identifier et valoriser les bonnes pratiques de participation au-delà du champ de la santé

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Parangonnage avec les autres régions, le niveau national, et avec les acteurs de la démocratie participative sur d'autres thèmes (collectivité territoriale, environnement...)

- Expérimenter de nouvelles formes de participation citoyenne

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Débats publics, jury citoyens, conférence de consensus, diagnostics partagés
- Utilisation des outils numériques comme activateur de la démocratie en santé

Par ailleurs si la participation des usagers est encadrée dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, aucun texte ne la prévoit dans le champ ambulatoire. Une réflexion devra être portée pour développer la participation des habitants en santé de proximité.

- Rendre compréhensible la politique régionale de santé pour permettre au citoyen de se l'approprier et de développer son pouvoir d'agir

Exemple d'actions (liste non exhaustive) :

- Développement de la production de documents utilisant la méthode « facile à lire et à comprendre »
- Conférences utilisant des approches non conventionnelles (conférences gesticulées ...)

7.4.3 Indicateurs

- Taux de participation globale et par collège des membres de la CRSA
- Nombre d'interventions des personnes qualifiées désignées par l'ARS

7.4.5 Articulation

- Collectivités territoriales
- Associations
- Défenseur des droits
- UNAASS
- EHESP
- France assos santé BFC
- Institut pour la démocratie en santé (IPDS),
- Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

7.4.6 Transversalité

La participation des usagers à la réflexion et à la mise en œuvre des actions devra être systématisée à l'ensemble des thématiques, parcours et projets de l'agence.

- Partie 1 : Prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé
- Partie 2 : Accompagner les personnes fragiles dans leur autonomie et le respect de leurs droits
- Partie 3 : Se mobiliser fortement sur la santé mentale
- Partie 4 : Fluidifier les parcours de santé pour mieux accompagner les usagers
- Partie 5 : Faire évoluer l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins
- Fiche 7.1 : Territorialisation
- Fiche 7.2 : Priorités par territoire de démocratie sanitaire

7.5 Observation des données de santé et évaluations du PRS

7.5.1 Observation des données de santé

7.5.1.1 Contexte et problématique

Au sein du projet régional de santé sont déclinés de multiples processus visant à l'atteinte d'objectifs de natures différentes en mobilisant tous les acteurs de la région. Il y a là un défi en termes de pilotage et d'évaluation auquel des outils et des démarches pour l'observation de la santé et de l'organisation du système de santé doivent répondre. Cette réponse doit s'appuyer sur des données partagées et disponibles dans un cadre validé.

7.5.1.2 Objectifs généraux



Objectif général n°1 : disposer d'un état des lieux au lancement du projet

L'ORS s'est vu confier en 2016 la mission de réaliser un diagnostic initial. Ce diagnostic est thématique et vise, pour chaque thème, à mettre en lumière les spécificités régionales en matière de déterminants de l'état de santé et à faire le point sur l'offre de santé (équipement et actions de prévention). Les 14 thèmes traités sous forme de fiches dans ce diagnostic sont les suivants :

- 6 thèmes « population » : personnes âgées, maternité parentalité, petite enfance/enfance, adolescents et jeunes adultes, personnes en situation de handicap, précarité-vulnérabilité.
- 7 thèmes « pathologies » : cancer, santé mentale et psychiatrie, nutrition santé, diabète, maladies cardiovasculaires, neurologie, addictions
- 1 thème environnement : plan régional santé environnement 3.



Objectif général n°2 : définir les modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs des projets thématiques, parcours ou schémas

Les chefs de projet responsables des thématiques, des parcours, des schémas s'inscriront dans une démarche évaluative visant, en fonction des objectifs qu'ils auront défini, à déterminer les questions évaluatives qui en découlent et les réponses qui pourront leur être apportées à travers le suivi d'indicateurs quantitatifs ou qualitatifs.

La section Pilotage du PRS de cette partie apporte plus de détail sur cette démarche évaluative. Après une étape de structuration de la démarche d'évaluation et le travail des chefs de projets sur les objectifs à suivre, un appui statistique est proposé pour déterminer les sources permettant de répondre à la question de leur atteinte.



Objectif général n°3 : mobiliser et mettre à disposition les données permettant l'alimentation et la mise à jour en continu des indicateurs retenus

- Mobiliser les systèmes d'information accessibles par l'ARS ou en développant des partenariats pour disposer des données les plus fines et les plus à jour :
 - données sur le recours aux soins ambulatoire ou hospitaliers : SNIIRAM (Système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie), PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information) et à terme SNDS (Système national des données de santé).
 - données sur l'offre issues des référentiels d'offre de soin : RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), Adeli (« Automatisation des listes »), Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)...
 - informations sur les établissements, les prises en charge et les comportements issues des enquêtes nationales : SAE (Statistique annuelle des établissements), ES (Enquête des établissements sociaux), EHPA (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), Baromètre santé...
 - données épidémiologiques : inscriptions en ALD (Affection longue durée), mortalité par causes (INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale)...
 - tableaux de bord et études sur le champ médicosocial issus de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico sociaux), du CREAI (Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité)...
 - données sur les restes à charge : Place de la santé - L'Observatoire
- Mettre en place des outils de mise à disposition des données de suivi mises en forme : l'ARS s'est doté en 2016 de l'outil SAS Visual analytics qui permettra de mettre à disposition des rapports dynamiques donnant accès à des données structurées et à jour.
- Mener des études ad-hoc pour analyser les questions complexes que les indicateurs ne permettent pas d'appréhender : études médico-économiques, simulations et scénarios permettant l'aide à la décision... Pour ce faire des partenariats, notamment universitaires, pourront être développés.

7.5.1.3 Articulation

- Assurance maladie
- ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)
- ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé)
- ORS (Observatoire régional de la santé)
- DREES
- ANAP
- CREA
- Mutualité française

7.5.2 Evaluations du PRS

7.5.2.1 Contexte et problématique

Le pilotage du PRS repose à la fois sur l'implication de l'ensemble des parties prenantes, sur un suivi régulier et sur des évaluations ciblées aux étapes clés de la vie du projet.

Concernant ce dernier point, différents types d'évaluations seront être conduites durant la durée du PRS.

Il s'agira alors de porter un jugement de valeur sur une politique, un programme, un dispositif, une organisation, une action.

Ces évaluations s'appuieront sur des observations statistiques et cartographiques fines – en région et sur les territoires – portant notamment sur les évolutions démographiques et sur l'état de santé des populations, ainsi que de l'offre globale de santé en prenant en compte les éventuels changements de contexte (politique, réglementaire...).

Elles s'appuieront également sur le diagnostic initial conduit par l'Observatoire régional de santé (ORS) en 2016, qui a servi de base à la construction de ce PRS.

7.5.2.2 Objectifs généraux



Mettre en œuvre différentes méthodes d'évaluation

Différents types d'évaluations pourront être conduites durant la durée du PRS :

- l'évaluation finale du PRS en tant que politique publique ;
- des évaluations intermédiaires portant sur des thématiques ou des dispositifs spécifiques ;
- des évaluations de dispositifs expérimentaux, préalable à toute extension ;
- des retours d'expérience formalisés.

Les diverses modalités évaluatives du PRS BFC

	Type d'évaluation	Investigation	Exemple de question évaluative	Procédure et périodicité
PRS et toutes ses composantes	Evaluation selon critères : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cohérence ✓ Pertinence ✓ Efficacité ✓ Efficience ✓ Si possible: impacts sur état de santé 	Analyse par levier de transformation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implication des usagers ✓ Mise en œuvre des parcours* (cf <i>Evaluation transversale des parcours</i>) ✓ Territorialisation des politiques Coordination des politiques	En quoi le PRS a-t-il influé sur l'organisation du système de santé ?	Prestation externe ⇨ 5 ans levier « mise en œuvre des parcours »* ⇨ 10 ans évaluation complète
Axes du SRS – dont projets prioritaires (hors parcours)	Bilan sur thématiques clés	Regard sur la mise en œuvre et réajustements envisagés Effectivité et avancement des objectifs/actions ✓ Perspectives		En interne ⇨ 3 ans (intermédiaire)
Parcours de santé	Bilan « éclairé » commun à plusieurs parcours *Evaluation transversale des parcours	Bilan : avancement et analyse par points de rupture partagés par 2 ou 3 parcours (parcours proches en termes de population et/ou pathologie) Evaluation transversale : regard global et analyse par « axes de transformation » communs à tous les parcours	En quoi les parcours ont-ils fait progresser l'articulation entre les acteurs de la prévention, des soins et du médico-social ?	En interne ⇨ 3 ans (intermédiaire) Prestation externe ⇨ 5 ans (final SRS)
Actions expérimentales et dispositifs innovants	Retours d'expérience	Analyse de la pertinence et de la faisabilité d'une généralisation ou pérennisation	Quels sont les facteurs de réussite et leviers d'action ? Quels sont les freins ?	En interne ou externe selon l'envergure de l'action ⇨ En fin d'expérimentation
En continu : suivi régulier de la mise en œuvre du SRS				



Baser les évaluations autour du concept de logique d'action

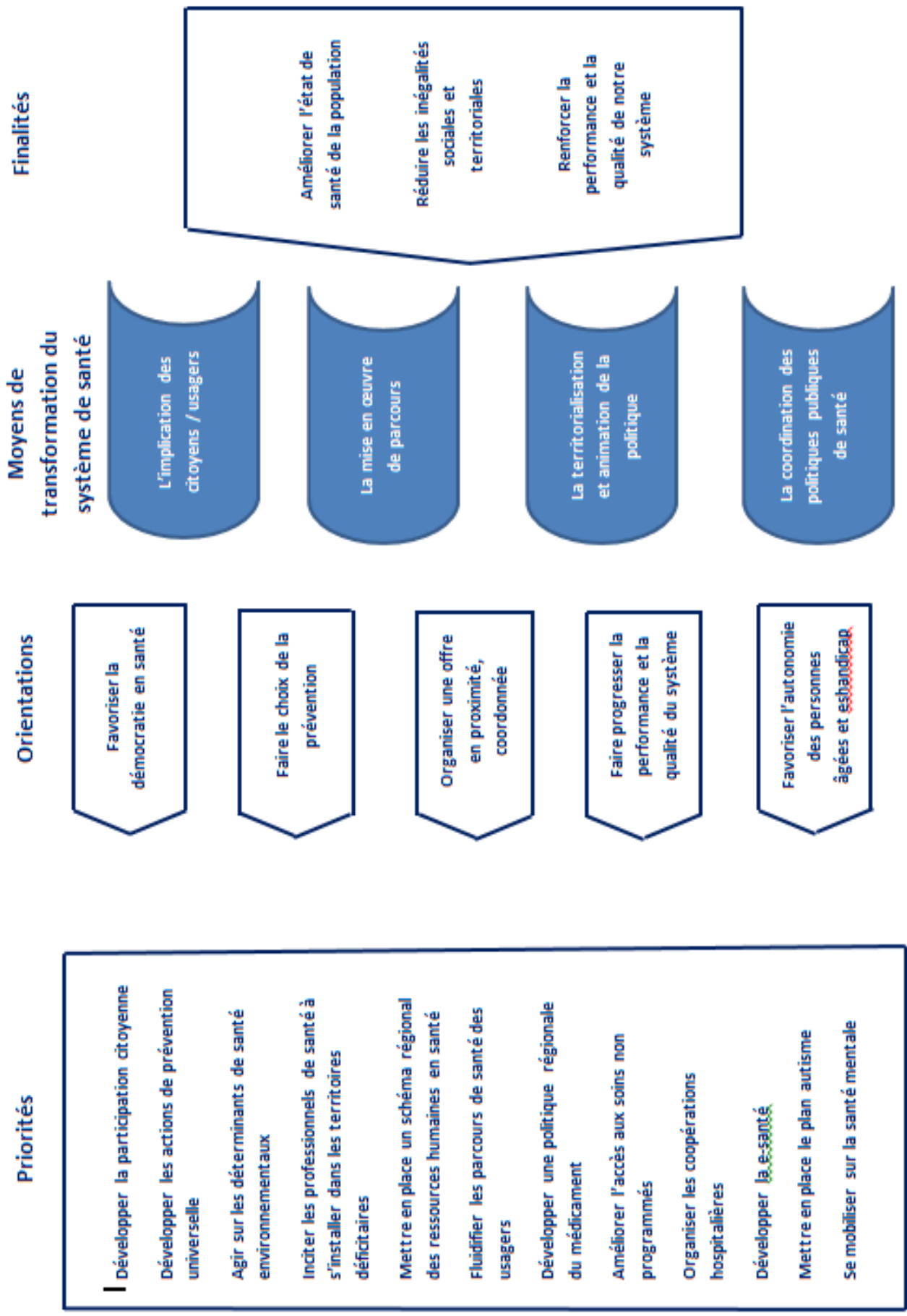
L'évaluation finale du PRS Bourgogne-Franche-Comté notamment et, si possible, celle des évaluations intermédiaires s'appuieront sur une méthode encore peu utilisée : celle de la logique d'action définie comme la chaîne des effets attendus entre une politique publique et les problèmes de santé qu'elle vise à remédier. Cette méthode permet de tester les hypothèses qui sous-tendent la politique portée par le PRS.

En empruntant un raisonnement analogue, les actions de prévention et promotion de la santé pourront être évaluées avec l'outil de catégorisation des résultats qui fait lui aussi l'hypothèse que la santé ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires.

La logique d'action (ou logigramme ou cadre logique) du PRS Bourgogne-Franche-Comté a été définie lors de son élaboration et sera le support de l'évaluation finale.

Cette logique d'action définit 4 moyens de transformation de notre système de santé régional sur lesquels sera évaluée et jugée notre politique.

Cf ci-dessous le cadre logique du PRS BFC pour l'évaluation finale



Remarques :

Il est nécessaire de faire le distinguo entre les évaluations de politiques publiques ou d'actions innovantes décrites ci-dessus qui seront réalisées par l'ARS et les autres formes d'évaluation notamment d'action ou de programmes qui seront portées par les acteurs eux-mêmes.

En effet, s'il est souhaitable que le maximum d'actions et programmes soient évalués et que cette évaluation doive être prévue dès leur conception, la réalité et les moyens disponibles limitent cette ambition. Les évaluations d'action doivent donc d'être réalisées par les promoteurs eux-mêmes et relèvent donc de l'auto évaluation.

ANNEXE : ASPECTS FINANCIERS

La pérennité de notre système de santé est directement liée à sa soutenabilité financière. L'Assurance maladie reste déficitaire même si le niveau de son déficit s'est considérablement réduit depuis 2010. Ses recettes sont affectées par une croissance économique fortement ralentie et le niveau élevé du chômage. Parallèlement, sous l'effet du vieillissement de la population et des progrès des techniques de soins, les dépenses de santé sont spontanément dynamiques, représentant 11 % du PIB. L'amélioration de l'efficacité du système de santé apparaît alors incontournable pour pouvoir prendre en charge dans la solidarité les besoins croissants à venir.

Ce système permet à tous d'accéder à des soins de haut niveau, de bénéficier sans délai des progrès de la science, grâce à la mutualisation des dépenses. Dans une période de mutation technologique et économique rapide, le système de santé français, pour conserver son rang et tenir ses promesses d'égal accès aux soins, doit s'adapter.

En France, les dépenses de santé sont couvertes par quatre financeurs : l'Assurance maladie obligatoire de base (77 % en 2016), les organismes complémentaires (13,3 %), les ménages (8,3 %) et l'Etat ou la CMU-C (1,4 %)⁵⁹. Ces taux sont comparables à ceux constatés il y a une quinzaine d'années (avec une baisse de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de 2004 à 2011 puis une hausse depuis 2012) et traduisent une participation directe moyenne des patients parmi les plus faibles en Europe. Toutefois, les niveaux individuels de prise en charge des dépenses sont, quant à eux, contrastés selon que les assurés sont ou non atteints d'une affection longue durée (ALD).

Si l'on souhaite conserver notre système ancré sur des principes de solidarité, d'universalité, sans remettre en cause son excellence, apparaît l'impérieuse nécessité de promouvoir le juste soin, dispensé par des professionnels qui se coordonnent mieux entre eux et de maîtriser les dépenses de santé en mobilisant les nombreux gisements d'efficacité du système de soins.

1 Les dépenses de santé en Bourgogne Franche-Comté

Les dépenses de santé en région en 2016 représentent :

- 8 493 millions d'€ ;
- Une évolution globale des dépenses stable par rapport à 2015 (+1,5%) ;
- Un poids total de la région par rapport au national de 4,19 %, inférieur à celui de la population (4,3%) ;
- Des financements provenant des régimes d'Assurance maladie (86%) ; de la CNSA (11%) ; de l'État (1%); du FIR (2%).

⁵⁹ Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé. Paris : Drees, 2017, 204 p. (Panoramas de la Drees Santé). En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage-2017-final.pdf>

	BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE	NATIONAL (y c DOM/COM)
DEMOGRAPHIE	2,8 millions d'habitants soit 4,3 % de la population française	65,6 millions d'habitants
DEPENSES DE SANTE	8,5 milliards d'euros soit 4,1 % des dépenses nationales	202,6 milliards d'euros
MOYENNE / HABITANT	3012 € / habitant	3090 € / habitant

Les 3 principaux postes de dépenses sont :

- **Les soins de ville** : légère accélération des remboursements des soins de ville marquée par :
 - Une hausse des honoraires privés (Rémunération sur objectifs de santé publique des médecins généralistes -ROSP- plus importante)
 - Une augmentation des remboursements des paramédicaux
 - Une progression des transports sanitaires plus forte
 - Une évolution encore soutenue des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations
 - Une variation positive des remboursements des soins exécutés en centres de santé.
- **Les versements aux établissements de santé** : évolution modérée sur 2016 attribuée à l'activité MCO des établissements
- Les versements aux établissements et services médico-sociaux : une stabilité des dépenses en région
- Pour ces trois grands postes la région se distingue par une évolution des dépenses plus modérée qu'en moyenne nationale, même si leur poids reste toutefois important au regard de la moyenne nationale (12,5% contre 10,8%).

L'année 2016 est marquée par une diminution des autres dépenses sanitaires et médico-sociales (-2,2%), au contraire des dépenses de santé publique (+10,4%).

DEPENSES DE SANTE	BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE				NATIONAL		
	Dépenses 2016 (en M€)	Structure des dép. régionales	Part région dans les dép. Nationales	Evolution / 2015	Dépenses 2016 (en M€)	Structure des dép. nationales	Evolution / 2015
SOINS DE VILLE	3 481,35	41,0%	4,0%	2,1%	87 299,00	43,1%	2,7%
ETABLISSEMENTS DE SANTE	3 409,51	40,1%	4,3%	1,2%	80 003,17	39,5%	1,8%
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX	1 065,77	12,5%	4,9%	0,5%	21 780,96	10,8%	1,8%
AUTRES PRESTATIONS AT/MP, invalidité, décès	447,79	5,3%	4,1%	1,4%	10 926,20	5,4%	1,1%
AUTRES DEPENSES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES	55,86	0,7%	3,0%	-2,2%	1 839,77	0,9%	1,9%
SANTE PUBLIQUE	32,30	0,4%	4,4%	10,4%	741,51	0,4%	6,7%
TOTAL	8 492,58	100,0%	4,2%	1,5%	202 590,61	100,0%	2,2%

2 Les dotations gérées par l'ARS : évolutions observées et attendues

L'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté gère trois grandes enveloppes : les dotations sanitaires, les dotations médico-sociales et le Fonds d'intervention régional (FIR). Les crédits sont délégués dans le budget général de l'agence (ex PAI), ou le budget annexe de l'agence (ex FIR), ou aux CPAM (ex DAF et MIGAC), ou à la CDC (ex FMESPP).

Evolution 2015/2016 des dotations gérées par l'agence :

Dotations	Bénéficiaires	2015	2016	Evolution 2016/2015
Dotations sanitaires	ES	936 528 481 €	922 366 484 €	-1,5%
Dotations médico-sociales	ESMS PA & PH	1 021 879 851 €	1 035 637 474 €	1,3%
	ESMS Publics spécifiques	18 645 579 €	20 333 718 €	9,1%
FIR	Transversal	145 400 357 €	148 793 433 €	2,3%
Totaux		2 122 454 268 €	2 127 131 109 €	0,2%

Le montant des dotations gérées par l'agence a très peu évolué entre 2015 et 2016 alors qu'il a progressé de 1% sur la France entière. L'évolution en région se distingue du national par une diminution des dotations sanitaires (due en grande partie aux mesures d'économies du plan ONDAM), une augmentation du FIR (expliquée notamment par la fongibilité DAF-FIR mise en œuvre en 2015 de 2,9M€) et une progression des dotations destinées aux publics spécifiques (effets année pleine et mesures nouvelles). Les dotations destinées aux ESMS PA & PH augmentent sensiblement moins qu'en France entière (1,3% contre 1,8%).

2.1 Les dotations du champ sanitaire

Le financement des établissements de santé s'effectue selon différentes modalités : dotations ou forfaits annuels, tarifs forfaitaires à l'activité ou facturation de produits de santé.

Le financement mobilise plusieurs acteurs comme le ministère qui définit le cadre selon les politiques publiques en place, un opérateur, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en charge de la mise en œuvre technique et les ARS qui procèdent à la notification des crédits en région.

Le tableau suivant résume les modalités de financement des établissements de santé en fonction du secteur d'activité :

Secteurs	Enveloppes financières	Détail des financements
MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)	Tarifs	Séjours hospitaliers financés en groupe homogène de séjour (GHS), les actes, les consultations et autres prestations hospitalières réalisées en externe
	Liste en sus	Médicaments (molécules onéreuses et dispositifs médicaux)
	Forfaits annuels	Financement pour partie de l'activité des urgences hospitalières ainsi que des activités de coordination, prélèvement et greffes d'organes, et les activités isolées
	MIGAC	Missions d'intérêt général et Aides à la contractualisation
SSR (Soins de suite et de réadaptation)	DAF ou Prix de journée et suppléments	Anciennes modalités de financement qui représentent 90% du nouveau modèle, en fonction de la nature de l'établissement, en 2017
	DMA	Nouvelle modalité de financement : Dotation modulée à l'activité : fraction de tarifs correspondant à 10% du nouveau modèle en 2017
	Compartiment MIG SSR	Création de 9 MIG en 2016 (dont scolarisation des enfants hospitalisés en SSR, réinsertion professionnelle en SSR, consultations d'évaluation pluriprofessionnelles post-AVC) : mise en œuvre progressive du nouveau modèle de financement
	Compartiment PTS (Plateaux techniques spécialisés)	Mise en œuvre progressive du nouveau modèle de financement
	Compartiment Molécules onéreuses	
	Compartiment IFAQ (Incitation financière à la qualité)	
HAD (Hospitalisation à domicile)	Tarifs	Journées d'hospitalisation à domicile
	Médicaments en sus	Dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation
	MIGAC	Missions d'intérêt général et Aides à la contractualisation
PSY	DAF ou Tarifs	En fonction de la nature de l'établissement

Source : ATIH

La campagne sanitaire se caractérise par la gestion d'enveloppes financières différentes en fonction du secteur d'activité des établissements. Le tableau suivant montre l'évolution entre 2015 et 2016 des dotations allouées par l'agence :

Dotations	Bénéficiaires	2015	2016	Evolution 2016/2015
DAF médecine, SSR et psychiatrie	Etablissements de santé publics et ESPIC hors T2A	630 779 836 €	605 016 851 €	-4,1%
DAF USLD	Activités de soins USLD	42 449 122 €	42 458 827 €	0,0%
MIGAC	Etablissements de santé publics et ESPIC	259 234 366 €	264 719 507 €	2,1%
MIGAC SSR		Créée en 2016	495 628 €	-
FMESPP		4 065 157 €	9 675 671 €	138,0%
TOTAL		936 528 481 €	922 366 484 €	-1,5%

La forte évolution du FMESPP en 2016 s'explique par un financement exceptionnel de 3 M€ au CHU de Dijon.

Une particularité concerne les hôpitaux de proximité dont la liste est revue chaque année en fonction de critères d'éligibilité. Le modèle de financement de ces établissements évolue encore, ils perçoivent :

- Une dotation forfaitaire garantie (DFG) composée:
- d'une part fixe basée sur les recettes historiques (T2A ou DAF) ;
- d'une dotation complémentaire calculée sur la base de critères populationnels, territoriaux, organisationnels (calculés par l'ATIH) ;
- un complément tarifaire équivalent à la différence (si positive) entre l'activité valorisée par l'établissement dans le cadre du PMSI et la DFG.

Enfin, **le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés** (FMESPP) finance les opérations de modernisation. Il est régi par le décret n°2013-1217 du 23/12/2013 qui précise ses missions et son champ d'intervention, qui concerne en région :

- les investissements immobiliers, et le développement des systèmes d'information ;
- les dotations exceptionnelles pour la réalisation d'actions spécifiques ;
- les avances remboursables attribuées aux établissements.

2.2 Les dotations du champ médico-social

Les dotations médico-sociales gérées par l'ARS sont multiples : en complément des dotations régionales limitatives (DRL), des dotations plus ponctuelles sont octroyées dans le cadre de plans et expérimentations nationaux (ex Plan Maladies Neuro Dégénératives, PAERPA), de réorganisation de l'offre (ex. Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile – SAAD) ou en réponse à des besoins spécifiques de la région (ex Plan d'Aide à l'Investissement ou formations AGGIR PATHOS).

En 2016 ces dotations ont totalisé plus d'un milliard d'euros dont 0,5M€ destinés à la mise en œuvre de la démarche "Une Réponse Accompagnée pour Tous" et 1,3 M€ pour la restructuration des SAAD.

La dotation "Personnes confrontées à des difficultés spécifiques⁶⁰" progresse de 9% en lien avec le renforcement de l'offre en région.

⁶⁰ Personnes en situation de précarité ou souffrant d'addictions

Les modalités de financement des ESMS sont les suivantes :

Types d'ESMS	Enveloppes financières	Détail des financements
EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	Dotation soins	Financement de la section soins par dotation de l'ARS
	Dotation dépendance	Financement de la section dépendance par dotation du Conseil Départemental
	Tarif hébergement	Financement de l'hébergement par des tarifs à la charge du résident
SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)	Dotation	Dotation globale de soins de l'ARS pour les activités de soins à domicile et de coordination de l'infirmier coordonnateur
SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile)	Dotation	Dotation globale de soins de l'ARS pour les activités de soins à domicile et de coordination de l'infirmier coordonnateur (financement SSIAD)
	Tarif ou forfait	Tarifs horaires ou forfait global pour les actions d'aide et d'accompagnement à domicile fixés par le Conseil départemental (financement SAD)
RA (résidence autonomie)	Forfait soins (pour RA médicalisée)	Forfait soin comprenant les charges de personnel médical et le matériel médical
	Forfait autonomie	Financement pour mise en place d'action de prévention de la perte d'autonomie (conférence des financeurs)
	Tarif hébergement	Financement de l'hébergement par des tarifs à la charge du résident
ESAT (établissement et service d'aide par le travail)	Dotation	Dotation globale de fonctionnement de l'ARS qui permet de couvrir le budget social de l'ESAT
	Aide au poste	Aide au poste versée par l'Etat visant à financer une partie de la rémunération des travailleurs handicapés
	Chiffre d'affaire de l'activité de production	Financement de l'activité de production dont une partie de la rémunération des travailleurs handicapés
FAM (foyer d'accueil médicalisé)	Forfait soins	Forfait soin comprenant les charges de personnel médical et les médicaments
	Tarif hébergement	Financement de la partie hébergement via un prix de journée fixé par le Conseil Départemental
SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	Forfait soins	Forfait soin comprenant les charges de personnel médical et les médicaments
	Tarif journalier	Tarif journalier afférent à l'accompagnement à la vie sociale fixé par le Conseil Départemental
CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce)	Dotation	Dotation globale annuelle de l'ARS pour 80% et du Conseil départemental pour 20%
Autres ESMS PH	Prix de journée globalisé ou dotation globale de financement	Financement global du budget de fonctionnement
ACT (appartements de coordination thérapeutique) + ACT à domicile	Tarif à la place par an	Financement des frais de fonctionnement
LAM (lit d'accueil médicalisé)	Tarif au lit par journée	Financement des frais de fonctionnement
LHSS (Lit haltes soins santé)	Tarif au lit par journée	Financement des frais de fonctionnement
CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues)	Dotation	Financement des frais de fonctionnement

2.3 Le Fonds d'intervention régional (FIR)

Nature des crédits FIR	2015	2016	Evolution 2016/2015
Crédits non protégés	129 549 668 €	130 162 538 €	0,5%
Crédits protégés prévention	9 950 657 €	11 037 845 €	10,9%
<i>dont démocratie sanitaire</i>	102 007 €	102 941 €	0,9%
Crédits protégés médico-social	5 900 032 €	7 091 507 €	20,2%
<i>dont PAERPA</i>	217 675 €	939 150 €	331,4%
Crédits protégés "actes de télémédecine" (article 36 de la LFSS du 23 décembre 2013 pour 2014)	0 €	241 543 €	
Crédits protégés "accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés"	0 €	260 000 €	
TOTAL	145 400 357 €	148 793 433 €	2,3%

Les crédits protégés sont destinés à financer uniquement les actions qu'ils ciblent et ne peuvent être utilisés pour d'autres. Ils peuvent être abondés par des crédits non protégés, c'est le principe de fongibilité asymétrique.

La dotation de 2016 est en hausse de 2,3% par rapport à 2015, notamment en raison de la fongibilité DAF-FIR mise en œuvre en 2015 de 2,9 M€ et dans une moindre mesure de l'extension de l'expérimentation PAERPA dans la Nièvre et dans le Doubs.

3 Les principes d'allocation et les leviers dont dispose l'ARS

L'ARS élabore la répartition des allocations budgétaires des établissements et services dans le respect strict des enveloppes, l'objectif consistant aussi à tendre à une équité territoriale de l'offre.

3.1 Champ-sanitaire

Principes d'allocation des crédits:

L'allocation est réalisée par voie d'arrêtés.

- Crédits fléchés par le ministère : certains crédits sont directement fléchés par le niveau national, établissement par établissement. Ils ne peuvent être modulés au niveau de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. Il s'agit par exemple de certaines MIG ou des forfaits annuels.

-Crédits répartis par l'ARS : certains crédits sont modulables par l'ARS qui dispose ainsi d'une marge de manœuvre dans leur répartition. Cette souplesse accordée aux régions a pour but de prendre en compte les spécificités territoriales non connues par le niveau national et pouvant avoir une incidence sur les financements. Il s'agit par exemple de la MIG SMUR dont la modulation a permis de verser au CRRRA 15 (centre de réception et de régulation de appels) de Besançon les moyens alloués au Centre de Régulation.

L'allocation d'une subvention FMESPP est réalisée au moyen d'un engagement contractuel, les versements aux établissements étant assurés par la Caisse des dépôts et consignations, sur production des pièces justifiant les dépenses engagées.

Leviers dont dispose l'ARS pour transformer l'organisation actuelle :

- En demandant des fongibilités d'enveloppe, l'ARS accompagne la recomposition de l'offre des établissements de santé, comme par exemple lors d'une transformation de lits de médecine en lits de SSR.
- L'information régulière des établissements de santé sur les réformes en cours et sur le contenu des arrêtés et circulaires émises par le niveau national permet à l'ARS d'accompagner les établissements dans leur gouvernance.

3.2 Champ médico-social

Principes d'allocation des crédits :

Les ESMS sont financés sur des crédits répartis sur le territoire national par la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA). Ces crédits proviennent de l'assurance maladie et des ressources propres de la CNSA. L'allocation de ressources des ESMS est ensuite pilotée au niveau régional par l'ARS au regard des orientations nationales et des spécificités territoriales.

-La campagne budgétaire

Cadre juridique de l'allocation de ressources, la campagne budgétaire est également le cadre d'un dialogue de gestion entre les opérateurs et les acteurs de l'Etat. Il s'agit de la période de tarification des établissements et services qui débute en N-1 avec le dépôt des demandes budgétaires des ESMS concernés (cf. infra) et qui finit en année N avec la prise de la décision de tarification.

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement complété par la loi de financement de la sécurité sociale 2016 puis 2017 créent les conditions d'un pilotage par les ressources (et non plus par les dépenses) en prévoyant le passage à un financement forfaitaire pour les EHPAD.

Ce dernier reposera, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). Des financements complémentaires interviendront pour les autres modalités d'accueil (hébergement temporaire notamment). Le financement de la dépendance relèvera lui aussi d'un forfait, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement.

L'activité de l'établissement sera également prise en compte, permettant une modulation des forfaits à partir de 2018.

Cette évolution de la tarification s'accompagne de l'introduction de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), plus adapté à la « nouvelle donne budgétaire », qui se caractérise par une inversion de la logique antérieure : la prévision des produits détermine dorénavant celle des charges. L'EPRD établit également un lien étroit entre l'exploitation et le cycle de l'investissement dans une optique pluriannuelle. Il est entré en vigueur au 1er janvier 2017 pour les EHPAD et mis en œuvre obligatoirement au fur et à mesure des signatures de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les ESMS ainsi que pour les SSIAD.

La réforme de la tarification doit permettre de simplifier l'allocation des financements et donner davantage de transparence sur les tarifs et les coûts des ESMS.

-Le Rapport d'orientation budgétaire (ROB)

Le Rapport d'orientation budgétaire de l'ARS présente les orientations régionales en faveur des établissements et services financés par l'Assurance maladie pour la prise en charge des enfants et adultes handicapés et des personnes âgées ainsi que des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Il reprend le cadre, les priorités d'actions et les éléments d'évolution de l'objectif global des dépenses (OGD) définis au niveau national et déclinés dans la politique régionale d'allocation de ressources en cohérence avec les priorités de santé de la région.

Concernant la **dotation régionale limitative Personnes confrontées à des difficultés spécifiques (PDS)**, elle est allouée aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : ACT, LHSS, LAM, CSAPA et CAARUD. L'allocation des différentes structures est constituée :

- d'une base reconductible actualisée chaque année ;
- de mesures nouvelles définies annuellement au niveau national (ex : renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs - CJC, programme de réduction des risques et des dommages -RdRD) et déclinées régionalement dans le ROB.

L'allocation des LHSS, des LAM et des ACT est définie initialement sur la base d'un prix forfaitaire annuel.

Leviers dont dispose l'ARS pour transformer l'organisation actuelle:

L'ARS dispose de différents leviers dans le cadre d'une politique régionale notamment dans l'accompagnement à la restructuration de l'offre du secteur médicosocial (MS).

-La fongibilité d'enveloppe est une possibilité qui reste toutefois limitée puisqu'elle n'est qu'asymétrique c'est-à-dire que seules les enveloppes issues du sanitaire peuvent abonder celles du MS mais l'inverse n'est pas autorisé.

Les moyens alloués par l'agence ne peuvent être réaffectés à des postes de dépense dont le financement incombe aux conseils départementaux, et inversement. De plus, les enveloppes PA et PH sont étanches, néanmoins une souplesse est offerte aux gestionnaires d'établissements dans l'emploi des fonds alloués. C'est ainsi qu'un gestionnaire peut redéployer des moyens provenant de l'agence entre les ESMS du même secteur qu'il gère (soit PA, soit PH).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les ESAT sont inclus dans l'ONDAM au même titre que les autres catégories d'ESMS PH. Ainsi, une plus grande souplesse est désormais possible pour les gestionnaires d'établissements.

- La contractualisation à travers les CPOM est désormais obligatoire dans le secteur MS, hors campagne populations en difficultés spécifiques. Elle permet ces redéploiements, tant sur les moyens que sur les capacités (places). Toutefois cela est possible a posteriori et au sein d'un même gestionnaire (et dans la limite des enveloppes de chaque financeur).

Au-delà, les actions de mutualisation et coopération d'ESMS, comme les GCSMS, permettent également cet accompagnement. Les fusions entre gestionnaires permettent de modifier le périmètre des CPOM et donc le cadre de redistribution des recettes et dépenses des ESMS.

Le ROB permet donc de décliner la politique régionale annuellement en matière d'allocation de ressources notamment en termes de taux directeur.

Enfin, les réformes introduisent une affectation libre des résultats des ESMS toutefois encadrée par les CPOM suivant les objectifs déclinés.

3.3 Le Fonds d'intervention régional

Evolution du périmètre :

Le FIR regroupe des actions menées dans les différents champs du système de santé antérieurement fléchées dans plusieurs enveloppes de crédits, pour répondre à des objectifs complémentaires de politique de santé.

Son périmètre d'intervention s'élargit continuellement depuis sa mise en place en 2012. En 2013 des MIG ont été transférées ainsi que des AC, les GEM et MAIA, des crédits de prévention assurance maladie, et de nouvelles actions ont été incluses (démocratie sanitaire et expérimentation de PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie). D'autres actions ont été intégrées depuis :

- 2014 : expérimentation télémédecine
- 2015 : expérimentation parcours coordonné en cancérologie (appel à projets pour la création de postes d'infirmiers de coordination) et extension de l'efficacité et de l'amélioration des conditions de travail des personnels aux structures médico-sociales
- 2016 : expérimentations suite à des appels à projets (dépistage du cancer du col utérin et clusters d'établissements pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail) et une dotation ciblée sur les projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées (l'article 92- point III -de loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé)
- 2017 : expérimentation hôtels hospitaliers.

La création en 2016 du budget annexe FIR au budget principal de l'agence avait pour objectif d'apporter de l'efficacité et de la simplification dans les règles de gestion du fonds et de contribuer à conforter les leviers financiers des agences, nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie régionale.

Principes d'allocation des crédits :

Le FIR se caractérise par un mode d'allocation des crédits basé sur les notions d'action contractuelle et d'évaluation, conférant aux financements un caractère non pérenne.

L'obligation contractuelle figurant dans les textes apporte des précisions sur les structures éligibles au FIR, évoluant dans les champs sanitaire et médico-social : établissements de santé, établissements médico sociaux, professionnels de santé conventionnés, pôles de santé, structures habilitées à mettre en œuvre la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire...

Le FIR est un levier en soi pour la mise en place d'une politique régionale de santé, notamment :

- par la mise en place des parcours, et de la territorialité, expression même de la transversalité, encourageant les initiatives nouvelles, les expérimentations ;
- par la règle de fongibilité asymétrique qui permet un transfert des crédits non protégés vers la prévention ou vers le médico-social.

Il permet également de financer des expérimentations nationales, dans le cadre d'appels à projets, ce qui contribue aussi au développement de la politique régionale.

Il conduit à développer une vision globale des financements de l'ensemble des champs du système de santé, qu'ils soient internes à l'ARS ou externes.

Il s'inscrit dans le cadre stratégique défini pour le projet régional de santé qui est arrêté par l'ARS (article R1434-3 notamment du CSP fixé par le décret du 26 juillet 2016).

Leviers dont dispose l'ARS pour transformer l'organisation actuelle :

L'ARS dispose de deux principaux leviers concernant la gestion du FIR :

- la fongibilité asymétrique : elle permet d'abonder les crédits dits protégés au sein même du FIR. Ce dispositif a été mis en œuvre dès la création du FIR, c'est ainsi que les crédits de prévention ont été régulièrement abondés.
- la fongibilité DAF/FIR : elle a été introduite dans la LFSS pour 2014 et permet le transfert de crédits entre la campagne sanitaire (DAF) et le FIR ou inversement, dans la limite d'un plafond égal à 1% de chacune des dotations. Cette fongibilité DAF/FIR revêt un caractère définitif. Elle a également été mise en œuvre dans l'objectif d'harmoniser les financements de certains dispositifs comme les structures de prise en charge des adolescents.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 vise à donner aux ARS une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs financements afin de renforcer l'efficacité des dépenses dont elles assurent la gestion.

L'article 69 de ce projet de loi prévoit en premier lieu de favoriser une convergence des différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale (patients, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées...) par une possibilité de fongibilité des financements. En second lieu, il vise à assouplir les règles de gestion du FIR au niveau régional en permettant d'abonder le budget annexe des ARS par d'autres sources de financement que les crédits FIR.